



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico 2013-2014

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Terapia Ocupacional centrada en las
personas mayores: necesidades,
capacidades, gustos e intereses.**

María Fraga Dopico

Junio 2014

DIRECTORES

- Adriana I. Ávila Álvarez, terapeuta ocupacional y profesora de la Facultad de Ciencias da Saúde de la Universidade da Coruña.
- Elena María Viqueira Rodríguez, terapeuta ocupacional en AFACO (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de A Coruña) y Profesora de la Facultade de Ciencias da Saúde de la Universidade da Coruña.

ÍNDICE

Resumen	5
1. Introducción	10
2. Objetivos general y específicos	19
2.1 Objetivo general.....	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3. Metodología	20
3.1 Tipo de diseño seleccionado	20
3.1.1 Metodología cualitativa.....	20
3.1.2 Metodología cuantitativa.....	20
3.3 Entrada al campo.....	21
3.4 Selección de usuarios.....	21
3.5 Descripción de las fases y temporalización	23
3.6 Técnicas de recogida de datos	26
3.6.1 Metodología cualitativa.....	27
3.6.2 Metodología cuantitativa.....	28
3.7 Criterios de rigor	30
4. Consideraciones éticas.....	31
5. Resultados	32
5.1 Datos generales de los usuarios.....	32
5.1.1 Valoración cognitiva: escala MEC	34
5.1.2 Valoración física: escala Tinetti	34
5.1.3 Valoración funcional: escala Barthel.....	35
5.1.4 Gustos e intereses de los participantes.....	36

5.2 Programa de intervención.....	38
5.2.1 Diseño del programa	38
5.2.2 Aplicabilidad	40
6. Discusión	42
7. Conclusiones	45
8. Bibliografía	47
Anexos.....	51

RESUMEN

Objetivo: conocer la percepción de los usuarios de una residencia de personas mayores acerca de sus necesidades, capacidades, gustos e intereses, a través de una entrevista semi estructurada y de la gestión de varias herramientas de valoración.

Metodología: la metodología utilizada es mixta. En la parte cualitativa, el estudio llevado a cabo es de tipo descriptivo y el método cualitativo utilizado es el fenomenológico. Las técnicas de recogida de datos son de tipo observacional, conversacional y documental. El muestreo utilizado es el opinático de conveniencia. El paradigma de la ocupación es el que rige en este estudio, que se centran en la ocupación como eje principal de su intervención. Se utilizó la entrevista semi estructurada para conocer la percepción de los usuarios acerca de sus capacidades, necesidades, gustos e intereses. En la parte cuantitativa, el estudio utilizado es de tipo descriptivo, longitudinal, experimental y prospectivo.

Resultados: los resultados obtenidos muestran las diferentes percepciones de los usuarios acerca de sus capacidades, necesidades, gustos e intereses, así como las características comunes que comparten. De las categorías que se obtienen de las entrevistas, los resultados se centran en los gustos e intereses de los usuarios, acompañados de *verbatim*s de los propios participantes.

Conclusiones: conocer la percepción de los usuarios acerca de sus capacidades, necesidades, gustos e intereses es un factor primordial a la hora de realizar cualquier tipo de intervención desde la perspectiva y trabajo de TO. Tanto el objetivo general como los objetivos específicos fueron alcanzados satisfactoriamente, ya que a través de la entrevista se conoció la historia de vida de los usuarios, se fomentó la interacción, se creó un vínculo entre entrevistador y entrevistado, y se permitió y alentó a los participantes a que compartieran sus percepciones sobre temáticas diferentes.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, demencia, deterioro cognitivo, tercera edad, percepción, personas mayores, entrevista, gustos, intereses, residencias, historia de vida.

RESUMO

Obxectivos: coñecer a percepción dos usuarios dunha residencia de persoas maiores acerca das súas necesidades, capacidades, gustos e intereses, a través dunha entrevista semi estruturada e da xestión de varias ferramentas de valoración.

Metodoloxía: a metodoloxía utilizada é mixta. Na parte cualitativa, o estudo levado a cabo é de tipo descritivo e o método cualitativo utilizado é o fenomenolóxico. As técnicas de recollida de datos son de tipo observacional, conversacional e documental. A mostra utilizada é a opinática de conveniencia. O paradigma da ocupación é o que rexe en este estudo, que se centra na ocupación como eixe principal da súa intervención. Utilizouse a entrevista semi estruturada para coñecer a percepción dos usuarios acerca das súas capacidades, necesidades, gustos e intereses. Na parte cuantitativa, o estudo utilizado é de tipo descritivo, lonxitudinal, experimental e prospectivo.

Resultados: os resultados obtidos mostran as diferentes percepcións dos usuarios acerca das súas capacidades, necesidades, gustos e intereses, así como as características comúns que comparten. Das categorías que se obteñen das entrevistas, os resultados céntranse nos gustos e intereses dos usuarios, acompañados de *verbatim* dos propios participantes.

Conclusións: coñecer a percepción dos usuarios acerca da súas capacidades, necesidades, gustos e intereses é un factor primordial á hora de realizar calquera tipo de intervención desde a perspectiva e traballo de TO. Tanto o obxectivo xeral como os obxectivos específicos foron alcanzados satisfactoriamente, xa que a través da entrevista coñeceuse a historia de vida dos usuarios, fomentouse a interacción, creouse un vínculo entre entrevistador e entrevistado, e permitiuse e alentouse ós participantes a que compartiran as súas percepcións sobre temáticas diferentes.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, demencia, deterioro cognitivo, terceira idade, percepción, pessoas maiores, entrevista, gustos, intereses, residencias, historia de vida.

ABSTRACT

Objective: to know the perception of the users of a senior residence with regard to their needs, abilities, likes and interests, through a semi-structured interview and the management of various assessment tools.

Methodology: the methodology used is mixed. In the qualitative part, the implemented study is descriptive, and the qualitative method used is the phenomenological. The data collection techniques are observational, conversational and documentary. The sample used is the opinion-based chosen by convenience. The paradigm of the occupation is the one maintained in this study, focusing on the occupation as the axis of its intervention. The semi-structured interview was used to understand the perception of the participants about their abilities, needs, tastes and interests. In the quantitative part, the study used is descriptive, longitudinal, experimental and prospective.

Results: the results obtained in the study show the different perceptions of the users about their abilities, needs, tastes and interests, as well as the common characteristics they share. From the main categories obtained during the interviews, the results focus on the tastes and interests of the participants, alongside *verbatim*s of the participants themselves.

Conclusions: knowing the perception of the users about their abilities, needs, tastes and interests is a primary factor when making any kind of intervention from the perspective and work of OT. Both the general objective and the specific objectives were satisfactorily achieved, as through the interview the story of life of the participants was known, the interaction was encouraged, a connecting link between interviewer and interviewed was created, and the participants were allowed and encouraged to share their perceptions about different issues.

Keywords: Occupational Therapy, dementia, cognitive impairment, elderly, perception, seniors, interview, tastes, interests, residences, life history.

1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo demográfico, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad han conducido a un aumento de la población de personas mayores de 65 años, y por consiguiente, de las enfermedades ligadas a la edad tales como la demencia.

España es el cuarto país con más personas mayores del planeta. En 1970 España no llegaba a 3.400.000 de personas mayores de 65 años, representando el 9,8% de los habitantes existentes. En cambio, en 2001 ya contaba con cerca de 7.000.000, un 17% del total de su población, números que todavía siguen aumentando en gran medida. Es así que se estima que en el año 2052 el 37% de la población española tenga más de 65 años. (INEbase, 2014). Estos datos están representados en la Tabla I.

Tabla I. Datos demográficos de España

Año	>65 años	% población
• 1970	• 3.400.000	• 9,8%
• 2001	• 7.000.000	• 17%
• 2052	• -	• 37%

Entre las enfermedades más comunes en las personas mayores de 65 años, además del Parkinson, artrosis o artritis, destacan el deterioro cognitivo leve y la demencia, que es definida como la pérdida progresiva de las funciones cognitivas por desórdenes cerebrales, y afecta a la memoria, el pensamiento, el lenguaje, el juicio y el comportamiento. (Medicine, 2014).

También han aumentado en gran medida en las personas mayores las enfermedades que conllevan consigo el deterioro cognitivo o la demencia, y no solo la aparición de estas individualmente.

Antes de padecer demencia primaria, la persona generalmente presenta con anterioridad una enfermedad denominada Deterioro Cognitivo Leve (DCL). Por el contrario, una persona que presente DCL no tiene por qué desarrollar posteriormente ningún tipo de demencia.

El DCL es definido como una declinación objetiva en uno o más dominios cognitivos, pero no de suficiente severidad como para alcanzar el criterio de demencia (Acosta D., 2012). En la mayoría de los casos suele referirse a esta enfermedad como una fase previa a la demencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la enfermedad en función de lo común de su aparición (Organización Mundial de la Salud, 2014). Esta clasificación se representa en el Gráfico I.

Gráfico I. Tipos de demencia más comunes



A continuación se informa sobre las características principales de las diferentes demencias:

1. La enfermedad de Alzheimer (EA) es el tipo de demencia más común, abarcando entre el 60% y 80% de los casos (Alzheimer's reading room, 2014). Es una enfermedad neurológica que se caracteriza por una pérdida de la capacidad mental lo suficientemente grave como para interferir en las actividades de la vida diaria. La EA ocurre generalmente en personas de edad avanzada, y se caracteriza por una disminución de las funciones cognitivas como el recordar, el razonamiento y la planificación (Farlex, 2008). El deterioro de la memoria es la característica más llamativa en la mayoría de los casos de EA. (Cantley, 2001).

2. Demencia vascular. Existen numerosas definiciones acerca de esta enfermedad, como son:

-“Síndrome clínico de deterioro funcional e intelectual, resultante del efecto de una enfermedad cerebro-vascular” (William E. Reichman, 2000).

-“Deterioro intelectual debido a destrucción del parénquima cerebral de origen vascular “(F. Dubas y P. Davous, 1993).

-“Síndrome que engloba todos los tipos y grados de deterioro cognitivo ocasionados por patología vascular cerebral isquémica” (P. Martinez-LageAlvarez y E.Martinez Vila, 1999) (Acosta D., 2012).

3. La demencia de cuerpos de Lewy tiene como característica central el fluctuante deterioro cognitivo con períodos de mayor confusión y periodos de relativa lucidez. En las primeras etapas esto puede aparecer como una serie de episodios confusionales agudos aparentes en un individuo por lo demás normal, pero a medida que la enfermedad progresa, el deterioro cognitivo y las características neuropsiquiátricas se hacen evidentes. La función de memoria reciente no está tan gravemente afectada como en la EA (Reilly, 2010).

Esta afección suele tener su comienzo entre la 7ª y 8ª década de la vida y es predominante en el sexo masculino. Tiene un inicio sub agudo, presentando un curso evolutivo más rápido que el de la EA. Además, presenta deterioro mental de curso fluctuante, y rasgos psicóticos, con alucinaciones y delirios paranoicos precoces.

4. Demencia fronto-temporal, segundo tipo de demencia más común, es una demencia progresiva que se inicia en la edad media de la vida, caracterizada por cambios de carácter y deterioro social precoz y lentamente progresivo, seguidos de un decremento en las funciones de inteligencia, memoria y lenguaje, con apatía y euforia. Los criterios de la demencia fronto-temporal incluyen: alteraciones de lenguaje, disfunción ejecutiva, trastornos de atención y de memoria (afectación tardía).

Las características dominantes tanto al comienzo como en el transcurso de la enfermedad, son cambios en el carácter y una conducta social desordenada. Las funciones instrumentales de percepción, habilidades espaciales, praxis y memoria están intactas o relativamente bien preservadas (Acosta D., 2012).

5. La demencia de Parkinson, sufrida por un 28-44% de las personas con Parkinson, se da en fases avanzadas de dicha enfermedad, en las últimas etapas de la vida de la persona, afectando y reduciendo la calidad y esperanza de vida (Pagonabarraga, 2012). La diferencia entre la demencia en la enfermedad de Parkinson y la EA es controvertida. Algunos investigadores concluyen que las dos demencias tan solo difieren en etiología y fenomenología, mientras que otros permanecen indecisos. Mientras que muchos aspectos de la pérdida de memoria son similares en demencia en Parkinson y Alzheimer, ésta es superior en la EA (Côte L., 2000).

Presentar DCL lleva inherente un riesgo mucho más alto de padecer demencia posteriormente. Es así que muy a menudo, aunque no en el total de los casos, las personas que lo presentan terminan evolucionando a algún tipo de demencia. Puede decirse que el concepto de DCL representa una posible etapa de transición entre envejecimiento normal y las fases más tempranas de la demencia.

Tras la realización de diferentes estudios, se mostró que existe una mayor progresión de deterioro cognitivo a demencia en personas que se encuentran en dispositivos hospitalarios o centros clínicos, comparado con personas que permanecen en el ámbito comunitario (Farias, 2009). Se debe tener muy presente dicha información a la hora de planificar intervenciones en las diferentes residencias o centros para personas mayores, buscando en la mayor medida posible, estimular las funciones cognitivas de los participantes.

Cuanto antes se comience a estimular a la persona con DCL o demencia en estadio inicial mejor, porque la capacidad de neuroplasticidad es mayor. Es por ello que lo ideal es incluir tanto a las personas mayores sanas como a las que ya presenten alguna clase de deterioro cognitivo en las intervenciones realizadas, buscando en uno de los casos posponer el proceso de deterioro cognitivo, y en otro, ralentizarlo o recuperar ciertas funciones perdidas.

Es importante saber diferenciar los diferentes déficits cognitivos que puede presentar una persona, y como estos afectan a su independencia y autonomía personal. Por ejemplo, una persona mayor puede despistarse y no recordar donde dejó su chaqueta, lo que formaría parte del envejecimiento normal, mientras que esa misma persona podría olvidarse de cómo vestirse, aspecto que ya estaría enmarcado dentro de la demencia, y que limitaría en gran medida su autonomía personal.

La discapacidad funcional en el anciano se manifiesta habitualmente por la pérdida de la capacidad para desempeñar con independencia las ABVD y esta pérdida de capacidades se encuentra asociada frecuentemente con el deterioro cognitivo. Con esto podemos afirmar que el deterioro cognitivo afecta negativamente a la independencia de la persona y por ello a su calidad de vida.

Existen numerosas definiciones en relación con la calidad de vida en las personas con demencia, de entre las cuales podemos destacar la siguiente: integración de la función cognitiva, las actividades de la vida diaria, las interacciones sociales y el bienestar psicológico (Whitehouse y cols. 1997). (Martínez Pulleiro M.C., 2008). Tal y como afirmó Lawton (1994), la calidad de vida en las demencias compromete las mismas áreas que en las demás personas en general (funcionamiento cognitivo, habilidad para realizar las AVD, darle significado al tiempo y al comportamiento social, hacer balances favorables entre las emociones

positivas y la ausencia de las negativas...). La evaluación formal de estos indicadores puede contrarrestar la tendencia a ver la calidad de vida como un aspecto irrelevante en las demencias. (Martínez Pulleiro M.C., 2008).

La demencia es un síndrome de deterioro global cognitivo-conductual, adquirido, degenerativo en la mayoría de los casos, y multietiológico, que va a repercutir en la vida laboral, familiar y social de la persona (Acosta D., 2012), y por lo tanto, en su calidad de vida.

Es por ello que para trabajar desde la Terapia Ocupacional (TO) con todos los usuarios es importante tener como objetivo mejorar o mantener la calidad de vida del usuario o usuarios con los que va a intervenir, es por ello que se le otorga un papel muy importante a la hora de trabajar con personas con deterioro cognitivo o demencia.

Toda intervención de TO, ya sea en el ámbito de las personas mayores o en otro, debe “trabajar según los principios de la práctica centrada en el cliente” (Universidade da Coruña, 2014), una importante competencia enmarcada en el Grado en Terapia Ocupacional.

Parker (2006) rescató de una definición de terapia ocupacional centrada en el cliente realizada por Sumsion (2000) las claves que la definen. Estas son el propio individuo, la asociación entre terapeuta y usuario, el respeto, la escucha, el empoderamiento, la negociación entre las dos partes, la toma de decisiones informada y la retroalimentación del cliente (Duncan, 2009).

La realización de una terapia centrada en el cliente lleva inherente tener en cuenta al usuario y su opinión, pues las directrices éticas de terapia ocupacional sentencian que “Los clientes tienen el derecho de elegir y tomar decisiones sobre su propio cuidado de la salud” (Duncan, 2009).

Para que una persona logre cambiar a través del hacer, lo que se hace debe tener relevancia y significado para ella. Para que la terapia sea exitosa, se le debe permitir a las personas sentirse competentes y lograr satisfacción al hacer cosas que les importan. Por ello, las elecciones y decisiones de las personas junto con el terapeuta ocupacional son fundamentales para una terapia eficaz (Kielhofner, 2004). Como declaró Rebeiro (2000), “si la terapia ocupacional se esfuerza por ser centrada en el cliente, la profesión debe permitir la práctica de guiarse por “visiones del cliente” (Duncan, 2009).

Para cumplir con todas estas premisas, y cumplir la competencia de terapia ocupacional que afirma que se debe “adaptar y aplicar el proceso de terapia ocupacional en estrecha colaboración con el individuo” (Universidade da Coruña, 2014), la fase de evaluación del cliente debe estar centrada en conocer sus preocupaciones y prioridades. El objetivo es entender la perspectiva del cliente (Duncan, 2009). Para ello, el pilar fundamental de la evaluación debe de ser la entrevista semi estructurada, que permite al usuario transmitir sus valores, necesidades, capacidades, gustos e intereses, para que junto con el terapeuta, colabore en la toma de decisiones acerca de su intervención.

Es importante realizar dicha entrevista pues nos permite comprender la historia del usuario, construir una alianza terapéutica con él, recabar información y observar su comportamiento (Neistadt, 1998), siendo todo esto esencial para llevar a cabo una intervención más eficaz.

Para comprender la historia del usuario hay que darle importancia a sus creencias, cultura, valores, procedencia...ya que los antecedentes culturales influyen en la forma en que se desarrollan las interacciones sociales y la manera de reaccionar de la persona ante determinadas situaciones. El terapeuta debe intentar interpretar el mundo cultural del usuario y decidir cómo los antecedentes culturales pueden influir en las

decisiones terapéuticas. (Mattingly CH., 1998). Como sentencia otra competencia de terapia ocupacional, debemos “apreciar y respetar las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia sobre la ocupación y la participación” (Universidade da Coruña, 2014).

La construcción de la alianza terapéutica se inicia con la entrevista inicial, ya que es la primera interacción entre terapeuta y usuario, y forma parte del proceso de terapia ocupacional. (Duncan, 2009). Para asentar esta relación se debe de realizar el uso terapéutico del yo, lo que lleva consigo tener conciencia de sí mismo, mostrar empatía, comunicación verbal y no verbal, confianza y escucha activa. (O'Brien J.C., 2012). La relación terapéutica no es el objetivo central de TO, pero es un ingrediente primordial y necesario del proceso terapéutico (Schwartzberg, 1998), como bien se refleja en la siguiente competencia de terapia ocupacional: “construir una relación terapéutica como base del proceso de terapia ocupacional” (Universidade da Coruña, 2014).

Durante la recopilación de información realizada mediante el diálogo, entrevistador y entrevistado deben explorar todos los aspectos de la vida diaria, ya que incluso las actividades más mundanas y comunes poseen el potencial necesario para que el usuario exprese el significado de estas en su vida (Duncan, 2009). Es importante interesarse e informarse sobre sus gustos, intereses e inquietudes, tanto presentes como pasados, brindándose así la oportunidad de realizar intervenciones acordes a las propias personas y a las actividades en las que están interesadas.

A través de la TO se pueden realizar intervenciones tanto individuales como grupales relacionadas con la memoria, atención, lenguaje o función ejecutiva, por medio de ejercicios o actividades significativas para los usuarios. Además de la estimulación cognitiva, el terapeuta ocupacional trabaja en la adaptación del entorno de los usuarios para facilitar en la

medida de lo posible la interacción del usuario con el medio y con el resto de personas.

Una adecuada intervención desde la TO puede retrasar la institucionalización de una persona en 1.5 años (Leturia Arrazola F.J.). Además, dicha intervención es rentable, pues reduce costes que serían destinados a aspectos médicos, cuidadores y cuidado familiar (Korczak, 2013). Esto se consigue debido a que el incremento de las capacidades cognitivas mejora el desempeño personal en las actividades de la vida diaria, proporciona seguridad e incrementa la autonomía personal del usuario, estimula la propia identidad, la autoestima y dignifica a la persona, minimiza el estrés y previene reacciones psicológicas desadaptadas, evita la desconexión del entorno y fortalece las relaciones sociales, todos ellos objetivos de cualquier intervención realizada desde TO.

2. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

2.1 Objetivo general

El objetivo del presente estudio es conocer la percepción de los usuarios de una residencia de personas mayores acerca de sus necesidades, capacidades, gustos e intereses, a través de una entrevista semi estructurada y de la gestión de varias herramientas de valoración.

2.2 Objetivos específicos

- Conocer la historia de vida de los usuarios del centro
- Fomentar la interacción y la creación de un vínculo entre terapeuta y usuario
- Alentar a los participantes a expresar y compartir sus percepciones sobre sus necesidades, gustos, intereses y capacidades. (Martínez Pulleiro M.C., 2008).

3. METODOLOGÍA

El conocimiento y aproximación a las necesidades, capacidades, gustos e intereses de los usuarios de la residencia mediante sus propias percepciones, objetivo principal del estudio, se llevó a cabo de la siguiente manera.

3.1 Tipo de diseño seleccionado

El trabajo se realiza mediante una metodología combinada o mixta, que engloba la investigación cualitativa y la cuantitativa.

3.1.1 Metodología cualitativa

El estudio llevado a cabo es de tipo descriptivo. El método cualitativo utilizado es el fenomenológico, estudio descriptivo de cómo un individuo experimenta un fenómeno. Las técnicas de recogida de datos son de tipo observacional, conversacional y documental. El muestreo utilizado es el opinático de conveniencia. El paradigma de la ocupación es el que rige en este estudio, siguiendo las directrices de Jean Ayres y Mary Reilly, que se centran en la ocupación como eje principal de su intervención (Rodolfo Morrison J., 2011).

En la investigación cualitativa (IC) se utilizó la entrevista semi estructurada para conocer la percepción de los usuarios acerca de sus capacidades, necesidades, gustos e intereses. Por ello, desde esta metodología se siguen las ideología de Magnus (2001), que dice que la IC permite explorar las ocupaciones de las personas para comprender mejor cómo dichas ocupaciones adquieren significados después de una enfermedad, alteración, trastorno, accidente, etc. (Flick, 2004)

3.1.2 Metodología cuantitativa

Es un estudio de tipo descriptivo, longitudinal, experimental, y prospectivo. Tan solo existe una medición inicial de las capacidades físicas, cognitivas y funcionales de los usuarios.

3.2 Ámbito de estudio

La intervención se llevó a cabo en un centro para personas mayores localizado en el Concello de Coirós, en la comarca de Betanzos, que cuenta con una población de 1677 habitantes y una extensión de 32,8 Km².

La residencia, enmarcada dentro de un entorno rural, posee una capacidad para 32 usuarios, y una plantilla de 18 profesionales.

3.3 Entrada al campo

El interés inicial por realizar el Trabajo de Fin de Grado (TFG) sobre las personas mayores de una residencia de larga estancia y su percepción acerca de sus capacidades, necesidades, gustos e intereses, surgió de la cercanía de un familiar a ese ámbito.

La residencia en la que se le brindó realizar el estudio carecía del perfil profesional de terapeuta ocupacional, por lo que se considera beneficioso para los usuarios conocer sus necesidades, capacidades, gustos e intereses, a objeto de desarrollar programas de intervención lo más personalizados posible.

En el mes de Noviembre se inició el contacto con la dirección del centro que, tras concertar una reunión, aceptó la propuesta de investigación.

3.4 Selección de usuarios

La selección de los usuarios involucrados en la realización de la entrevista y las herramientas de valoración se realiza en función de su diagnóstico, seleccionando usuarios de los tres grupos en los que está centrada la investigación: usuarios con demencia, usuarios con deterioro cognitivo y usuarios sanos. El muestreo llevado a cabo es el opinático, de conveniencia.

En la residencia hay un total de 32 usuarios, de los cuales nos informan que 4 no están disponibles ni capacitados para responder o colaborar en el tipo de entrevista y herramientas seleccionadas. Por otro lado, 4 de los

usuarios restantes se negaron a colaborar en dicha investigación, quedando así 24 usuarios disponibles para la realización del estudio, de los cuales se seleccionaron 11.

Para cumplir con la ética que caracteriza a estas investigaciones, dentro de la cual se enmarca la Ley orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal, se crean codificaciones para identificar a cada uno de los usuarios sin romper el anonimato. Se adjudica a cada participante un número, siendo este precedido por la letra U, que hace referencia a la palabra usuario. Esta codificación se utilizará a lo largo de todo el proceso de investigación.

Los criterios de inclusión y exclusión para participar en la investigación se muestran en la Tabla II.

Tabla II. Criterios de inclusión y exclusión para la evaluación

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Personas con ausencia de deterioro	Presentar dificultades graves de comprensión o expresión
Llevar en la residencia al menos un año de estancia	Edad inferior a 65 años
Estar diagnosticado de demencia por el equipo médico de la residencia	Presentar una enfermedad que pudiese impedir el desarrollo de la evaluación y la interacción entrevistador entrevistado
Firma del consentimiento informado otorgado	

Entre los 11 usuarios seleccionados para llevar a cabo el estudio se pueden diferenciar los siguientes diagnósticos: 4 de ellos padecen de demencia tipo Alzheimer, 2 presentan deterioro cognitivo leve (DCL), 1

está diagnosticado de demencia sin especificar, 1 presenta deterioro cognitivo, y 3 de ellos no presentan deterioro.

En relación al sexo de los participantes en el estudio, 7 de ellos son mujeres y 4 hombres.

En cuanto a la edad, la media de los 11 participantes es de 85,6 años, teniendo el más mayor 90 años de edad y el más joven 76.

La media de años de estancia en la residencia es de 5,9 años. Algunos de los usuarios residen desde hace tan solo un año, mientras que otros se acercan a los 10 años.

La procedencia de los usuarios es mayoritariamente del medio rural, siendo 9 de ellos originarios de una aldea, mientras que tan solo 2 provienen de ciudad.

3.5 Descripción de las fases y temporalización

El desarrollo de la investigación y el diseño de la intervención se llevaron a cabo entre Noviembre de 2013 y Julio 2014, presentando así una duración de 9 meses. El estudio está dividido en 5 etapas.

1ª etapa:

En la primera etapa se realiza la selección del tema y el contacto inicial con el lugar de investigación a través de un escrito.

2ª etapa:

La segunda etapa consiste en la realización de una amplia búsqueda bibliográfica para adquirir conocimientos y poder argumentar teóricamente la pertinencia del estudio.

Se realizó una búsqueda manual y electrónica. Las palabras clave utilizadas fueron: Terapia Ocupacional, demencia, deterioro cognitivo, tercera edad, percepción, personas mayores, entrevista, gustos,

intereses, residencias, historia de vida. Los descriptores utilizados en la búsqueda bibliográfica fueron: gerontología, geriatría, terapia ocupacional.

Las referencias bibliográficas citadas en el trabajo fueron obtenidas mediante búsquedas realizadas en fuentes de información primarias y terciarias. Dentro de las fuentes de información primaria se consultaron libros y publicaciones en revistas, mientras que en las fuentes de información terciarias se hizo uso de bases de datos generales (Pubmed, Dialnet, Scopus) y bases de datos de pacientes (Medline). La búsqueda se realizó en cuatro idiomas, que fueron castellano, gallego, inglés y portugués.

Otro parámetro de búsqueda fue seleccionar tan solo los artículos disponibles a texto completo. A lo largo de la realización de la búsqueda se encontraron 38 artículos, de los cuales fueron seleccionados 16. Otra fuente de información utilizada fueron los libros, de los que se seleccionaron 12. En cuanto a la fecha de publicación, los artículos seleccionados abarcan desde el año 2002 al año 2013, mientras que los libros fueron publicados entre 1998 y 2012.

Además de estas estrategias de búsqueda y fuentes de información utilizadas, se consultaron páginas web y documentos adquiridos durante el desarrollo del Grado en TO.

3ª etapa:

Tras obtener permiso para la realización de la investigación y haber llevado a cabo la búsqueda bibliográfica, comienza el proceso de intervención en la residencia mediante la entrevista semi estructurada y las diferentes herramientas de valoración utilizadas (MEC, Barthel, Tinetti). Esta recogida de datos se hizo de manera individual, y el tiempo de duración por sesión fue de 45 a 60 minutos.

4ª etapa:

En el mes siguiente, se analiza toda la información previamente obtenida de las entrevistas semi estructuradas y las herramientas de valoración gestionadas.

5ª etapa:

Por último, en la quinta etapa del estudio, se trabaja en el diseño del programa de intervención que se considera adecuado tras analizar los resultados obtenidos a lo largo del estudio.

En el mes de Julio se informará al centro de los resultados del trabajo de fin de grado y se propondrá la aplicación en la residencia de la intervención diseñada, trabajando como terapeuta ocupacional.

El plan de trabajo está representado en la Tabla III.

Tabla III. Plan de trabajo

	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Contacto inicial con el lugar de investigación									
Búsqueda bibliográfica									
Recogida de datos									
Análisis de la información									
Diseño del programa de intervención									
Reunión con la dirección del centro									

3.6 Técnicas de recogida de datos

La recogida de la información obtenida se llevó a cabo a través de una entrevista semi estructurada (Anexo I) y de diferentes herramientas de valoración.

Antes de realizar cualquier tipo de investigación o ponerse en contacto con los usuarios de la residencia, se hace entrega de una petición escrita a la dirección de la residencia (Anexo II) para poder llevar a cabo el estudio en sus instalaciones. Junto con esto, y a petición del director, se escribe y entrega una declaración jurada (Anexo III) conforme la labor que

se realiza en el centro es estrictamente de investigación y no se percibirá ninguna remuneración económica por ello.

3.6.1 Metodología cualitativa

➤ Entrevista semi estructurada:

La entrevista semi estructurada, técnica basada en el lenguaje del paradigma cualitativo, es un sistema conversacional que consiste en entablar un diálogo abierto entre el investigador y el entrevistado, con el objetivo de obtener información válida y profunda a través de la interacción. Con esta técnica se busca recolectar información acerca de las vivencias, experiencias, gustos, intereses y emociones de los participantes, es decir, conocer su historia de vida, para poder diseñar posteriormente una intervención centrada en el cliente.

Previamente se realiza un guión (Anexo I) que es utilizado como referencia durante el diálogo, en el que aparecen preguntas abiertas y orientativas. Es importante saber que seguir estrictamente el orden de formulación no es un requisito, sino que se debe utilizar como soporte para recabar la información más importante.

Dentro del guión utilizado se abordan diferentes temas, como son su lugar de procedencia y su familia, su trabajo y sus gustos e intereses. Estas preguntas se crean en base al conocimiento previo de la edad aproximada de los usuarios, y la procedencia del medio rural de la mayoría de ellos, siendo estos dos aspectos clave en el desarrollo y diseño de una entrevista acorde a sus características principales

La realización de la entrevista semi estructurada se lleva a cabo de forma individual y privada, y con previa autorización del participante por medio del consentimiento informado (Anexo IV), tras la lectura opcional de la hoja de información (Anexo V) que se le facilita.

Tras capturar los datos necesarios en las entrevistas mediante un registro en papel (notas tomadas por el investigador), se codificó la información

obtenida. Mediante este proceso se agrupó la información en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por el investigador. Se realiza un análisis transversal de los datos, buscando captar si los modelos o patrones observados se reproducen. (Fernández Núñez, 2006)

3.6.2 Metodología cuantitativa

- Valoración cognitiva: mini examen cognoscitivo (MEC) (Anexo VI)

El MEC es un test breve de cribado del deterioro cognitivo. Consta de 30 ítems agrupados en 11 secciones que se pueden administrar al usuario en 5-15 min, con base en las siguientes indicaciones: orientación temporal, orientación espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo.

En cada sección se realizan diferentes preguntas (en unos apartados hay más que en otros), siendo la puntuación para las respuestas incorrectas 0 y 1 para las respuestas correctas.

La puntuación máxima que puede obtenerse es de 30 puntos, y cuanto menor sea la puntuación, mayor será la alteración. El punto de corte más ampliamente aceptado y frecuentemente utilizado para el MEC de 30 puntos es 23, las puntuaciones iguales o menores a esta cifra indicarían la presencia de un déficit cognoscitivo (López Miquel J., 2011).

- Valoración funcional: Barthel (Anexo VII)

El índice de Barthel es una medida genérica que valora el nivel de independencia del usuario con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante las que se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad de la persona examinada para llevar a cabo estas actividades.

Cada ítem puntúa de forma ponderada según la relevancia que se otorga a cada actividad (algunas actividades se ponderan sobre 5, mientras que otras lo hacen sobre 15).

La puntuación total varía entre 0 y 100 (90 para pacientes limitados en silla de ruedas), siendo 0 el grado mayor de dependencia y 100 independencia completa (Millán Calenti JC, 2011). La clasificación de la dependencia puede realizarse de la siguiente manera:

- Dependencia total, puntuación menor de 20.
 - Dependencia grave, puntuación de 20 a 35.
 - Dependencia moderada, puntuación de 40 a 55.
 - Dependencia leve, puntuación igual o mayor de 60.
 - Independencia, puntuación 100 (90 para usuarios de sillas de ruedas).
- (Fajardo Ramos E., 2012)

➤ Valoración física: Tinetti, escala de marcha y equilibrio (Anexo VIII)

Tinetti, marcha y el equilibrio, es un instrumento de valoración diseñado para determinar el riesgo de caídas en ancianos el próximo año. Se necesitan unos 8-10 minutos para completarse.

La evaluación consta de dos partes. La primera está centrada en la marcha, en donde se pide al individuo que camine en la habitación o el pasillo unos 8 metros a paso normal, y donde se evaluará la iniciación de la marcha, la longitud, altura, simetría y fluidez del paso, la trayectoria, la postura al caminar y el balanceo del tronco. La segunda parte consiste en la evaluación del equilibrio en las siguientes situaciones: sentado, intentos para levantarse, manera de levantarse, en bipedestación, con los ojos cerrados, en una vuelta de 360° y al sentarse.

A mayor puntuación, mejor es el rendimiento. La máxima puntuación para la subescala de marcha es 12, y para la de equilibrio 16. A continuación se suman ambos resultados, para obtener el riesgo de caída (sobre 28). Los resultados se pueden interpretar de la siguiente manera:

- < 19: alto riesgo de caídas

—19 a 24: riesgo de caídas

—24 a 28: no hay riesgo de caídas

(Alotaibi N.M., 2009)

Tanto la entrevista semi estructurada como las herramientas de valoración se llevaron a cabo en el despacho de Enfermería de la residencia, siendo los usuarios informados y citados previamente.

El análisis de los datos obtenidos de la gestión de las herramientas de valoración se puede realizar mediante un análisis descriptivo de los datos, utilizando el programa SPSS, o mediante el uso del programa Microsoft Office Excel.

3.7 Criterios de rigor

- **Credibilidad:** hace referencia al isomorfismo entre los datos recogidos en la investigación y la realidad, registrados mediante entrevistas, herramientas de valoración y observación. Además, el investigador se ha apoyado en estrategias concretas, como los métodos de triangulación, obteniendo información del sector de enfermería del centro para corroborar información.
- **Aplicabilidad:** los descubrimientos de esta investigación pueden ser aplicados a otros sujetos o contextos, mediante una descripción exhaustiva y la recogida de abundantes datos en referencia a sus capacidades, necesidades, gustos e intereses.
- **Consistencia:** se han descrito detalladamente los procedimientos empleados en la recogida de información, con vista a que sean fácilmente replicables por otros investigadores.
- **Neutralidad:** garantizando que los descubrimientos de la investigación no están sesgados por motivaciones, intereses y perspectivas propias. Además, se han presentado *verbatim*s de los propios participantes que corroboran la información presentada.

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Previo a cualquier tipo de investigación realizada, se entregó al director/a de la residencia de personas mayores una hoja informativa acerca del TFG (Anexo II), su temática y la información que se pretendía obtener de los usuarios de la residencia, junto con un consentimiento informado (Anexo IV) en el que se realizó una petición por escrito para llevar a cabo las actividades descritas en la hoja informativa.

La información obtenida sobre los usuarios de la residencia se utilizó actuando acorde a las siguientes normativas legales:

- Ley orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal.
- Ley gallega 3/2001 de consentimiento informado e historia clínica.

Todos los usuarios participantes en el proceso de recogida de datos fueron informados del propósito de la investigación y de las condiciones de su participación en la misma mediante una hoja informativa (Anexo V). Así mismo, se les entregó el consentimiento informado correspondiente a su participación, requiriendo una firma de cada uno de ellos, para poder reflejar su involucración voluntaria en el proceso, y la posibilidad de abandonar el estudio cuando lo deseen.

5. RESULTADOS

En este apartado se reflejan los resultados obtenidos a lo largo del estudio realizado en la residencia, organizados de la siguiente manera:

En primer lugar, se representan mediante tablas y gráficos los datos obtenidos de la entrevista y la gestión de las herramientas de valoración, que buscaban evaluar las capacidades cognitivas, físicas y funcionales de los usuarios.

A continuación, se muestran los *verbatim*s obtenidos a través de la semi estructurada, que recabó información acerca de la percepción de los propios usuarios en relación a sus necesidades, gustos e intereses.

Por último, se expone un posible programa de intervención diseñado a partir de la información obtenida en los apartados anteriormente mencionados, y cumpliendo con las normas éticas y las competencias de TO.

Como se explicó con anterioridad, a lo largo de toda la investigación, y para cumplir con los códigos éticos, se utilizan codificaciones que identifican a cada uno de los usuarios, impidiendo romper así con el anonimato tras el que se encuentran. Estas codificaciones están formadas por la letra U (usuario) acompañadas de un número del 1 al 11.

5.1 Datos generales de los usuarios

En la Tabla III se representa la información global de los usuarios en relación con su sexo, edad, diagnóstico, años de estancia y procedencia.

Tabla III. Datos generales de los usuarios

USUARIO	SEXO	EDAD	DIAGNÓSTICO	AÑOS DE ESTANCIA	PROCEDENCIA
U1	M	83	Alzheimer: fase severa	3	Rural
U2	M	76	-	10	Rural
U3	H		-	10	Rural
U4	M	86	Alzheimer: fase moderada	2	Ciudad
U5	M	89	Alzheimer: fase moderada	4	Rural
U6	H	84	-	2	Ciudad
U7	M	90	DCL	1	Rural
U8	M	88	Alzheimer: fase moderada	1	Rural
U9	H	88	DCL	3	Rural
U10	M	88	Demencia	1	Rural
U11	H	80	Deterioro cognitivo	1	Rural

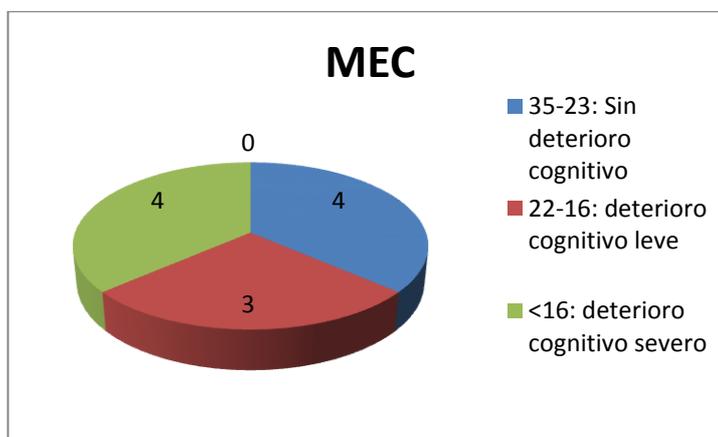
En cuanto a la ocupación anteriormente desempeñada por los usuarios es bastante homogénea entre el sexo femenino donde, de las 7 mujeres, 6 fueron amas de casa, de las cuales 4 se encargaban también de cuidar el ganado. En el sexo masculino la repartición es muy heterogénea, un labrador, un conductor de camión, un cazador y un trabajador de una empresa de construcciones navales.

La rutina diaria es prácticamente idéntica en todos los usuarios: se levantan, desayunan, charlan hasta la hora de comer, comen, continúan hablando o viendo la televisión con los compañeros, cenan y se acuestan. Esto ocurre todos los días de la semana, salvo dos mañanas que acuden una trabajadora con la que realizan ejercicio físico y actividades lúdicas.

5.1.1 Valoración cognitiva: escala MEC

En cuanto a la valoración cognitiva de los usuarios, la puntuación de la escala MEC abarca un rango bastante amplio. El punto de corte más aceptado y utilizado para el MEC de 30 puntos es 23, las puntuaciones iguales o menores a esta cifra indicarían la presencia de un déficit cognoscitivo. Existe otro punto de corte, de 16 puntos, que separa el deterioro cognitivo leve de un deterioro cognitivo grave. El número de usuarios en cada rango de puntuación está representado en el Gráfico II.

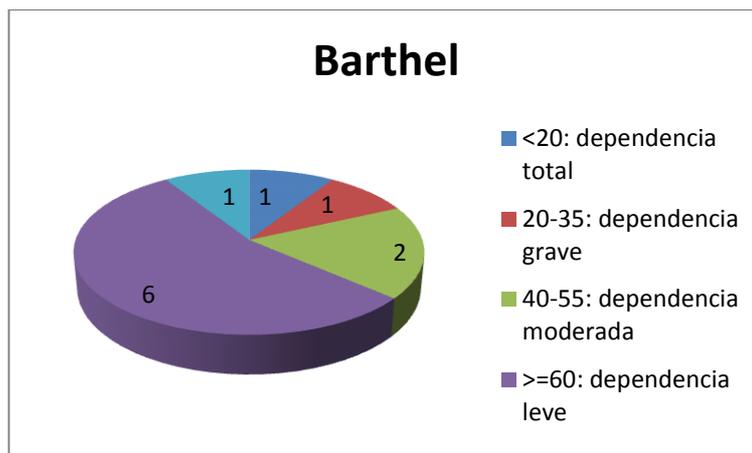
Gráfico II. Herramienta de evaluación MEC



5.1.2 Valoración funcional: escala Barthel

La escala de Barthel agrupa las puntuaciones en 4 grupos diferentes, representando así el grado de dependencia del usuario. Estas son: dependencia total, dependencia grave, dependencia moderada, dependencia leve e independencia. El número de usuarios representados en cada grado de dependencia se muestra en el Gráfico III.

Gráfico III. Herramienta de evaluación Barthel

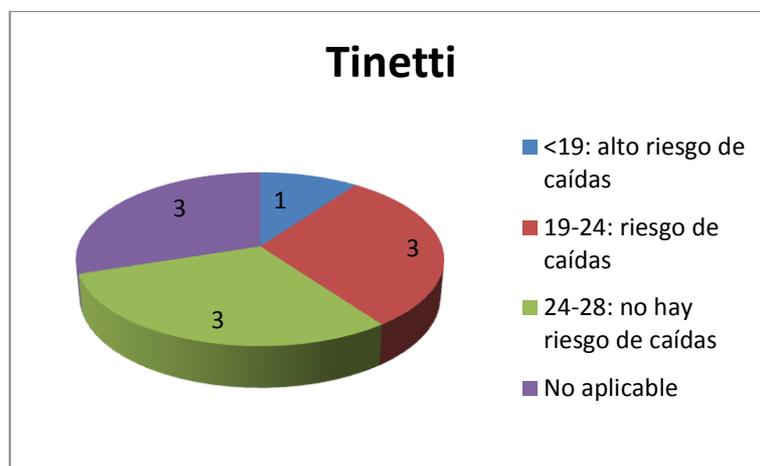


*No aplicable: usuario en silla de ruedas.

5.1.3 Valoración física: escala Tinetti

Teniendo en cuenta la clasificación obtenida de la suma de los resultados de la parte de marcha y equilibrio, la distribución de los usuarios en los diferentes apartados se muestra en el Gráfico IV.

Gráfico IV. Herramienta de valoración Tinetti.



5.1.4 Gustos e intereses de los participantes

Los resultados obtenidos de la entrevista surgieron de la conversación y diálogo entre entrevistador y entrevistado, no de preguntas rígidas y directas. Los temas que surgieron a lo largo de estas conversaciones se agrupan en diferentes categorías. Estas son: huerta, animales y colaboración en la residencia.

➤ **Animales:**

De los 11 usuarios entrevistados, 9 mostraron ser simpatizantes de los animales, y más concretamente de los perros, manifestando la diversión y alegría que sienten cuando están cerca de ellos

“Los perros son muy divertidos, y dan mucho cariño” U4

“Eu tiña dous cans de caza, que ben o pasaba con eles...” U9

➤ **Participación en la residencia:**

Uno de los aspectos importantes que se pretendía conocer mediante la gestión de la entrevista semi estructurada era qué actividades les gustaría realizar en la residencia. 4 de los usuarios entrevistados respondieron que no estaban muy interesados en actividades de ocio, sino que preferían colaborar en la residencia, ya que en el pasado no tenían tiempo de disfrutar de ocio, ya que dedicaban todo su tiempo a trabajar.

“Eu non facía nada máis que traballar, era o que me gustaba, e non tiña tempo para outra cousa” U11

“Antes no había tiempo para divertirse” U8

No todos los usuarios tenían el mismo motivo para mostrar interés por este tipo de actividad. Dos de los usuarios disfrutaban mucho cocinando anteriormente, y otro de ellos considera que es lo que mejor se le da, y por ello cree que debería ayudar.

“Se me daba muy bien cocinar conejo y freixos” U11

En líneas generales, todos los usuarios muestran preocupación por los trabajadores de la residencia y por el bienestar del lugar, por lo que colaborar en lo que esté en sus manos es motivo de satisfacción para ellos.

“Ayudar en lo que pueda” U8

“Ayudar a preparar la comida” U8

“Hacer actividades prácticas para las que no haya mucha disposición de gente y puedan ayudar a la residencia” U7

➤ Huerta:

La mayoría de los usuarios entrevistados (9 de 11) provienen del medio rural, y la mayor parte de su vida la pasaron en contacto con el campo, las cosechas y los animales de granja. En el desarrollo de la entrevista semi estructurada, 5 usuarios manifestaron interés acerca de crear un espacio de huerta en el que ellos trabajarían y al que dedicarían tiempo como una actividad propia de la residencia.

“Me gustaría poder plantar semillas en una huerta y cuidarlas” U10

“Boto en falta a miña leira e traballar nela” U8

Además de los animales, colaborar en la residencia, y el interés por crear una huerta en la residencia, los usuarios mostraron diferentes gustos, aunque de manera más heterogénea. Algunos manifiestan el placer que les supone pasear, mientras que otros lo consideran algo aburrido y sin finalidad alguna; también se mencionaron los bolos, la lectura de periódico, la gimnasia, el baile y cante, difiriendo en la opinión.

“Gústame ler o periódico tódolos días” U2 y U7

“Estoy cómodo en la residencia porque estoy con mi mujer, pero es bastante aburrido” U3

“La vida que llevo en la residencia es muy monótona” U8

“No me gusta la gimnasia porque llevo ropa inadecuada para tantos movimientos y tan raros” U9

5.2 Programa de intervención

5.2.1 Diseño del programa

A partir de los datos y la información obtenidos de los diálogos llevados a cabo con los usuarios del centro, así como de los gustos e intereses personales mostrados, surge la idea de realizar el diseño de un programa de intervención partiendo de las opiniones y percepciones compartidas por los propios participantes.

Los objetivos de este programa son:

- Ofrecer programas de intervención adecuados a cada usuario que promuevan un desarrollo de la demencia lo menos agresivo posible.
- Promover el mantenimiento de la mayor autonomía personal de la persona con demencia o deterioro cognitivo, así como de las personas sanas.
- Potenciar las capacidades cognitivas y funcionales de los usuarios.
- Evitar el posible aislamiento social producido por la pérdida de capacidades de los usuarios
- Recuperar antiguas aficiones y ocupaciones de los usuarios.

La intervención se dirige a personas mayores con deterioro cognitivo o demencia, buscando ralentizar el avance de su enfermedad, y mantener sus capacidades y calidad de vida, y a personas mayores que no presenten ningún tipo de deterioro cognitivo, con las cuales se buscará posponer el momento de aparición del mismo.

Las actividades que más surgieron a lo largo de las entrevistas, teniendo además un compartido interés hacia ellas por los usuarios, fueron

elegidas para formar parte del programa de intervención diseñado. Dichas actividades tomaron parte en el diálogo de forma espontánea y fluida, y no a través de preguntas directas y cerradas. Las actividades son las siguientes:

Actividad 1: intervención con animales

- Elementos o material necesarios: para llevar a cabo esta actividad se necesita un perro y un espacio de la residencia habilitado con sillas para poder desarrollarla.
- Días de intervención: se intervendrá en grupos reducidos de 6 a 8 personas, en varios turnos, un día a la semana.
- Horario: la duración de la actividad será de 1h.

En la primera parte de la actividad se permitirá a los usuarios interactuar con el animal sin intervención del terapeuta, pudiendo observar así el comportamiento de los usuarios. Más adelante, se llevarán a cabo actividades como el cepillado del animal, darle de comer, o pasearlo, dirigidas todas ellas por el terapeuta ocupacional.

Actividad 2: ayudar y colaborar en la residencia

- Elementos o material necesarios: alimentos, utensilios de cocina y de limpieza, sillas y mesas.
- Días de intervención: se llevará a cabo a diario, organizando a los participantes en grupos reducidos de 4 o 5 personas, y creando un sistema de rotaciones, permitiendo que cada usuario participe en esta actividad dos veces por semana.
- Horario: la actividad se realizará todos los días en el horario de preparación de las comidas, entre las 11.30 y las 13.00 horas, y el horario de meriendas, entre las 17.00 y las 18.00 horas.

Los usuarios, en función de si están en el grupo de mañana o de tarde, realizarán actividades con diferente finalidad, como por ejemplo, colaborar

en la organización de las mesas o en la preparación de algunos alimentos (por ejemplo: pelar patatas).

Actividad 3: creación de una huerta

- Elementos o material necesarios: abono, herramientas de jardín, guantes, semillas.
- Días de intervención: se intervendrá en grupos reducidos de 4 o 5 personas, creando un sistema de rotación diario, que permitirá que todos los usuarios lleven a cabo esta actividad dos días a la semana
- Horario: la duración de la actividad será de 1h.

Existen plantaciones que tan solo se pueden cosechar en ciertas épocas del año, y con un tipo de clima específico. Pero también existen otras plantaciones que tienen más facilidad para desarrollarse a lo largo del todo el año, como son la lechuga, el perejil y las acelgas. Son estas tres legumbres las seleccionadas para cosechar en la huerta del centro.

A mayores, si se desea y la actividad tiene éxito y demanda, se podrán seleccionar y añadir plantaciones acordes a cada época del año.

Otras actividades:

-Taller de orientación a la realidad (lectura de periódico)

-Actividad física

-Paseos exteriores

5.2.2 Aplicabilidad

El programa de intervención diseñado tiene la finalidad de ser desarrollado en la residencia en la que se ha llevado a cabo el estudio, pues es una intervención diseñada y centrada en los usuarios de la misma, tras haber investigando y obtenido información acerca de sus capacidades físicas y cognitivas, gustos e intereses. Por ello, aunque podría afectar favorablemente en otros entornos e instituciones, no se

considera adecuado aplicar la misma intervención exacta en otros centros o residencias de larga estancia, pues posiblemente no concuerden con los gustos e intereses de las personas allí residentes, así como con sus capacidades físicas y cognitivas.

Pese a ello, se considera adecuado seguir el guión de esta investigación para realizar futuras intervenciones en otros centros, centrando el diseño del programa de intervención fundamentalmente en los usuarios y sus capacidades.

La aplicación de este programa de intervención en la residencia seleccionada dependerá del desenlace de la reunión que se intentará fijar con la dirección del centro.

6. DISCUSIÓN

Se pueden encontrar numerosos estudios cualitativos centrados en las personas mayores, estando algunos de ellos focalizados en conocer la percepción de su propia calidad de vida, gustos e intereses.

Las dimensiones de la calidad de vida no son absolutas, esta no es positiva o negativa, buena o mala, sino que la percepción de la misma por parte de las personas mayores en este caso, depende de la condición desde la que se evalúe y del entorno en que se experimente (Osorio Parraguez, 2011). Es así que numerosas veces estar en una residencia implica que actividades que tradicionalmente han servido como vía para mantener determinadas redes sociales y vínculos, comienzan a abandonarse, lo que repercute en sus relaciones, su bienestar y su salud.

Netta Van't Leven y Hans Jonsson (2002) llevaron a cabo un estudio cualitativo que tenía como objetivo explorar como los usuarios de una residencia para personas mayores en los Países Bajos percibían las facilidades y limitaciones del centro en cuanto a su desempeño ocupacional. Sus resultados fueron expuestos a través de tres temas fundamentales para los usuarios del centro: la continuación de actividades de tipo familiar que tengan un interés personal, la propia elección y control de las actividades y las relaciones sociales con la gente (Leven, 2002).

Por su parte, Andersson, Pettersson y Sidenvall (2007), autores de otro estudio cualitativo centrado en personas mayores de una residencia de larga estancia, afirmaron que los participantes se encontraban generalmente satisfechos con la vida que llevaban en el centro, excepto por la capacidad de libre determinación (Andersson, 2007).

Dotar a los usuarios de la capacidad de elección es un factor esencial a la hora de intervenir tanto desde la perspectiva de terapia ocupacional como

de otras profesiones, pues el esfuerzo y las ganas que pondrán los usuarios para mejorar y colaborar serán siempre muy superiores si el medio utilizado es de su agrado.

Por ello, y como se defiende a lo largo de todo el estudio, la historia de vida de la persona, sus capacidades, necesidades, gustos e intereses deben ser un pilar fundamental en el diseño y desarrollo de programas de intervención en cualquier ámbito.

Retomar antiguos intereses y ocupaciones de los usuarios también puede ser muy importante para ellos, recuperando así parte de su identidad, que pudieron haber perdido al ingresar en la residencia.

Las terapias con animales, enmarcadas dentro de una de las categorías que surgen de las entrevistas, y que también forman parte de la intervención diseñada, son conocidas por formar parte del tratamiento de diferentes patologías, y la intervención en personas de la tercera edad con deterioro cognitivo o demencia es una de ellas. Estas terapias son también conocidas como un método reductor de la soledad en personas mayores.

La interacción entre un animal y un humano puede ser beneficiosa en comportamientos agresivos y en síntomas psicológicos de la demencia (Cevizci, 2013). Se realizaron diferentes estudios para demostrar cómo afecta positivamente el contacto de las personas mayores con los animales, sufran demencia o estén completamente sanas.

Un estudio llevado a cabo en tres residencias de larga estancia en Mississippi pretendía conocer cómo afecta la interacción con animales en personas mayores sanas. El estudio demostró que, pese al mayor interés por los animales por los usuarios que previamente tuvieron mascotas, el grupo de personas que asistió con más regularidad a la terapia vio reducida su soledad en mayor medida que las personas que no asistían, o asistían una sola vez (Banks M.R., 2002).

En cuanto al efecto de las terapias asistidas con animales en personas con demencia, se realizó una revisión de nueve estudios para mostrar su efectividad (Perkins, 2008). A través de la revisión se descubrió su influencia en el estado de ánimo, moderando algunos de los síntomas psicológicos y de comportamientos propios de la demencia, reduciendo la agresividad y el comportamiento agitado. Pese a ello, no se pudo demostrar que método de intervención es el más adecuado para las demencias, si la intervención terapéutica con un animal adiestrado y una persona cualificada, o la intervención con un animal y una persona no cualificada, limitándose a ser un animal de compañía.

Diferentes investigadores han afirmado que la intervención asistida con animales debería estar considerada dentro del plan de tratamiento del individuo con demencia (Filan, 2006).

Es sabido que participar en ocupaciones significativas para la persona influye positivamente en su salud y bienestar, y un cambio estas ocupaciones puede reducir la percepción de la persona acerca de su propia salud (Corcoran, 2003). Por ello, la creación de una actividad que consista en colaborar y participar en actividades propias de la residencia relacionadas con la preparación de la comida o el cuidado de la infraestructura, y que involucre a los usuarios y los haga formar parte de la residencia, es una elección adecuada, ya que fueron numerosas las personas que declararon echar en falta realizar las tareas del hogar, véase cocinar o limpiar.

Asimismo, la creación de una huerta en la residencia predica con lo anteriormente dicho y permite cumplir con los objetivos propuestos para la intervención, es decir, permite al usuario participar en actividades significativas, retomar antiguas ocupaciones y tomar parte en la toma de decisiones a lo largo de la intervención. Además, es una actividad adecuada a las características de los propios usuarios, diseñada en función de sus capacidades, historia de vida, gustos e intereses, que es el pilar fundamental de este estudio.

7. CONCLUSIONES

Tras la realización de este estudio, y respaldando los resultados obtenidos, se puede concluir que conocer la percepción de los usuarios acerca de sus capacidades, necesidades, gustos e intereses es un factor primordial a la hora de realizar cualquier tipo de intervención desde la perspectiva y trabajo de TO.

Tanto el objetivo general como los objetivos específicos fueron alcanzados satisfactoriamente, ya que a través de la entrevista se conoció la historia de vida de los usuarios, se fomentó la interacción, se creó un vínculo entre entrevistador y entrevistado, y se permitió y alentó a los participantes a que compartieran sus percepciones sobre temáticas diferentes, entre otros objetivos alcanzados.

En cuanto a las limitaciones del estudio, destacamos las siguientes:

La **selección de los usuarios** no se pudo realizar de manera satisfactoria debido a que las valoraciones cognitivas, funcionales y físicas estaban ausentes o no estaban actualizadas, por lo que se seleccionó a los usuarios conociendo únicamente sus diagnósticos, lo que provocó el desconocimiento previo de la capacidad de los usuarios para llevar a cabo la entrevista.

La **muestra** obtenida para la realización de la investigación es muy pequeña, pese a que está formada por la mitad de los usuarios de la residencia.

Las **herramientas de valoración** se administraron una sola vez, al inicio del estudio. Es importante considerar la importancia de administrarlas de nuevo si se realiza el programa el programa de intervención. En ese caso, se realizaría al finalizar la intervención.

Cada **centro de personas mayores** constituye una pequeña sociedad en sí misma, dotada de sus propias normas y tradiciones. Por ello, los

resultados obtenidos en este estudio no pueden ser extrapolados por completo al contexto de cualquier otro centro.

8. BIBLIOGRAFÍA

Acosta D., B. L. (2012). *La enfermedad de Alzheimer, diagnóstico y tratamiento. Una perspectiva latinoamericana*. México DF: Editorial médica panamericana.

Alotaibi N.M., R. K. (2009). Assessments Used in Occupational Therapy Practice: An Exploratory Study Occupational Therapy in Health Care. *Occupational therapy health* , 23 (4), 302-318.

Alzheimer's reading room. (2014). Recuperado el 24 de Marzo de 2014, de Alzheimer's reading room: <http://www.alzheimersreadingroom.com/>

Andersson, I. P. (2007). Daily life after moving into a care home—experiences from older people, relatives and contact persons. *Journal of clinical nursing* , 16 (9), 1712-1718.

Banks M.R., B. W. (2002). The effects of animal-assisted therapy on loneliness in a elderly population in long term care facilities. *The journals of gerontology* , 57 (7), 28-32.

Cantley, C. (2001). *A Handbook of dementia care*. Philadelphia: Open University press.

Cevizci, S. S. (2013). Animal Assisted Therapy and Activities in Alzheimer's Disease. *INTECH. Open science* , 303-325.

Corcoran, M. (2003). *Geriatric issues in occupational therapy*. Bethesda: AOTA Press.

Côte L., S. L. (2000). *Parkinson's disease and quality of life*. Nueva York: The Haworth Press.

Duncan, E. (2009). *Skills for practice in occupational therapy*. Philadelphia: Elsevier.

Fajardo Ramos E., N. R. (2012). Valoración integral del adulto mayor a partir de escalas de medición. . *Edu-física* , 1-15.

Farias, S. T. (2009). Progression of mild cognitive impairment to dementia in clinic-vs community-based cohorts. *Archives of neurology* , 66 (9), 1151-1157.

Farlex. (2008). *Free Online Medical Dictionary*. Recuperado el 29 de Abril de 2014, de Free Online Medical Dictionary: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/DAT+++Dementia+Alzheimer's+type>

Fernández Núñez, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Butlletí LaRecerca* , 1-13.

Filan, S. L.-J. (2006). Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. *International Psychogeriatrics* , 18 (4), 597-611.

Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Autor: . Editorial: Morata. 2004. Madrid: Morata.

INEbase. (2014). *Instituto Nacional de Estadística*. Recuperado el 29 de Enero de 2014, de Instituto Nacional de Estadística: <http://www.ine.es/>

Kielhofner. (2004). *Terapia ocupacional. Modelo de ocupación humana. Teoría y aplicación*. Buenos Aires: Editorial médica panamericana.

Korczak, D. H. (2013). The effectiveness of occupational therapy for persons with moderate and severe dementia. *GMS health technology assessment* , 1-7.

Leturia Arrazola F.J., U. M. *Centros de día. Atención e intervención integral para personas mayores dependientes y con deterioro cognitivo*. Bizitzen lagundu.

Leven, N. V. (2002). Doing and being in the atmosphere of the doing: environmental influences on occupational performance in a nursing home. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* , 9 (4), 148-155.

López Miquel J., M. A. (2011). Mini examen cognoscitivo. *Revista Española de Medicina Legal* , 122-127.

Martínez Pulleiro M.C., R. G. (2008). *Modelo de centro de día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer*. Pamplona: IMSERSO.

Mattingly CH., B. D. (1998). Interpretación de la cultura en un contexto terapéutico. En S. D. Hopkins H. L., *Terapia ocupacional* (págs. 154-161). Madrid: Editorial médica panamericana.

Medicine, U. N. (2014). *Medline Plus*. Recuperado el 26 de Enero de 2014, de Medline Plus: <http://medlineplus.gov/spanish>

Millán Calenti JC, L. T. (2011). Valoración funcional. En M. Calenti, *Gerontología y Geriatría. Valoración e Intervención* (pág. 197). Madrid: Editorial médica panamericana.

Neistadt, M. (1998). Introduction to evaluation and interviewing. En C. E. Neistadt M.E., *Occupational therapy* (págs. 151-168). Philadelphia: Lippincott.

O'Brien J.C., H. S. (2012). *Introduction to Occupational therapy*. Missouri: Elsevier.

Organización Mundial de la Salud. (2014). Recuperado el 5 de Mayo de 2014, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/>

Osorio Parraguez, P. I. (2011). Comprensión de la calidad de vida en personas mayores semivalentes en Chile. *Salud & Sociedad* , 203-2017.

Pagonabarraga, J. &. (2012). Cognitive impairment and dementia in Parkinson's disease. *Neurobiology of disease* , 46 (3), 590-596.

Perkins, J. B. (2008). Dog-assisted therapy for older people with dementia: A review. *Australasian journal on ageing* , 27 (4), 177-182.

Petersen, R. C. (2009). Mild cognitive impairment: ten years later. *Archives of neurology* , 66 (12), 1447-1455.

Reilly, J. R.-S. (2010). Cognition, language, and clinical pathological features of non-Alzheimer's dementias: An overview. *Journal of communication disorders* , 43 (5), 438-452.

Rodolfo Morrison J., D. O. (2011). La Filosofía de la ocupación humana y el paradigma social de la ocupación. Algunas reflexiones y propoestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional* , 11 (2), 102-119.

Schwartzberg, S. (1998). Instrumentos de práctica. Utilización terapéutica del yo. En S. H. Hopkins H.L, *Terapia ocupacional* (págs. 269-353). Madrid: Editorial médica panamericana.

Stern, Y. (2000). Cognitive change, dementia and depression in Parkinson's disease. En S. L. Côte L., *Parkinson's disease and quality of life* (págs. 143-149). Nueva York: The Haworth Press.

Universidade da Coruña. (2014). *Grao en Terapia Ocupacional. Competencias da titulación*. Recuperado el 14 de Abril de 2014, de https://guiadocente.udc.es/guia_docent/index.php?centre=653&ensenyament=653G01&consulta=competencies

ANEXOS

Anexo I. Entrevista semi estructurada

Fecha:

Nombre:

Edad:

Estudios:

¿Dónde vivía antes de venir a la residencia?

Cuénteme un poco acerca de su vida antes de empezar a vivir aquí.

¿A que se dedicaba usted anteriormente? ¿Cómo era su día a día?

¿Cuál es su opinión acerca de la vida en la residencia?

¿Qué actividades realizan en la residencia? ¿Cuál es la que más disfruta?
¿Y la que menos?

¿Cuáles son sus aficiones? ¿Han cambiado con respecto al pasado?
¿Cuáles eran?

¿Qué actividad/es le gustaría realizar en la residencia?

¿Hay algo que eche de menos que tenía/hacía anteriormente en su vida?

¿Cómo se encuentra físicamente? Coménteme como se desenvuelve en el día a día.

¿Le gusta salir a pasear? ¿Suele hacerlo a menudo?

¿Me podría usted comentar como lleva a cabo un día de la semana?

Anexo II. Carta de petición para la investigación a la residencia

Pontedeume, 14 Marzo 2014

Estimado/a director/a:

Yo, María Fraga Dopico, con DNI _____, estudiante de 4º curso del grado en Terapia Ocupacional por la Universidade da Coruña, me dirijo a usted, director/a de la residencia, para solicitarle permiso para mencionar a su residencia en la realización de un proyecto de investigación sobre personas mayores.

Para la realización del proyecto de investigación se llevarán a cabo entrevistas semi estructuradas a los usuarios de la residencia que accedan a ello, y posteriormente, se utilizarán herramientas de evaluación para evaluar su estado cognitivo y físico. El objetivo de esta evaluación previa es el diseño de un programa de intervención dirigido a dichas personas en función de sus gustos e intereses, y de sus capacidades.

Antes de la realización de cualquier entrevista o evaluación se pedirá a cada uno de los usuarios que firmen un consentimiento informado. Todos los datos que se obtengan a lo largo del proceso de investigación serán completamente confidenciales, no serán divulgados en ningún medio, y se mantendrán guardados en los archivos de la universidad. Su recogida será utilizada para poder avanzar a la segunda fase de la investigación: el diseño de un proyecto de intervención desde el punto de vista de la terapia ocupacional.

La investigación que se llevará a cabo cumplirá las normativas éticas de la Ley orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal, y la ley gallega 3/2001 de consentimiento informado e historia clínica.

Llevar a cabo esta investigación formaría parte de mi trabajo de fin de grado (TFG), último paso antes de la finalización del Grado en Terapia Ocupacional. Para la realización de dicha investigación cuento con el apoyo de dos profesionales que me tutorizarán, Adriana I. Ávila Álvarez, profesora y responsable de la Calidad y la Convergencia de la Facultad de Ciencias da Saúde, y Elena Viqueira Rodríguez, trabajadora del centro de día AFACO (Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias afines de A Coruña).

Atentamente, María Fraga Dopico

Tutorizan el proyecto de investigación:

Elena Viqueira Rodríguez
Álvarez

Adriana I. Ávila

Fdo:

Fdo:

El director/directora de la residencia

Fdo:

Anexo III. Declaración jurada residencia



Yo, María Fraga Dopico, estudiante de la Universidade da Coruña, identificada con DNI nº _____ declaro bajo juramento que:

-La labor que estoy realizando en la residencia es estrictamente de investigación.

-La investigación que actualmente estoy realizando forma parte de mi Trabajo de Fin de Grado (TFG), dentro del Grado en Terapia Ocupacional, emitido por la Universidade da Coruña.

-No recibo bonificación alguna por parte de dicha entidad.

María Fraga Dopico

Fdo:

Anexo IV. Consentimiento informado para el usuario

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA A PARTICIPACIÓN NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN

Eu, _____

f Lin a folla de información ao participante do estudo arriba mencionado que se me entregou, puiden conversar con María Fraga Dopico e facer todas as preguntas sobre o estudo necesarias para comprender as súas condicións e considero que recibín suficiente información sobre o estudo.

f Comprendo que a miña participación é voluntaria, e que podo retirarme do estudo cando queira, sen ter que dar explicacións e sen que isto repercuta nos meus coidados médicos.

Accedo a que se utilicen os meus datos nas condicións detalladas na folla de información ao participante.

Presto libremente a miña conformidade para participar no estudo.

Respecto á conservación e utilización futura dos datos detallados na folla de información ao participante,

NON accedo que os meus datos e/ou mostran sexan conservados unha vez terminado o presente estudo

Accedo que os meus datos se conserven unha vez terminado o estudo, sempre e cando sexa imposible, mesmo para os investigadores, identificalos por ningún medio

Si accedo que os datos se conserven para usos posteriores en liñas de investigación relacionadas coa presente, e nas condicións mencionadas.

En canto aos resultados das probas realizadas,

DESEXO coñecer os resultados da investigación

NON DESEXO coñecer os resultados da investigación

O/a participante,

Asdo.:

Data:

O/a investigador/a,

Asdo.:

Data:

Anexo V. Hoja de información para el usuario

FOLLA DE INFORMACIÓN AO/Á PARTICIPANTE NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN.

INVESTIGADOR:María Fraga Dopico, estudante de Terapia Ocupacional pola Universidade da Coruña.

Este documento ten por obxecto ofrecerlle información sobre un **estudo de investigación** no que se lle invita a participar. Este estudo se está a realizar nunha Residencia de Betanzos.

Se decide participar no mesmo, debe recibir información personalizada do investigador, **ler antes este documento** e facer todas as preguntas que precise para comprender os detalles sobre o mesmo. Se así o desexa, pode levar o documento, consultalo con outras persoas, e tomar o tempo necesario para decidir se participar ou non.

A participación neste estudio é completamente **voluntaria**. Vostede pode decidir non participar ou, se acepta facelo, cambiar de parecer retirando o consentimento en calquera momento sen obriga de dar explicacións. Asegurámoslle que esta decisión non afectará á relación co seu médico nin á asistencia sanitaria á que vostede ten dereito.

Cal é o propósito do estudio?

Investigar as necesidades existentes entre os usuarios da residencia Fontes do Santo e deseñar un plan de intervención desde a perspectiva da Terapia Ocupacional tendo en conta os gustos e intereses de todos os participantes.

Por que me ofrecen participar a min?

A selección das persoas invitadas a participar depende duns criterios que están descritos no protocolo da investigación. Estes criterios serven para seleccionar á poboación na que se responderá o interrogante da investigación. vostede é convidado a participar porque cumpre eses criterios.

Espérase que participen neste estudio o resto de compañeiros da residencia.

En que consiste a miña participación?

A miña participación consiste en responder a unha serie de preguntas, englobadas nunha pequena entrevista sobre os meus gustos e intereses, e algúns datos xerais necesarios para a recolecta de información para o estudio. Xunto co a entrevista, ofrézome voluntario a que se utilicen dúas ferramentas de valoración para coñecer máis concretamente cal é o meu estado físico e cognitivo, e tamén cubrir un pequeno cuestionario relacionado co ocio.

A súa participación terá unha duración total estimada de 1h 30 minutos.

Que riscos ou inconvenientes ten?

A participación no estudio non leva consigo ningún risco nin inconveniente. Se existise algunha pregunta que non se desexe responder, por motivos persoais o porque incomodidade de falar sobre o tema, cambiarase de tópico sen ningún problema.

O mesmo ocorre coas escalas de valoración e o cuestionario de ocio.

Obterei algún beneficio por participar?

A investigación pretende deseñar un plan de intervención para levar a cabo na residencia Fontes do Santo tendo en conta os gustos e intereses dos participantes. Non se prevén aplicacións inmediatas de dito estudo, pero pode que nun futuro sexa aplicado.

Recibirei a información que se obteña do estudo?

Se vostede o desexa, facilitaráselle un resumo dos resultados do estudo.

Publicaranse os resultados deste estudo?

Os resultados deste estudo serán remitidos a publicacións científicas para a súa difusión, pero non se transmitirá ningún dato que poida levar á identificación dos participante.

Como se protexerá a confidencialidade dos meus datos?

O tratamento, comunicación e cesión dos seus datos farase conforme ao disposto pola Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal. En todo momento, vostede poderá acceder aos seus datos, corrixilos ou cancelalos.

Existen intereses económicos neste estudo?

Non, esta investigación forma parte exclusivamente do Traballo Fin de Grado (TFG) no Grado en Terapia Ocupacional, pola Universidade da Coruña. Polo que a súa realización é unicamente académica.

O investigador non recibirá retribución específica pola dedicación ao estudo. Vostede non será retribuído por participar.

Moitas grazas por participar.

Anexo VI. Herramienta de valoración: MEC

MEC

<p>1. ORIENTACIÓN TEMPORAL</p> <p>A) Año..... B) Estación del año.....</p> <p>C) Día del mes..... D) Día de la semana.....</p> <p>E) Mes del año.....</p>	<p>.....(5)</p>
<p>2. ORIENTACIÓN ESPACIAL</p> <p>A) País..... B) Provincia.....</p> <p>C) Ciudad..... D) Lugar.....</p> <p>E) Piso/Planta.....</p>	<p>.....(5)</p>
<p>3. FIJACIÓN</p> <p>Repita estas 3 palabras: BICICLETA, CUCHARA, MANZANA</p> <p>(Repetir a intervalos de 1 s hasta que las aprenda). Nº de intentos (máx. 5) _____</p>	<p>.....(3)</p>
<p>4. ATENCIÓN Y CÁLCULO</p> <p>A. Series de 7. Reste desde 100 de 7 en 7</p> <p>B. Deletree al revés la palabra MUNDO</p> <p>(Parar después de 5 respuestas y puntuar la mejor de las dos opciones)</p>	<p>.....(5)</p>
<p>5. MEMORIA</p> <p>¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? BICICLETA, CUCHARA, MANZANA</p>	<p>.....(3)</p>
<p>6. LENGUAJE (Nominación)</p> <p>Señalar un LÁPIZ y un RELOJ y hacer que los denomine</p>	<p>.....(2)</p>
<p>7. LENGUAJE (Repetición)</p> <p>Repita esta frase: “NI SÍ, NI NO, NI PEROS”</p>	<p>.....(1)</p>
<p>8. LENGUAJE (Comprensión de órdenes)</p> <p>COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO</p>	<p>.....(3)</p>
<p>9. LECTURA</p> <p>Lea esto y haga lo siguiente: CIERRE LOS OJOS</p>	<p>.....(1)</p>

10. ESCRITURA Escriba una frase (sujeto, verbo y objeto). No puntuar faltas de ortografía(1)
11. DIBUJO (Praxis constructiva) Copie el dibujo (dos pentágonos en intersección)(1)
Puntuación TOTAL (Máximo 30)
Corrección por edad y escolaridad
Puntuación AJUSTADA

Original: Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res.* 1975;12(3):189-198.

Versión Español NORMACODEM: Blesa R, Pujol M, Aguilar M, Santacruz P, Bertrán-Serra I, Hernández G, et al. Mini-examen del estado metal. En: Peña-Casanova J, Gramunt N, Gich J, editores. *Tests neuropsicológicos. Fundamentos para una neuropsicología basada en evidencias.* Barcelona: Masson; 2004. p.31-35.

Validación Español Normalizada (Criterios Corrección): Blesa R, Pujol M, Aguilar M, Santacruz P, Bertrán-Serra I, Hernández G, et al. Clinical validity of the Mini-mental State for Spanish speaking communities. *Neuropsychologia.* 2001;39(11):1150-1157.

Anexo VII. Herramienta de valoración: Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL

COMER

10. Independiente: Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.

5. Necesita ayuda: para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.

0. Dependiente: Necesita ser alimentado por otra persona.

DUCHA/ BAÑO

5. Independiente: Capaz de levantarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo en pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede ser realizado todo sin estar una persona presente.

0. Dependiente: Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE

10. Independiente: Capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo, braguero, corsé, etc.) sin ayuda.

5. Necesita ayuda, pero realiza solo, al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

0. Dependiente

ARREGLARSE

5. Independiente: Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y limpiarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona.

0. Dependiente: Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN

10. Continente: Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrarlos por sí solo.

5. Accidente ocasional: Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.

0. Incontinente: Incluye administración de enemas o supositorios por otro.

MICCIÓN (VALORAR LA SITUACIÓN EN LA SEMANA PREVIA)

10. Continente: Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.

5. Accidente ocasional: Máximo uno en 24 horas, incluye necesita ayuda en la manipulación de sondas o dispositivos.

0. Incontinente: Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.

IR AL RETRETE

10. Independiente: Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barreras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar.

5. Necesita ayuda: Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.

0. Dependiente: Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

TRASLADARSE SILLÓN-CAMA

15. Independiente: Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyapiés, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba y puede volver a la silla sin ayuda.

10. Mínima ayuda: Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.

5. Gran ayuda: Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir/entrar en la cama o desplazarse.

0. Dependiente: Necesita de la grúa o complemento alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACIÓN

15. Independiente: Puede caminar al menos 50 m. o su equivalente en su casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto andador. Si utiliza prótesis, es capaz de ponérsela y quitársela solo.

10. Necesita ayuda: Supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 m. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador).

5. Independiente en la silla de ruedas en 50 m: Deber ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.

0. Dependiente: Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

10. Independiente: Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas etc.) y el pasamanos.

5. Necesita ayuda: Supervisión física o verbal.

0. Dependiente: Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor).

Original: Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. Md StateMed J. 1965;14:61-65.

Validación español: Baztán J, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993;28(1):32-40.

Anexo VIII. Herramienta de valoración: Tinetti

A) Tinetti (Marcha)

Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador; camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a «paso normal», luego regresa a «paso rápido pero seguro».	
1: Iniciación a la marcha (inmediatamente después de decir que ande)	
- Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar	0
- No vacila	1
2: Longitud y altura de paso	
Movimiento del pie derecho	
- No sobrepasa el pie izquierdo con el paso	0
- Sobrepasa al pie izquierdo	1
- El pie derecho no se separa completamente del suelo con el paso	0
- El pie derecho se separa completamente del suelo	1
Movimiento del pie izquierdo	
- No sobrepasa al pie derecho con el paso	0
- Sobrepasa al pie	1
- El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el paso	0
- El pie izquierdo se separa completamente del suelo	1
3: Simetría del paso	
- La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho no es igual	0
- La longitud parece igual	1
4: Fluidez del paso	
- Paradas entre los pasos	0
- Los pasos parecen continuos	1
5: Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)	
- Desviación grave de la trayectoria	0
- Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	1

- Sin desviación o ayudas	2
6: Tronco	
- Balanceo marcado o usa ayudas	0
- No balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa brazos al caminar	1
- No se balancea, no flexiona, no usa los brazos ni otras ayudas	2
7: Postura al caminar	
- Talones separados	0
- Talones casi juntos al caminar	1
PUNTUACIÓN MARCHA (máximo posible de 12)	

B) Tinetti (Equilibrio)

Instrucciones: El paciente está sentado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:

1: Equilibrio sentado

- | | |
|------------------------------------|---|
| - Se inclina o se desliza la silla | 0 |
| - Se mantiene seguro | 1 |

2: Levantarse

- | | |
|--|---|
| - Imposible sin ayuda | 0 |
| - Capaz, pero usa los brazos para ayudarse | 1 |
| - Capaz sin usar los brazos | 2 |

3: Intentos para levantarse

- | | |
|---|---|
| - Incapaz sin ayuda | 0 |
| - Capaz, pero necesita más de un intento | 1 |
| - Capaz de levantarse con un solo intento | 2 |

4: Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos)

- | | |
|--|---|
| - Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcando balanceo del tronco | 0 |
| - Estable pero usa andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse | 1 |
| - Estable sin andador, bastón u otros soportes | 2 |

5. Equilibrio en bipedestación	
- Inestable	0
- Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10cm) o usa bastón u otro soporte	1
- Apoyo estrecho sin soporte	2
6: Empujar (el paciente en bipedestación, con el tronco erecto, con los pies tan juntos como sea posible), el examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.	
- Empieza a caerse	0
- Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	1
- Estable	2
7: Ojos cerrados (en la posición 6)	
- Inestable	0
- Estable	1
8: Vuelta de 360°	
- Pasos discontinuos	0
- Continuos	1
- Inestable (se tambalea, se agarra)	0
- Estable	1
9: Sentarse	
- Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	0
- Usa los brazos o el movimiento es brusco	1
- Seguro, movimiento suave	2
PUNTUACIÓN EQUILIBRIO (máximo posible de 16)	

Tinetti, Mary E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1986;34(2):119-126.