

Estudio sobre el impacto de un programa de envejecimiento activo a través de herramientas tecnológicas

Laura Nieto Riveiro

Tesis doctoral 2015

Directores

Dr. Javier Pereira Loureiro

Dr. Alejandro Pazos Sierra

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

JAVIER PEREIRA LOUREIRO, Profesor Titular de Universidad en el Departamento de Medicina de la Universidade da Coruña y **ALEJANDRO PAZOS SIERRA**, Catedrático de Universidad en el Departamento de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de la Universidade da Coruña

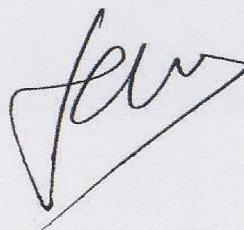
AUTORIZAN:

La presentación de la tesis doctoral titulada “**Estudio sobre el impacto de un programa de envejecimiento activo a través de herramientas tecnológicas**”, que ha sido realizada por *Laura Nieto Riveiro* bajo nuestra dirección, en el Departamento de Medicina de la Universidade da Coruña, y constituye la Tesis que presenta para optar al Grado de Doctora por la Universidade da Coruña.

A Coruña, 21 de septiembre de 2015



Fdo: Dr. Javier Pereira Loureiro



Fdo: Dr. Alejandro Pazos Sierra

*“Tú no puedes volver atrás, porque la vida ya te empuja, como un aullido interminable.
Te sentirás acorralada, te sentirás perdida o sola, tal vez querrás no haber nacido.
Entonces siempre acuérdate, de lo que un día yo escribí, pensando en ti, pensando en ti, como ahora
pienso.
Otros esperan que resistas, que les ayude tu alegría, tu canción entre sus canciones.
Nunca te entregues ni te apartes, junto al camino, nunca digas, no puedo más y aquí me quedo.
La vida es bella, tú verás, como a pesar de los pesares, tendrás amor, tendrás amigos.
Por lo demás no hay elección, y este mundo tal como es, será todo tu patrimonio.
Perdóname, no sé decirte nada más, pero tú comprende, que yo aún estoy en el camino.
Y siempre, siempre acuérdate de lo que un día yo escribí, pensando en ti como ahora pienso”*

Palabras para Julia, José Agustín Goytisolo

Agradecimientos personales

La realización de este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración de numerosas personas, a quienes me gustaría agradecer su apoyo.

A todas mis compañeras y compañeros del Grupo RNASA-IMEDIR, por el aprendizaje y los momentos compartidos. En especial, a Javier y Alejandro, directores de esta tesis, quienes confiaron en todo momento en su realización y en la posibilidad de que se viese culminada.

A todos los profesionales, voluntarios y familiares del Centro de Día de Mayores de Cruz Roja de A Coruña y de la Residencia Geriatros Coruña en Oleiros, por vuestra ayuda y disponibilidad. Nos abristeis, y en particular, me abristeis las puertas sin dudarlo a vuestras realidades, creyendo desde el primer minuto en el proyecto que os estábamos planteando. Muchas gracias por acogerme, por todo lo que habéis aportado a esta experiencia y, sobre todo, por confiar en mí.

En este sentido, quisiera dedicar un agradecimiento muy especial a Puri. Es difícil encontrar a personas tan entregadas, implicadas, comprometidas y, en definitiva, enamoradas de su trabajo, de su labor con las personas mayores, como lo eras tú. Gracias, y creo que en nombre de todas las que te conocimos y trabajamos mano a mano contigo, por todo lo que nos transmitiste, y por la confianza y el apoyo que recibimos de ti.

A todas mis compañeras y compañeros de la Facultade de Ciencias da Saúde, con quienes aprendo constantemente sobre la esencia de esta profesión.

A las alumnas y alumnos del Grado en Terapia Ocupacional, en especial, a aquellas que realizaron sus prácticas en Cruz Roja y Geriatros a lo largo de estos años. Vuestra participación enriqueció en gran medida este proyecto, y lo más importante, enriqueció enormemente la vida y el ahora de muchas personas. Sólo espero que a vosotras también os sirviese para algo, no olvidéis nunca todo lo que podéis aportar y todo lo que os pueden aportar. Ha sido un placer aprender a vuestro lado.

A mis compañeras y amigas Betania, Cristina, Estefanía, Fina, Gemma, Irene, Jenyfer, María y Nereida, quienes me han acompañado, guiado y ayudado a lo largo de estos años, compartiendo conmigo sus reflexiones, experiencias e inquietudes.

A mis padres y hermanas. Os doy las gracias por todo, me habéis acompañado en mis primeras palabras, en mis primeros pasos, en mis primeros tropiezos. Mucho de lo poco

que puedo saber en la vida lo he aprendido de vosotros, y lo sigo aprendiendo cada día. Las palabras no son suficientes para expresar todo lo que os tendría que agradecer, y todo lo que significáis en mi vida. Así que, simplemente, gracias.

A ti, con quien he comprendido lo insignificante y, a la vez, inmensamente valiosa, que es mi existencia y la de cada persona. Somos todo, y al mismo tiempo, no somos nada.

Finalmente, quisiera reservar mis últimos agradecimientos a las personas que verdaderamente han hecho posible este trabajo. Todas las personas mayores que he tenido el placer de conocer a lo largo de este camino, quienes me han ayudado a redescubrir la esencia de mi trabajo o, incluso a veces, de la vida. Cada persona, acompañada de su identidad, sus valores, creencias, intereses, necesidades, demandas, dificultades y capacidades, su entorno y contextos, sus roles, su historia de vida, su presente, su aquí y su ahora... puede transformar la realidad que le rodea. Todos y cada uno de nosotros podemos transformar esta realidad. Tan sólo necesitamos recordar cómo hacerlo.

Y vosotros me ayudasteis, y me seguís ayudando a recordarlo. No creo que llegéis nunca a saber todo lo que me habéis aportado, todo lo que he aprendido con vosotras, y los sentimientos que habéis despertado en mí. En ocasiones estos sentimientos se han visto invadidos por el miedo, la tristeza, la preocupación, la inquietud, pues son momentos difíciles los que a veces se han de compartir. Pero también son momentos de alegría, felicidad, complicidad, intimidad e ilusión los que me vienen a la cabeza al rememorar esta experiencia, al pensar en cada uno de vosotros.

Vuestras caricias, vuestras sonrisas, vuestras miradas, siguen en mí. Y no las olvidaré nunca. Muchas gracias por haberos cruzado en mi camino, lo que me habéis enseñado me acompañará siempre, y ese es el regalo más valioso que me podíais haber ofrecido.

Sin vosotras y vosotros, esta experiencia no habría sido posible, pero sobre todo, no habría tenido sentido.

“Para los que ya no están, para los que están, y los que vienen”

Agradecimientos institucionales

De forma muy especial, se agradece la colaboración y ayuda de todo el equipo directivo y profesional de Cruz Roja Española en A Coruña, Residencia Geriatros Coruña y ASPRONAGA.

El desarrollo del presente trabajo de investigación no hubiese sido posible sin el apoyo de las siguientes entidades:

- Fundación Orange, que impulsó la realización del proyecto In-TIC, con el apoyo del Plan Avanza (Ministerio de Industria, Energía y Turismo), el IMSERSO (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), la Fundació Agrupació Mútua, la Fundación MAPFRE y la Fundación La Caixa.
- Ministerio de Economía y Competitividad, a través del Programa FEDER-INNTERCONNECTA, por el que pudo ser realizado el proyecto CloudPatient (EXP 00064577/ITC-20133054), desarrollado principalmente por las empresas SIVSA y ALDABA, en colaboración con el Grupo RNASA-IMEDIR.
- Xunta de Galicia, a través de las ayudas para la consolidación y estructuración de unidades de investigación competitivas del Sistema Universitario de Galicia, parcialmente cofinanciadas por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional de la Unión Europea (Referencias GRC2014/049, CN2012/211, CN2012/217 y CN2011/034).
- Instituto de Salud Carlos III (ISCIII); Red Gallega de Investigación sobre Cáncer Colorrectal (REGICC); Centro de Investigación en Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (CITIC); Instituto de Investigación Biomédica (INIBIC) de A Coruña; Fundación Profesor Novoa Santos (FPNS); Fundación de la Universidade da Coruña (FUAC); Facultade de Ciencias da Saúde y Facultade de Informática de la Universidade da Coruña.

Finalmente, se agradece al Centro de Investigaçãõ em Actividade Física, Saúde e Lazer (CIAFEL) de la Facultade de Desporto da Universidade do Porto, así como al Programa IACOBUS perteneciente a la Agrupación Europea de Cooperación Territorial Galiza - Norte de Portugal, la oportunidad de realizar en el año 2014 una estancia de investigación y docencia en la Universidade do Porto, con el grupo CIAFEL.

Resumen

El objetivo de este trabajo de investigación es estudiar el impacto de un programa de envejecimiento activo desarrollado a través de herramientas tecnológicas, dirigido a mejorar la calidad de vida de un grupo de personas mayores del área metropolitana de A Coruña y responder a las necesidades que presenten en su desempeño ocupacional.

Para ello, se aplicó un diseño de investigación mixto, con una muestra de 45 adultos mayores, empleando técnicas de recogida y análisis de los datos de tipo cuantitativo y cualitativo, tanto antes como después de llevar a cabo la intervención.

En general, se obtuvieron resultados muy positivos, produciéndose una mejora significativa en las puntuaciones relacionadas con el comportamiento ocupacional. Se observó también una clara tendencia a la mejora en la calidad de vida. El análisis cualitativo mostró además otros múltiples beneficios del programa de intervención, como son: la oportunidad de aprender cosas nuevas, la evocación de recuerdos del pasado o mejoras en las interacciones sociales.

En base a los resultados obtenidos, se concluye que el programa de envejecimiento activo desarrollado a través de herramientas tecnológicas presenta un impacto muy positivo sobre diferentes aspectos y dimensiones de la calidad de vida y el desempeño ocupacional de las personas mayores.

Resumo

O obxectivo deste traballo de investigación é estudar o impacto dun programa de envellecemento activo desenvolto a través de ferramentas tecnolóxicas, dirixido a mellorar a calidade de vida dun grupo de persoas maiores da área metropolitana da Coruña e responder ás necesidades que presenten no seu desempeño ocupacional.

Para iso, aplicouse un deseño de investigación mixto, cunha mostra de 45 adultos maiores, empregando técnicas de recollida e análise dos datos de tipo cuantitativo e cualitativo, tanto antes como despois de levar a cabo a intervención.

En xeral, obtivéronse resultados moi positivos, producíndose unha mellora significativa nas puntuacións relacionadas co comportamento ocupacional. Observouse tamén unha clara tendencia á mellora na calidade de vida. A análise cualitativa amosou ademais outros múltiples beneficios do programa de intervención, como son: a oportunidade de aprender cousas novas, a evocación de recordos do pasado ou melloras nas interaccións sociais.

En base ós resultados obtidos, conclúese que o programa de envellecemento activo desenvolto a través de ferramentas tecnolóxicas presenta un impacto moi positivo sobre diferentes aspectos e dimensións da calidade de vida e o desempeño ocupacional das persoas maiores.

Abstract

The objective of this research is to study the impact of an active aging program developed through technological tools, aimed to improving the quality of life of a group of older people in the metropolitan area of A Coruña and respond to the needs that arise in their occupational performance.

For this, it was applied a mixed research design, with a sample of 45 seniors, using techniques for collecting and analysing quantitative and qualitative data type, both before and after carrying out the intervention.

Overall, very positive results were obtained, causing a significant improvement in scores related to occupational behavior. A clear trend towards an improvement in the quality of life was also observed. The qualitative analysis also showed many other benefits of the intervention program, such as the opportunity to learn new things, evoking memories of the past or improvements in social interactions.

Based on these results, we conclude that the active aging program developed through technological tools has a very positive impact on different aspects and dimensions of quality of life and occupational performance of the elderly.

Prefacio

Motivación de la tesis

La iniciativa de llevar a cabo la investigación que se refleja en esta tesis, surge, en primer lugar, del interés del equipo al que pertenece la doctoranda, el Grupo RNASA-IMEDIR de la Universidade da Coruña, entre cuyas líneas de investigación e innovación tecnológica se encuentra la accesibilidad y la usabilidad de las tecnologías por parte de las personas mayores y las personas con diversidad funcional. Este equipo no se centra únicamente en favorecer su acceso y manejo del ordenador, de Internet o de los dispositivos móviles, sino que tiene también como objetivo indagar en las posibilidades y beneficios que estas herramientas pueden ofrecer a la población mayor o a otros grupos poblacionales.

Debido a ello, este equipo desarrolla, desde hace más de dos décadas, diferentes proyectos y estudios encaminados a promover el acercamiento de las personas con diversidad funcional y las personas mayores a las tecnologías de la información y las comunicaciones y explorar las posibilidades que estas herramientas pueden ofrecer en la intervención social y sanitaria. Dentro de estos proyectos, destacan el In-TIC y el CloudPatient, cuyo fin último es mejorar la calidad de vida de estos grupos de ciudadanos a través del uso de la tecnología, potenciando además su participación e inclusión en el medio social y comunitario en que se desenvuelven, y evitando en lo posible la aparición de la denominada “brecha tecnológica o digital”.

Por otro lado, la presente tesis trata de responder a las necesidades y demandas originadas por el fenómeno de envejecimiento progresivo de la población que se está experimentando a nivel mundial y, particularmente acentuado, a nivel nacional, autonómico y local. Teniendo en cuenta esta situación, cobra una especial relevancia desarrollar iniciativas e intervenciones que traten de solventar las necesidades e inquietudes de un grupo de ciudadanos que cada vez tiene un mayor peso poblacional, procurando que su proceso de envejecimiento se desarrolle de la forma más satisfactoria y enriquecedora posible. Con la presente investigación, se pretende mejorar la calidad de vida y el estado de salud de la población mayor, tanto a nivel objetivo como subjetivo, y disminuir, de este modo, la necesidad y la demanda de asistencia a nivel sanitario y social, contribuyendo así en última instancia a la sostenibilidad del sistema.

Además, como se explicará posteriormente, este trabajo se basa en los paradigmas y modelos más actuales de atención a la población mayor, destacando el Paradigma del

Envejecimiento Activo y el Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona. La necesidad y justificación de esta investigación se nutre, de este modo, de los principios y fundamentos de estas teorías. También se nutre de los hallazgos y evidencias disponibles en relación al impacto de la intervención de terapia ocupacional en diferentes aspectos y dimensiones de la calidad de vida o el estado de salud las personas mayores, así como de los resultados de otras investigaciones vinculadas con el uso de herramientas tecnológicas.

Finalmente, la realización de la presente tesis nace de la creencia firme de que el envejecimiento es una etapa del ciclo vital llena de oportunidades y posibilidades, aunque también pueda conllevar ciertas dificultades o desafíos. Para que esta filosofía se vea reflejada en la realidad, se requiere el desarrollo de acciones que favorezcan el desempeño e implicación de las personas mayores en ocupaciones significativas para ellas y en su comunidad, que promuevan sus potencialidades y capacidades, y traten de solventar las barreras existentes.

Se concibe, además, que las personas mayores pueden realizar durante esta etapa numerosas contribuciones y aportaciones, tanto a su propio desarrollo vital, como al entorno social y cultural que les rodea. Es por ello que resulta de especial importancia fomentar la participación activa de las personas mayores en su comunidad, potenciando, en definitiva, el proceso de envejecimiento activo y la calidad de vida de todos los ciudadanos.

Objetivos de la investigación

En base a la motivación expuesta, la investigación que se presenta en esta tesis doctoral tiene como objetivo general estudiar si la participación en un programa de envejecimiento activo, desarrollado a través de herramientas tecnológicas, y dirigido a responder a las necesidades existentes en el desempeño ocupacional, presenta un impacto positivo sobre la calidad de vida de las personas mayores participantes.

Para alcanzar este objetivo general, se estima necesario plantear los siguientes objetivos específicos:

- Explorar y analizar las necesidades que presenten las personas mayores participantes en su desempeño ocupacional, con el fin de definir los requisitos a contemplar en el programa de intervención.
- Desarrollar un programa de envejecimiento activo basado en la tecnología, dirigido a satisfacer las necesidades detectadas, reforzando la seguridad de las personas mayores en su desempeño ocupacional, tanto en sus hogares como en otros entornos habituales, y

favoreciendo una mayor responsabilidad y participación activa de la persona en la realización de sus ocupaciones y en su proceso de salud.

- Elaborar una metodología de intervención adaptada a las capacidades, intereses y ritmos de aprendizaje de la población mayor, así como materiales, actividades y contenidos accesibles a nivel físico, cognitivo, auditivo y visual.
- Estudiar y analizar el impacto de la participación en este programa de intervención en la calidad de vida relacionada con la salud y el comportamiento ocupacional de los participantes en el estudio.
- Explorar la percepción de las personas mayores participantes sobre el programa de intervención llevado a cabo, así como las vivencias, impresiones y experiencias relacionadas con su participación en el estudio.

Estructura y contenido de la tesis

Finalmente, cabe mencionar la estructura que se seguirá en el desarrollo de la presente tesis doctoral, siendo la que se presenta a continuación:

- En el Capítulo I, se expone el *Marco teórico* en el que se ha fundamentado el desarrollo de este trabajo, con el fin de facilitar la comprensión de la investigación llevada a cabo. En los diferentes apartados que conforman este capítulo, se explican conceptos relacionados con el proceso de envejecimiento normal y patológico, el paradigma del envejecimiento activo, el modelo de atención integral y centrada en la persona, y la calidad de vida; siendo todos los temas citados anteriormente de interés para los objetivos que se pretenden alcanzar.
- El Capítulo II está dedicado al *Estado de la cuestión*, y tiene como finalidad mostrar los principales antecedentes del presente estudio, vinculados con los campos en que este se desarrolla: la situación del envejecimiento en España y Galicia, la intervención de terapia ocupacional con personas mayores y la aplicación de la tecnología como herramienta terapéutica con este grupo poblacional.
- En el Capítulo III se presentan los *Objetivos generales y específicos* planteados al inicio de la investigación, basados en los requisitos detectados y en el estudio y análisis de la bibliografía existente, expuesta en los capítulos anteriores.
- El Capítulo IV se centra en describir la *Metodología* empleada en el desarrollo del presente trabajo, explicándose el tipo de investigación llevada a cabo para alcanzar los

objetivos propuestos, las fases seguidas en el estudio y las técnicas de recogida de datos empleadas. También se presenta cómo se llevó a cabo la selección de los participantes y el análisis de los datos, así como las consideraciones éticas que fueron tomadas en consideración.

- En el Capítulo V, se muestran los *Resultados* obtenidos en el presente trabajo de investigación, los cuales se han estructurado en cuatro bloques: V.1. Situación inicial de la muestra; V.2. Impacto en la calidad de vida y el comportamiento ocupacional; V.3. Experiencias de participación en el programa de envejecimiento activo; y V.4. Síntesis de los resultados.
- El Capítulo VI presenta la *Discusión* de los resultados alcanzados, analizándolos en conjunto con los hallazgos de otros estudios e investigaciones previas, relacionadas con otros programas de envejecimiento activo, la aplicación de herramientas tecnológicas o la realización de intervenciones de terapia ocupacional con personas mayores.
- En el Capítulo VII, se exponen las principales *Conclusiones* derivadas de la realización del presente trabajo de investigación.
- En el Capítulo VIII, se proponen los *Futuros desarrollos* a llevar a cabo, basados en los resultados y conclusiones alcanzados.
- Finalmente, en los últimos apartados del documento, se muestran la *Bibliografía* empleada, los *Créditos* correspondientes a determinadas imágenes empleadas a lo largo del trabajo, y los *Anexos* que serán referenciados a lo largo de la memoria.

Índice de contenidos

Agradecimientos personales	III
Agradecimientos institucionales.....	V
Resumen.....	VII
Resumo.....	IX
Abstract	XI
Prefacio.....	XIII
Motivación de la tesis.....	XIII
Objetivos de la investigación.....	XIV
Estructura y contenido de la tesis	XV
Índice de contenidos	17
Índice de gráficos	21
Índice de tablas.....	23
Índice de figuras	25
Listado de abreviaturas.....	29
Capítulo I.- Marco teórico	31
I.1. El envejecimiento.....	33
I.1.1. Definición y conceptualización del envejecimiento.....	33
I.1.2. Teorías sobre el envejecimiento.....	38
I.1.3. Características del proceso de envejecimiento a nivel biológico.....	42
I.1.4. Características del proceso de envejecimiento a nivel psicológico	46
I.1.5. Características del proceso de envejecimiento a nivel social y cultural	47
I.1.6. Patologías y grandes síndromes geriátricos	51
I.2. Paradigmas y modelos teóricos y prácticos de referencia.....	58
I.2.1. Paradigma del Envejecimiento Activo.....	58
I.2.2. Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona.....	61

I.2.3. Calidad de vida	64
Capítulo II.- Estado de la cuestión.....	67
II.1. Situación del envejecimiento en España y Galicia.....	69
II.2. Personas mayores y terapia ocupacional.....	76
II.3. Personas mayores y tecnologías de la información y las comunicaciones	87
Capítulo III.- Hipótesis y objetivos.....	95
III.1. Hipótesis.....	97
III.2. Objetivos	97
Capítulo IV.- Metodología.....	99
IV.1. Tipo de estudio.....	101
IV.2. Posición de la doctoranda.....	103
IV.3. Ámbito de estudio.....	105
IV.4. Selección de participantes	106
IV.5. Características de los participantes	107
IV.6. Entrada al campo	107
IV.7. Fases del trabajo de campo.....	107
IV.8. Técnicas de recogida de datos.....	111
IV.9. Análisis de los datos.....	118
IV.10. Consideraciones éticas.....	120
Capítulo V.- Resultados	123
V.1. Situación inicial de la muestra.....	127
V.2. Impacto en la calidad de vida y el comportamiento ocupacional	161
V.3. Experiencias de participación en el programa de envejecimiento activo.....	167
V.4. Síntesis de resultados	193
Capítulo VI.- Discusión	199
VI.1. Características sociodemográficas, estado de salud y desempeño ocupacional de las personas mayores.....	201

VI.2. Características del programa de envejecimiento activo	205
VI.3. Impacto en la calidad de vida y el desempeño ocupacional.....	209
Capítulo VII.- Conclusiones.....	217
Capítulo VIII.- Futuros desarrollos.....	221
Bibliografía y créditos.....	225
Anexos.....	247
Anexo I. Dossier de evaluación inicial	249
Anexo II. Dossier del Programa de seguridad y vida saludable (PSVS)	257
Anexo III. Dossier del Programa de ocio y participación social (POPS)	287
Anexo IV. Recomendaciones para el desarrollo del programa de EA	305
Anexo V. Guión de entrevista final	313
Anexo VI. Hoja de información al / a la participante	315
Anexo VII. Documento de consentimiento informado	319

Índice de gráficos

Gráfico 1. Población de 65 años o más en España en el año 2015 y estimación para el año 2060. Gráfico de elaboración propia. Fuente de los datos: INE, 2015	70
Gráfico 2. Población de 65 años o más en España: total y por comunidades autónomas. Gráfico de elaboración propia. Fuente de los datos: INE, 2015	71
Gráfico 3. Comunidades autónomas de España más envejecidas en números absolutos y relativos. Gráfico de elaboración propia. Fuente de los datos: INE, 2015	72
Gráfico 4. Población mayor de 60 y 65 años en la comunidad autónoma de Galicia. Gráfico de elaboración propia. Fuente de los datos: INE, 2015.....	73
Gráfico 5. Distribución de la muestra en grupos quinquenales de edad	128
Gráfico 6. Estado civil de la muestra	128
Gráfico 7. Tipo de recurso y núcleo de convivencia de la muestra en el estudio.....	129
Gráfico 8. Prevalencia de diagnósticos médicos en la muestra	131
Gráfico 9. Resultados en dimensiones del sistema descriptivo del EQ-5D	133
Gráfico 10. Gráfica de cajas de puntuaciones en EVA.....	138
Gráfico 11. Distribución de la muestra en torno a puntuaciones de la EVA	138
Gráfico 12. Valoración global del estado de salud según puntuaciones en la EVA.....	139
Gráfico 13. Gráfica de cajas de puntuaciones en IVES	142
Gráfico 14. Distribución de la muestra en torno a puntuaciones en el IVES	142
Gráfico 15. Gráfica de cajas de puntuaciones en Índice de Barthel.....	144
Gráfico 16. Desempeño en las ABVD según puntuaciones en Índice de Barthel.....	145
Gráfico 17. Desempeño en las ABVD según puntuaciones en el Índice de Barthel.....	146
Gráfico 18. Riesgo de caídas según puntuaciones en Escala de Tinetti.....	147
Gráfico 19. Relación entre Índice de Barthel y Escala de Tinetti.....	148
Gráfico 20. Relación entre Índice de Barthel y COTE	151
Gráfico 21. Relación entre Escala de Tinetti y COTE.....	151

Gráfico 22. Porcentaje de uso de productos de apoyo para la movilidad, la visión o la audición	152
Gráfico 23. Principales intereses de ocio y tiempo libre	154
Gráfico 24. Principales restricciones para el desempeño de actividades de ocio	158
Gráfico 25. N° de factores identificados como restricciones en el ocio.....	159
Gráfico 26. Impacto en dimensiones del sistema descriptivo del EQ-5D	163
Gráfico 27. Impacto en la COTE.....	166

Índice de tablas

Tabla I. Principios y criterios del Modelo de AICP.....	64
Tabla II. Correlación entre técnicas de recogida de datos y fases de evaluación	118
Tabla III. Media de edad de la muestra	127
Tabla IV. Media de diagnósticos médicos por persona	132
Tabla V. Relación entre nº de diagnósticos médicos y edad	132
Tabla VI. Relación entre dimensiones del EQ-5D y variables sociodemográficas (1).....	135
Tabla VII. Relación entre dimensiones del EQ-5D y variables sociodemográficas (2).....	136
Tabla VIII. Relación entre dimensiones del EQ-5D y puntuaciones del Índice de Barthel y Escala de Tinetti.....	137
Tabla IX. Puntuación media en la EVA del EQ-5D	137
Tabla X. Relación entre EVA del EQ-5D y variables sociodemográficas	139
Tabla XI. Relación entre EVA del EQ-5D y diagnósticos médicos más prevalentes	140
Tabla XII. Relación entre EVA del EQ-5D y dimensiones del sistema descriptivo	141
Tabla XIII. Puntuación media en el IVES del EQ-5D	141
Tabla XIV. Relación entre EVA e IVES del EQ-5D y edad	143
Tabla XV. Relación entre EVA e IVES del EQ-5D y puntuaciones del Índice de Barthel y Escala de Tinetti.....	143
Tabla XVI. Relación entre EVA e IVES del EQ-5D y diagnóstico médico	144
Tabla XVII. Puntuación media en el Índice de Barthel	144
Tabla XVIII. Puntuación media en la Escala de Tinetti	147
Tabla XIX. Relación entre Índice de Barthel y Escala de Tinetti: puntuación global y desglosada	148
Tabla XX. Relación entre Índice de Barthel, Escala de Tinetti y edad	149
Tabla XXI. Relación entre Índice de Barthel, Escala de Tinetti y diagnóstico médico.....	149
Tabla XXII. Relación entre Índice de Barthel, Escala de Tinetti y variables sociodemográficas.....	150

Tabla XXIII. Relación entre Índice de Barthel, Escala de Tinetti y COTE	150
Tabla XXIV. Relación entre productos de apoyo, edad, diagnóstico médico e Índice de Barthel.....	153
Tabla XXV. Relación entre principales intereses de ocio y variables sociodemográficas..	155
Tabla XXVI. Relación entre principales intereses de ocio y desempeño en las ABVD.....	155
Tabla XXVII. Relación entre principales intereses de ocio y riesgo de caídas	156
Tabla XXVIII. Relación entre principales intereses de ocio y EVA del EQ-5D	157
Tabla XXIX. Impacto en <i>Movilidad y Cuidado personal</i> del EQ-5D.....	162
Tabla XXX. Impacto en <i>Ansiedad/depresión</i> del EQ-5D.....	162
Tabla XXXI. Impacto en <i>Actividades cotidianas y Dolor/malestar</i> del EQ-5D	162
Tabla XXXII. Impacto en EVA del EQ-5D.....	163
Tabla XXXIII. Impacto en IVES del EQ-5D.....	164
Tabla XXXIV. Impacto en la COTE: Puntuación global	165
Tabla XXXV. Impacto en la COTE: Puntuaciones desglosadas.....	165

Índice de figuras

Figura 1. Resumen gráfico de la situación inicial de la muestra (1)	195
Figura 2. Resumen gráfico de la situación inicial de la muestra (2)	195
Figura 3. Resumen gráfico de la situación inicial de la muestra (3)	196
Figura 4. Resumen gráfico de la situación inicial de la muestra (4)	196
Figura 5. Mapa conceptual sobre el impacto del Programa de EA	198
Figura 6. PSVS - Sesión n° 2.- Actividad práctica en Power Point (1).....	259
Figura 7. PSVS - Sesión n° 2.- Actividad práctica en Power Point (2).....	260
Figura 8. PSVS - Sesión n° 3.- Presentación teórica en Power Point (1).....	261
Figura 9. PSVS - Sesión n° 3.- Presentación teórica en Power Point (2).....	261
Figura 10. PSVS - Sesión n° 3.- Presentación teórica en Power Point (3).....	262
Figura 11. PSVS - Sesión n° 3.- Vídeo de elaboración propia: "Cómo desplazarse de forma segura"	262
Figura 12. PSVS - Sesión n° 3.- Actividad práctica en LIM (1).....	263
Figura 13. PSVS - Sesión n° 3.- Actividad práctica en LIM (2).....	263
Figura 14. PSVS - Sesión n° 4.- Presentación teórica en Power Point (1).....	264
Figura 15. PSVS - Sesión n° 4.- Presentación teórica en Power Point (2).....	265
Figura 16. PSVS - Sesión n° 4.- Vídeo de elaboración propia: "Cómo levantarse tras una caída"	265
Figura 17. PSVS - Sesión n° 4.- Actividad práctica en LIM	266
Figura 18. PSVS - Sesión n° 5.- Presentación teórica en Power Point (1).....	267
Figura 19. PSVS - Sesión n° 5.- Presentación teórica en Power Point (2).....	267
Figura 20. PSVS - Sesión n° 5.- Actividad práctica en LIM (1).....	268
Figura 21. PSVS - Sesión n° 5.- Actividad práctica en LIM (2).....	268
Figura 22. PSVS - Sesión n° 6.- Presentación teórica en Power Point.....	269
Figura 23. PSVS - Sesión n° 6.- Actividad práctica en LIM (1).....	269

Figura 24. PSVS - Sesión nº 6.- Actividad práctica en LIM (2).....	270
Figura 25. PSVS - Sesión nº 7.- Actividad práctica en Power Point (1)	271
Figura 26. PSVS - Sesión nº 7.- Actividad práctica en Power Point (2)	271
Figura 27. PSVS - Sesión nº 8.- Presentación teórica en Power Point (1).....	272
Figura 28. PSVS - Sesión nº 8.- Presentación teórica en Power Point (2).....	272
Figura 29. PSVS - Sesión nº 8.- Actividad práctica en LIM	273
Figura 30. PSVS - Sesión nº 8.- Juego interactivo de primeros auxilios de Cruz Roja (1) .	273
Figura 31. PSVS - Sesión nº 8.- Juego interactivo de primeros auxilios de Cruz Roja (2) .	274
Figura 32. PSVS - Sesión nº 8.- Material de entrega.....	274
Figura 33. PSVS - Sesión nº 9.- Presentación teórica en Power Point.....	275
Figura 34. PSVS - Sesión nº 9.- Actividad práctica en LIM	275
Figura 35. PSVS - Sesión nº 10.- Presentación teórica en Power Point (1).....	276
Figura 36. PSVS - Sesión nº 10.- Presentación teórica en Power Point (2).....	277
Figura 37. PSVS - Sesión nº 10.- Presentación teórica en Power Point (3).....	277
Figura 38. PSVS - Sesión nº 10.- Actividad práctica en LIM (1)	278
Figura 39. PSVS - Sesión nº 10.- Actividad práctica en LIM (2)	278
Figura 40. POPS - Sesión nº 3.- Actividad práctica en Power Point.....	290
Figura 41. POPS - Sesión nº 8.- Actividad práctica en Power Point (1).....	295
Figura 42. POPS - Sesión nº 8.- Actividad práctica en Power Point (2).....	296
Figura 43. POPS - Sesión nº 14.- Actividad práctica en Power Point	301
Figura 44. Diapositiva de ejemplo para presentación de materiales.....	305
Figura 45. Diapositiva de ejemplo para presentación inicial de temática	306
Figura 46. Diapositiva de ejemplo para contextualización temporal y espacial (1).....	306
Figura 47. Diapositiva de ejemplo para contextualización temporal y espacial (2).....	307
Figura 48. Diapositiva de ejemplo para repaso de sesión anterior (1)	307
Figura 49. Diapositiva de ejemplo para repaso de sesión anterior (2)	308
Figura 50. Diapositiva de ejemplo para recogida de información (1)	308

Figura 51. Diapositiva de ejemplo para recogida de información (2)	309
Figura 52. Diapositiva de ejemplo para recogida final de impresiones	310
Figura 53. Diapositiva de ejemplo para la propuesta de actividades (1)	311
Figura 54. Diapositiva de ejemplo para la propuesta de actividades (2)	311

Listado de abreviaturas

Abreviatura	Término
ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
ACP	Atención centrada en la persona
AI	Atención integral
AICP	Atención integral y centrada en la persona
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
AOTA	<i>American Occupational Therapy Association</i>
CAEI	Comité Autnómico de Ética da Investigación
CC	Cuaderno de campo
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades - Décima revisión
COTE	<i>Comprehensive Occupational Therapy Evaluation</i>
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
D	Doctoranda
DLWP	<i>Designing a Life of Wellness Program</i>
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> - Cuarta edición
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> - Quinta edición
EA	Envejecimiento activo
EI	Entrevista inicial
EF	Entrevista final
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

EQ-5D	EuroQol-5D
EV	Esperanza de vida
EVA	Escala visual analógica
EVBS	Esperanza de vida en buena salud
EVLD	Esperanza de vida libre de discapacidad
EVLEC	Esperanza de vida libre de enfermedad crónica
HTA	Hipertensión arterial
IC	Intervalo de confianza
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
IVES	Índice de valor social para cada estado de salud
LIM	Libros interactivos multimedia
OMS	Organización Mundial de la Salud
PDI	Pizarra digital interactiva
POPS	Programa de ocio y participación social
PSVS	Programa de seguridad y vida saludable
RS	Registro de sesiones
SPCD	Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia
TIC	Tecnologías de la información y las comunicaciones
TO	Terapia ocupacional
UE	Unión Europea

Capítulo I.- Marco teórico

Capítulo I.- Marco teórico

El marco teórico de este trabajo de investigación está conformado por dos apartados. En primer lugar, se desarrollan las bases y fundamentos que sustentan el proceso de envejecimiento, exponiéndose diferentes definiciones de este concepto, las teorías existentes en torno al mismo, los factores o determinantes que influyen en mayor medida en su evolución, y las principales características de este proceso a nivel biológico, psicológico y social o cultural. También se describen las patologías y síndromes geriátricos más prevalentes en la población mayor.

En el segundo apartado, se desarrollan los paradigmas y modelos teóricos que han sido tomados como referencia para el planteamiento de esta investigación: el paradigma del envejecimiento activo, el modelo de atención integral y centrada en la persona, y el concepto multidimensional de calidad de vida.

I.1. El envejecimiento

I.1.1. Definición y conceptualización del envejecimiento

El envejecimiento es un proceso que se ha definido de múltiples formas a lo largo de la historia. En 1979, Frolkis afirma que se trata de “un proceso biológico multifactorial, que comienza mucho tiempo antes que la vejez, y que evoluciona de forma continua siguiendo un curso determinado por las propias características intrínsecas” [1].

Con esta definición, Frolkis hace referencia a la existencia de múltiples factores que influyen sobre el proceso de envejecimiento, así como al carácter dinámico y a la individualidad de este proceso, al depender su evolución de características propias de cada persona. Autores como Lehr, Laforest o Gómez y Curcio, coinciden al considerar el envejecimiento un fenómeno dinámico y multifactorial, destacando además su carácter universal, al ser un proceso inherente a todos los seres humanos [2].

Por otro lado, Binet y Bourliene consideran que el concepto de envejecimiento hace referencia a “todas las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos” [3].

En contraposición a la anterior definición citada, en ésta no se considera el envejecimiento como un proceso únicamente biológico, sino que se incluyen también las modificaciones o cambios que tienen lugar a nivel psicológico.

En la actualidad, existen otras definiciones que incorporan al proceso de envejecimiento variaciones no sólo biológicas o psicológicas, entendiendo que este fenómeno “comprende una serie de cambios y alteraciones en todas las dimensiones de la vida del individuo (...), desde cambios genético-moleculares a cambios neurológicos, psicológicos, y del ambiente social de la persona” [4]. Autores como Millán y Maseda entienden este concepto como el “proceso de cambios morfofuncionales que se producen en el ser vivo en relación al paso del tiempo” [5]. Por su parte, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (en adelante, IMSERSO) define este concepto como “el proceso vital y dinámico en el que se va ganando edad con implicaciones multidimensionales, especialmente biológicas, sociales y culturales” [6].

Por otro lado, en la actualidad se conoce la influencia de numerosos factores, no sólo biológicos, que condicionan en gran medida el modo en que cada persona envejece, algunos de ellos endógenos y no modificables, como la edad, el sexo o los factores genéticos. Otros factores son de tipo exógeno o ambiental, existiendo en muchos casos la posibilidad de modificarlos o interferir en su aparición. Resulta de especial relevancia conocer estos determinantes, en particular, aquellos que pueden ser modificados, ya que de este modo pueden ser abordados en los planes de prevención e intervención terapéutica con la población en general y con las personas mayores en particular.

Según Cornachione, los factores que en mayor medida determinan la diversidad en el envejecimiento son: “la herencia genética, el estado de salud, el status socioeconómico, las influencias sociales, la educación, la ocupación laboral desempeñada, las diferencias generacionales y la personalidad” [7].

A continuación, se citan algunos de los más estudiados y que mayor poder ejercen sobre este proceso:

- *Factores genéticos.* Se estima que entre el 20 y el 25% de la variabilidad que se produce en la forma de envejecer o en la edad de fallecimiento viene determinada por estos factores [5, 8]. Éstos pueden actuar como factores de supervivencia o como factores predisponentes para el padecimiento de ciertas enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus o la enfermedad de Alzheimer [5]. También juegan un papel de especial relevancia en determinadas enfermedades cardiovasculares, en la mayoría de enfermedades neurodegenerativas, y en multitud de tumores [8].

- *Determinantes socioeconómicos.* En este grupo se incluyen las condiciones y seguridad en el trabajo, aspectos relativos a la jubilación o el nivel de instrucción académica alcanzado [5].
- *Hábitos o estilos de vida.* Algunos de los hábitos que se considera presentan una influencia negativa sobre el estado de salud o el proceso de envejecimiento son: la vida sedentaria; el consumo de tabaco o alcohol; el seguimiento de dietas no equilibradas; la falta de relaciones sociales o la actividad en determinados sectores laborales, generadores de estrés o considerados muy exigentes desde el punto de vista físico [5].
- *Significados y experiencias personales sobre la vejez.* Se reconoce también la influencia que tiene el significado que le otorga cada persona a la vejez, y sus experiencias y vivencias personales, sobre su propio proceso de envejecimiento. En este sentido, es importante preguntarse “qué experimentan las personas al envejecer y qué resulta importante para ellos durante este período de la vida” [9]. Así, la vejez o el envejecimiento son procesos en gran medida heterogéneos, como ya se ha señalado, que varían según la historia de vida de la persona, sus proyectos de futuro o su percepción sobre estos fenómenos [10].

Considerando lo anteriormente expuesto, se puede afirmar que la vejez es una fase vital del ser humano que engloba diferentes dimensiones y se ve influida por factores muy diversos, pudiendo ser analizada desde distintas perspectivas, tanto biológicas y psicológicas, como sociales o culturales, lo cual hace difícil establecer una única definición de este concepto.

También se puede apreciar que no existe un consenso sobre el momento exacto en que una persona entra en la etapa de la vejez, manifestando algunos autores que no se puede establecer la edad o el momento determinado en que un organismo inicia su proceso de envejecimiento [5, 8]. Otros autores consideran que el envejecimiento es un proceso dinámico que tiene su comienzo en el nacimiento [7, 11] y que se desarrolla a lo largo de todas las etapas del ciclo vital de la persona. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) asume la siguiente definición sobre este concepto: “proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios, característicos para las especies, durante todo el ciclo de la vida” [12]. También señala que los ritmos en que se producen dichos cambios “en los diversos órganos de un mismo individuo, o en distintos individuos, no son iguales” [12], aludiendo, igual que Frolkis y otros autores, a la individualidad de este proceso. Por su parte, Cornachione define el envejecimiento como

“un proceso progresivo, natural y lento de transformación, que afecta a los seres vivos desde su nacimiento hasta su muerte” [7].

Con fines administrativos, sociales o de investigación, se define comúnmente los 60 o los 65 años como la edad de inicio de la vejez [8, 10], tomando como referencia la edad de jubilación más frecuente en muchos países occidentales. Se diferencia, a su vez, entre diferentes edades o dimensiones, que se comentan a continuación.

- *Edad cronológica.* Ésta viene determinada por la fecha de nacimiento de la persona y por los años que han transcurrido desde la misma [2]. Sin embargo, el envejecimiento biológico no se corresponde siempre con la edad cronológica del individuo, ya que existen determinados factores endógenos o exógenos que pueden retardar o acelerar las consecuencias del envejecimiento o de una edad avanzada. Esto está relacionado con el carácter multifactorial del envejecimiento, ya señalado por Frolkis a finales de la década de los 70; se trata de un proceso en el que intervienen múltiples aspectos, entre los que no sólo se encuentran la propia edad o los factores genéticos, sino también los determinantes socioeconómicos y los hábitos o estilos de vida.

Resulta, por lo tanto, “muy difícil establecer el umbral a partir del cual una determinada persona puede ser considerada vieja desde el punto de vista biológico” [13]. Así, “no se puede identificar de una forma tajante y exclusiva el ser anciano o viejo con haber cumplido una determinada edad” [14].

- *Edad o dimensión biológica.* Ésta hace referencia a los distintos cambios o alteraciones morfológicas y funcionales que se producen en el organismo del ser humano conforme avanza la edad, como la degeneración de algunos tejidos corporales o el descenso de ciertas funciones físicas o cognitivas [13]. En la mayoría de casos, la ancianidad conlleva un estado de reserva fisiológica disminuida, caracterizado por una pérdida de la resistencia, un aumento de la vulnerabilidad y un descenso de la capacidad del organismo para responder al estrés de una enfermedad o proceso. Es decir, desde el punto de vista biológico, el envejecimiento se correspondería con un “declinar de las capacidades de adaptación del organismo para mantener sus funciones internas frente a las agresiones externas como los accidentes o las enfermedades” [13]. No obstante, este proceso no se desarrolla de la misma forma, ni con el mismo ritmo, en toda la población. Por ello, la edad biológica de cada persona guarda relación con su grado de envejecimiento, no teniendo por qué corresponderse con la edad cronológica del individuo [5].

- *Edad o dimensión social.* Viene determinada por el rol de la persona mayor en la sociedad y en su entorno, así como por circunstancias económicas, laborales y familiares [5]. Esta dimensión hace referencia a la consideración o valoración social de la vejez. Esto significa que las personas entran dentro de esta categoría no por su edad biológica o cronológica, sino por el momento en que son reconocidas como tales por su entorno o grupo social. Desde esta perspectiva, la vejez se constituye como “una categoría social construida en base al contexto en el que se desarrollan y habitan las distintas generaciones” [6].

Así, un individuo es *viejo* o *anciano* en función de la definición que establezca la sociedad en la que viva [14]. Envejecer supone “situarse en un estrato social concreto y desempeñar una serie de funciones y roles dentro de la dinámica social, determinados en su mayoría por las costumbres y creencias de la sociedad” [6].

Tradicionalmente, se considera que una persona comienza a envejecer a partir de la jubilación, cuyo comienzo suele darse en torno a los sesenta y cinco años de edad, lo cual varía según el país y el tipo de trabajo realizado. Según Millán y Maseda, este evento “marca una edad social por pertenencia a un grupo social con importantes cambios en diferentes aspectos” de sus vidas [5].

- *Edad o dimensión psicológica.* Otro aspecto clave en la definición del concepto de vejez o envejecimiento es la propia valoración o percepción interna de la persona. La edad psicológica representa su funcionamiento en relación a la competencia conductual y de adaptación [2]. Desde esta perspectiva, una persona será vieja o anciana cuando se sienta como tal, lo cual coincide con lo que señala Mayán: “el hombre no tiene más edad que la que cree tener” [14]. Así, la edad psicológica viene determinada por los rasgos psicológicos de cada grupo de edad, y la autopercepción de valores y creencias en torno a la vejez [5].

Otros autores definen la edad psicológica en función de los cambios cognitivos, afectivos y de personalidad que tienen lugar a lo largo del ciclo vital [7], de forma análoga a la definición establecida por la edad biológica, que gira en torno a los cambios biológicos y físicos que experimenta el organismo.

- *Edad funcional.* En este último tipo se incluye al conjunto de las edades biológica, psicológica y social, haciendo referencia a la capacidad de la persona para llevar a cabo una vida autónoma e independiente [5] y al rol que puede desarrollar en la sociedad. Se define, por lo tanto, por el nivel de competencia conductual del individuo [7].

En base a todo lo expuesto anteriormente, se puede afirmar que el envejecimiento es un proceso universal, dinámico, multifactorial y multidimensional, que se desarrolla de forma diferente en cada individuo, produciéndose como consecuencia del paso del tiempo y de las condiciones de su entorno, comenzando en un momento o edad imposible de determinar, o, según algunos autores, con el propio nacimiento o concepción de la persona. Se trata, además, de un proceso irreversible, que en un principio no puede ser detenido o revertido [2]. Finalmente, el envejecimiento, o la vejez, es una etapa más del ciclo vital, caracterizada por la diversidad, la heterogeneidad y una gran variabilidad, tanto intra como interindividual, experimentándola cada persona de forma diferente [7]. Se concibe como una etapa más de la vida, con sus rasgos y particularidades propias, que se manifestarán de forma diferente según las características de cada persona, o en función del contexto social, económico, político o cultural que le esté rodeando [10].

1.1.2. Teorías sobre el envejecimiento

A continuación, se presentan algunas de las múltiples y variadas teorías postuladas en torno al proceso de envejecimiento, las cuales tratan de explicar tanto sus causas como sus consecuencias. No obstante, ninguna de ellas explica por completo este fenómeno, por lo que, por ahora, no se comprende en su totalidad la cantidad de causas y mecanismos implicados en el proceso de envejecimiento. Tampoco se llega a entender de forma exacta y a justificar argumentalmente por qué los mecanismos de envejecimiento varían tanto entre un individuo y otro [5].

Las principales teorías existentes se pueden clasificar del siguiente modo: teorías históricas; teorías biológicas o fisiológicas; teorías psicológicas; y teorías sociológicas o sobre la interacción social (denominadas de modo diferente según la bibliografía consultada).

Las teorías históricas no tienen una aparente base científica, en consonancia con las distintas épocas en que fueron postuladas, pero ofrecen diferentes aproximaciones de interés al fenómeno de estudio. Entre ellas, se encuentran la *Teoría de la autointoxicación* de Metchnikoff, del año 1904, que apunta como causa del envejecimiento a la acumulación de productos de desecho metabólico, tanto en la célula como en la totalidad del organismo, o la *Teoría de la involución glandular* de Brown-Séquard, del año 1856. También se incluyen las teorías desarrolladas por Hipócrates de Cos, sobre el desequilibrio de los humores internos; por Aristóteles, sobre la pérdida del calor interno; o por Leonardo da Vinci, que explicaba el envejecimiento haciendo referencia al engrosamiento de los vasos sanguíneos y la consecuente dificultad para nutrir a los diferentes tejidos [5].

Las teorías biológicas o fisiológicas tratan de explicar el envejecimiento desde la perspectiva de la involución o desgaste de diferentes órganos y/o sistemas [2, 4]. Dentro de este grupo, se distingue entre las teorías estocásticas y las no estocásticas. Las primeras defienden que los procesos determinantes del envejecimiento ocurren de modo aleatorio y se van acumulando como consecuencia de la suma de agresiones del medio ambiente, que se producen con el paso del tiempo [8].

Entre ellas, se encuentran las que se describen a continuación:

- *Teoría de los radicales libres.* Postulada por Harman en 1956 y Gerschman en 1962. Según esta teoría, los radicales libres de oxígeno desestabilizan las membranas celulares, creando productos de desecho como la lipofuscina, que interfiere en la capacidad de reparación y reproducción celular, al obstaculizar la síntesis de proteínas, llegando a provocar la muerte celular [5], lo que deriva en el envejecimiento y la muerte del organismo [8].
- *Teoría autoinmune o termodinámica.* Desarrollada por Walford en 1969 y Burnet en 1970. Considera que el envejecimiento se debe a un deterioro global en la función autoinmune, “en donde se produciría un incremento en la producción de anticuerpos e inmunocomplejos que no reconocerían estructuras propias del organismo” [5]. Este deterioro de la función inmunológica, análogo al que se produce en el resto de componentes y sistemas del organismo durante el envejecimiento, provoca una limitación en las posibilidades defensivas del individuo ante cualquier tipo de agresión, favoreciendo la aparición de un mayor número de enfermedades [8], que irán deteriorando la calidad de vida de la persona hasta producir su fallecimiento.
- *Teoría de la acumulación de productos de desecho en el espacio intercelular.* Establecida por Shelldrake en 1974. Esta teoría establece que los materiales intracelulares anómalos que se observan en la mayor parte de las células de organismos de edad avanzada, que consisten en productos de la degradación metabólica, denominados cuerpos de inclusión, actúan como agentes patógenos para la propia célula, alterando su metabolismo y acelerando su destrucción [8].
- *Teoría del acortamiento del telómero.* Definida por Harley y colaboradores en 1992. Hace referencia al acortamiento de los telómeros, o secuencias repetidas de ADN presentes en los dos extremos de cada cromosoma, el cual se produce cada vez que una célula se divide. Cuando los telómeros se vuelven demasiado cortos para permitir una nueva división celular, se observa el fin de la capacidad mitótica in vitro. En cambio, las

células inmortales se protegen contra este acortamiento de los telómeros gracias a la actividad de la telomerasa, que reemplaza las secuencias teloméricas perdidas. De acuerdo con esta teoría, el acortamiento excesivo de los telómeros bloquea la mitosis y desencadena el envejecimiento celular, por lo que si se mantiene constante el tamaño de los telómeros, se preserva la capacidad de división de las células [15].

Otras teorías enmarcadas en este grupo son: la *Teoría de los radicales cruzados*, la *Teoría del error catastrófico* (propuesta por Orgel en 1963) o la *Teoría neuroendocrina* [8, 15]. Éstas no son explicadas en el presente trabajo, debido a que no cuentan con el mismo nivel de aceptación que las anteriormente expuestas.

Por otro lado, las teorías no estocásticas sostienen que el proceso de envejecimiento se desarrolla de acuerdo con unas normas determinadas, comunes a todos los individuos. Se basan fundamentalmente en su componente genético, considerando que la longevidad de cada especie y de sus individuos, está predeterminada exclusivamente por mecanismos genéticos. Entre estas teorías se encuentra la *Teoría de la programación genética*, la *Teoría de la mutación somática* (propuesta por Curtis en 1963) o la *Teoría del error genético o de la acumulación de errores* [8]. Sin embargo, las evidencias actuales en cuanto a la multifactorialidad del proceso de envejecimiento, hacen que estas teorías cuenten cada vez con menos seguidores, por lo que tampoco se profundizará en ellas.

Las teorías psicológicas se han centrado tradicionalmente en los aspectos cognitivos, en los aspectos relacionados con la personalidad y en las estrategias de manejo [2]. Algunos ejemplos de este grupo de teorías son:

- *Teoría del desarrollo*. Establecida por Erik Erikson en 1950. En ella, se describen ocho etapas del ciclo vital o estadios psicosociales, definidos cada uno de ellos por la presencia de una determinada crisis o conflicto esencial, a los que han de enfrentarse todas las personas. Se considera que estas crisis son independientes del contexto histórico o cultural, e intrínsecas al propio desarrollo humano, aunque la forma de afrontarlas sí depende de cada individuo. Erikson sostiene que la última etapa del ciclo vital se desarrolla de los 60 años en adelante, hasta la muerte. La crisis esencial de esta etapa radica en el conflicto entre la integridad frente a la desesperación. Los eventos a los que se enfrenta la persona en la vejez, según esta teoría, son el distanciamiento social, el sentimiento de inutilidad biológica, la enfermedad y las preocupaciones en torno a la muerte o en relación al pasado [16, 17].

- *Teoría de la continuidad.* Esta teoría afirma que el paso de la adultez a la vejez se produce de forma continua, sin existir una ruptura radical entre ambas etapas. Se concibe a la vejez como una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida, en la que la persona mantiene su personalidad y su sistema de valores, aprendiendo a utilizar estrategias adaptativas que le ayudan a reaccionar favorablemente ante las dificultades de la vida [2].

Al hablar de teorías psicológicas sobre el envejecimiento, cabe hacer referencia al *conductismo* (o teoría del aprendizaje) y al *psicoanálisis*, ya que ambas teorías han sido aplicadas para comprender la conducta de los individuos de edad avanzada, tomando como referencia los mismos principios generales que rigen el funcionamiento psicológico a cualquier edad. Un elevado porcentaje de psicólogos y geriatras enmarcan su comprensión sobre la vejez y su intervención terapéutica en estas teorías, especialmente en la primera [17].

Esto se debe, entre otros motivos, a que el conductismo es más “optimista” que la teoría psicoanalítica en relación a esta etapa de la vida, considerando que el envejecimiento no tiene por qué conducir a un deterioro irreversible de la persona. Según esta teoría, las acciones y conductas de un individuo son modificables, estando determinadas en gran medida por el entorno y las recompensas que la persona recibe del mundo exterior, y dependen principalmente de su vida actual, restando importancia al pasado o a la historia de la persona [17].

En cambio, el psicoanálisis sostiene que la personalidad se forma básicamente en una edad temprana, permaneciendo relativamente estable durante el resto de la vida de la persona. De acuerdo con esta teoría, los acontecimientos estresantes que se producen frecuentemente en la última etapa vital, como la viudez, la jubilación o el enfermar, constituyen pruebas o desafíos para el funcionamiento psicológico. Los mecanismos de adaptación y afrontamiento de estos acontecimientos, así como el desarrollo de alteraciones psicológicas asociadas, dependerán de las experiencias de la persona durante su infancia. De este modo, las conductas y acciones de la persona están determinadas por la historia de vida de la persona y, principalmente, por las vivencias correspondientes al período inicial, por lo que se consideran difícilmente modificables [17].

Finalmente, las teorías sociales o sociológicas se dirigen a “comprender y predecir la adaptación satisfactoria de los adultos mayores en la sociedad” [2], existiendo diferentes clasificaciones de las mismas. A continuación, se presentan algunas de las más destacadas:

- *Teoría de la actividad* [18]. Considera que “el individuo alcanza una vejez satisfactoria cuando descubre y realiza nuevos roles o pone los medios necesarios para conservar los que venía desempeñando” [4]. Se relacionan los roles desempeñados por el individuo con el desarrollo del concepto de sí mismo, lo cual también se ve influenciado por la interacción social que establezca la persona [19].

Esta teoría sostiene, además, “que cuanto más activas sean las personas ancianas, mayor satisfacción obtendrán en su vida” [19], alentando a la realización de un gran número de actividades [4] y a un alto grado de participación para autorrealizarse y lograr un “buen envejecimiento” [2]. De acuerdo con esta teoría, las actividades de ocio se erigen como uno de los mejores predictores de la satisfacción vital de las personas mayores, mejorando además la calidad de vida debido a la interacción social que acompaña a muchas de estas actividades [20].

Sin embargo, no tiene en cuenta que no todas las personas mayores necesitan o desean mantenerse activas y participativas. Además, las actividades conllevan diferentes significados para cada persona, por lo que la realización de un gran número de actividades no tiene por qué ser siempre beneficiosa en sí misma, sino que puede depender de su significatividad y del valor que tenga para el individuo.

- *Teoría de la desvinculación*. Desarrollada por Elaine Cumming y William Henry (1961) [21]. Se conoce también como *Teoría de la disociación o del desenganche*. Sostiene que “el envejecimiento normal se caracteriza por un desenganche inevitable y una disminución de las interacciones entre la persona y el sistema social al que pertenece” [4], concibiéndose el proceso de retiro o jubilación como “biológica y psicológicamente inevitable y universal” [22]. Según esta teoría, esta desvinculación constituye una forma de adaptación natural a la vejez [2]. La aceptación individual del desenganche o desconexión, se asocia con un envejecimiento satisfactorio y un mayor bienestar y felicidad para la persona [4].
- *Teoría de la selectividad socioemocional*. En esta teoría se considera que “en el anciano, la interacción social sirve, sobre todo, para afirmar el autoconcepto ya existente”, lo cual “es más susceptible” de ser logrado “mediante la interacción selectiva con amigos íntimos y miembros de la familia” [4].

1.1.3. Características del proceso de envejecimiento a nivel biológico

El envejecimiento biológico fue definido, en 1985, por Birren y Zarit como el proceso de cambio del organismo que, con el tiempo, disminuye su probabilidad de supervivencia,

reduciéndose su capacidad fisiológica de autorregulación, reparación y adaptación a las demandas ambientales [23].

Durante esta etapa, se produce en general una pérdida en los mecanismos de reserva del organismo, así como en la capacidad para realizar correctamente sus funciones biológicas, lo cual conlleva una mayor vulnerabilidad ante cualquier tipo de agresión o enfermedad [11]. Además, “las personas mayores pueden sufrir procesos patológicos o enfermedades que se sobreañaden al proceso fisiológico, modificando desfavorablemente el curso del mismo” [24].

Cabe, por lo tanto, distinguir entre dos tipos de envejecimiento:

- *Envejecimiento primario o fisiológico.* Aquel que experimentan las personas que envejecen de acuerdo a lo esperado, según la edad en la que se encuentran. Tiene lugar como resultado de variaciones relacionadas con el paso del tiempo, siendo observados en todos los miembros de las diferentes especies. [5, 8, 11]
- *Envejecimiento secundario o patológico.* Aquel que experimentan las personas que tienen un estado de salud más frágil, derivado de la unión de diferentes elementos clínicos, sociales y funcionales. Comprende diferentes cambios, que tienen lugar como resultado de la acción de diferentes agentes externos, principalmente: las patologías, los accidentes o las intervenciones quirúrgicas que haya sufrido previamente la persona a lo largo de su vida. [5, 8, 11]

En relación al envejecimiento primario o fisiológico, cabe mencionar una serie de cambios universales que tienen lugar en todos los individuos a lo largo de este proceso [8], independientemente de las variaciones que se produzcan como consecuencia de otros agentes. No obstante, existe una gran variabilidad en cada persona, por lo que las modificaciones que se explican a continuación van a presentarse con diferente intensidad y cadencia según las características, internas o externas, propias de cada individuo [8, 11].

Estos cambios afectan a todos los componentes del organismo de la persona, “especialmente al esqueleto y a los sistemas renal, endocrino, gastrointestinal y neuromuscular; así como a los diferentes sistemas reguladores” [8], tal y como se explica a continuación.

Por un lado, se producen ciertos cambios a nivel morfológico o anatómico, como el incremento de la masa grasa y la disminución de la masa muscular, que conllevará una pérdida considerable de fuerza y una alteración en el patrón de marcha y la postura

corporal [5]. También tiende a presentarse una disminución del agua extracelular, lo que incrementa el riesgo de la persona a sufrir una descompensación hídrica, así como un proceso general de atrofia en la piel, que suele manifestarse por la aparición de arrugas, laxitud, palidez o manchas oscuras, surgiendo además una mayor susceptibilidad a temperaturas elevadas o reducidas (es decir, al calor o al frío), a las magulladuras o a las úlceras [5, 8, 25]. En este sentido, es habitual también el encanecimiento y caída del vello, o el aumento en la fragilidad de las uñas [5].

Por otro lado, suele producirse una reducción del espacio intervertebral, con tendencia a la cifosis dorsal, que unidas a la presencia de lesiones osteoporóticas, llevan a una disminución de la estatura de la persona [5, 25].

Con respecto al funcionamiento de los sistemas orgánicos, cabe destacar algunos cambios que tienden a presentarse a lo largo del proceso de envejecimiento, los cuales pueden consistir en una pérdida total de una determinada función, en cambios funcionales secundarios a cambios estructurales o a fallos e interrupciones en los mecanismos de control, o en cambios fisiológicos no acompañados de ninguna alteración estructural demostrable [11]:

- Sistema inmunitario: Se produce un deterioro de la función inmune, debido a una pérdida en la capacidad de discriminación de la composición corporal, no reconociendo como propias estructuras del organismo, y una pérdida en la respuesta humoral y la mediada por células [5].
- Sistema neurológico: A nivel cerebral, tiene lugar una disminución del flujo sanguíneo y del número de neuronas, de conexiones y de neurotransmisores, lo que conlleva un mayor riesgo a sufrir problemas de equilibrio [5]. La bibliografía refleja la presencia de deterioros sistémicos en determinadas zonas como el hipocampo o los ganglios basales, y de deterioros neuronales, entre los que destaca el encogimiento del cerebro y la apoptosis selectiva de ciertas regiones cerebrales [4].
- Sistema endocrino: Se producen dos fenómenos, según el sexo de la persona. En los hombres tiene lugar la andropausia, que genera entre otros efectos: reducción de la resistencia física y reproductiva; disminución de la capacidad física aeróbica y la fuerza muscular; pérdida de masa ósea y masa muscular; y diferentes alteraciones a nivel psicológico. En las mujeres aparece la menopausia, fenómeno caracterizado por una disminución importante de la cantidad de estrógenos en plasma. Este proceso conlleva repercusiones óseas (reducción de la masa ósea por unidad de volumen) y vasculares

(manifestaciones vasomotoras caracterizadas por una vasodilatación localizada, acompañada de un incremento de la temperatura cutánea); además de ciertas alteraciones psicológicas, disminución de la libido y atrofia vaginal. Otras variaciones que tienen lugar a nivel del sistema endocrino, son la disminución de la concentración de melatonina en sangre, viéndose por lo tanto reducida su función inmunoprotectora, y el descenso de la función pancreática y de la glándula tiroidea, que originan una disminución de la tolerancia a la glucosa y del metabolismo basal, respectivamente. [5]

- Sistema cardiovascular: A nivel del corazón, se produce degeneración muscular, fibrosis del tejido cardionector y calcificación valvular, así como otras variaciones en los vasos sanguíneos, que llevan a la aparición de determinadas enfermedades cardiovasculares como la arritmia, la aterosclerosis o la hipertensión [5].
- Sistema digestivo: En el funcionamiento de este sistema, suele observarse una pérdida progresiva en la función motora del estómago y el intestino, una disminución de la secreción gástrica y diferentes limitaciones en la capacidad absorbente de diversas sustancias, que aparecen con elevada frecuencia [8].
- Sistema respiratorio: En el envejecimiento, se produce, además de otras alteraciones en el sistema respiratorio, una pérdida de elasticidad de la caja torácica, lo que genera una reducción de los volúmenes y capacidades pulmonares, así como un incremento del volumen residual [5].
- Sistema renal: Tiene lugar una reducción considerable del flujo sanguíneo del riñón, así como una disminución del filtrado glomerular y de las nefronas circulantes, produciéndose una elevación en los niveles de creatinina y/o urea en sangre [5]. Se produce, en resumen, una pérdida progresiva en la función renal [11].
- Sistema locomotor: Suele producirse una disminución de la masa muscular y la masa ósea, una reducción de la contractibilidad y del tono muscular, y un incremento de la fragilidad ósea [4, 5].

Finalmente, en relación a los órganos de los sentidos, tienden a producirse durante el envejecimiento pérdidas sensitivas que afectan a la capacidad de la persona para interactuar con su ambiente, como limitaciones visuales derivadas de una disminución en el tamaño de la pupila, o la pérdida en la velocidad de acomodación del cristalino; afectaciones en la percepción auditiva, que dan lugar a un aumento del umbral auditivo y a una reducción de la capacidad para discriminar tonos de diferentes frecuencias; alteraciones en los sentidos

del gusto y el olfato, relacionadas con una disminución de las papilas gustativas y olfatorias; y afectación del tacto, especialmente en relación a las sensibilidades térmica y dolorosa profunda [4, 5].

Tal y como se indicaba al principio de este apartado, el proceso de envejecimiento se caracteriza por una pérdida en los mecanismos de reserva del organismo, lo que provoca una mayor vulnerabilidad y un mayor riesgo de sucumbir ante enfermedades o incluso, ante la muerte. Enfermar presenta en el envejecimiento unas ciertas particularidades, que lo diferencian de otras etapas de la vida. Así, suele caracterizarse por mayores tasas de prevalencia de determinadas patologías, manifestaciones atípicas de ciertas enfermedades y una mayor influencia de los factores sociales o económicos [11, 25].

1.1.4. Características del proceso de envejecimiento a nivel psicológico

En primer lugar, la psicología se centra en explorar el modo en que el proceso de envejecimiento, afecta a capacidades como la memoria, el pensamiento o la inteligencia [4, 17]. Desde esta disciplina también se investiga sobre la personalidad, las relaciones familiares o el impacto de acontecimientos relevantes vinculados con la edad, la jubilación o la viudez [17]. Por otro lado, la psicología examina las alteraciones mentales más frecuentes en esta etapa de la vida, y los aspectos comportamentales relacionados con los cambios psicológicos [17].

Todos los aspectos mencionados hasta el momento se encuentran, a su vez, relacionados, afirmándose, por ejemplo, que durante el envejecimiento “existe una mayor vulnerabilidad a padecer ciertas alteraciones en el estado mental, debido a que, durante esta etapa, tienen lugar algunos de los cambios más importantes de nuestra vida: jubilación, cambios en el estilo de vida, pérdida del cónyuge, cambios en las relaciones sociales, cambios físicos, cambios de roles” [26]. Así, aparecen elevadas tasas de prevalencia de ciertos trastornos, como la depresión, que se presenta, según establecen algunos estudios, en entre el 30 y el 50% de la población mayor [25].

Con respecto a eventos como la jubilación, entendida como el “cese en el trabajo o fin de una actividad laboral remunerada”, se observa que puede conllevar una serie de cambios personales relevantes en la vida de la persona, como cambios en la utilización y disponibilidad del tiempo libre, variaciones en las relaciones sociales, cambios a nivel económico y, especialmente, sentimientos de falta de valoración social o de pérdida de referentes, de identidad o de solidaridad horizontal [10]. En la bibliografía, se divide al proceso de jubilación en tres fases: comenzando por el planteamiento inicial de grandes

propósitos, continuando con la fase de incertidumbre y, finalmente, experimentando la persona la fase de disfrute o depresión, según cómo se desarrolle la adaptación a los cambios generados por este proceso [10]. Teniendo en cuenta lo expuesto, cada vez son más frecuentes los programas de preparación para la jubilación, desarrollados tanto por asociaciones de personas mayores como por sindicatos empresariales, entre otros.

Desde el punto de vista de la psicología, cobran también especial relevancia los significados otorgados por la persona al envejecimiento, y sus experiencias y vivencias personales en relación a este proceso [9]. Los cambios se experimentan de forma totalmente diferente en cada persona; por ejemplo, en algunas personas aparecen sentimientos de ruptura en su línea de vida o emociones negativas en torno a la proximidad de la muerte [9].

Los cambios a nivel físico o biológico presentan también un impacto relevante en la vivencia del proceso de envejecimiento, afectando en gran medida a la autoimagen y autoestima de muchas personas mayores, por lo que se requiere en muchas ocasiones de un proceso de adaptación, cuya evolución dependerá de cada individuo [9].

En este sentido, cabe tener en cuenta que los estereotipos negativos existentes en la sociedad en torno a la vejez y aquellos presentes en la propia persona mayor, los cuales se explican con mayor detalle en el siguiente apartado de esta memoria, “modifican la autopercepción, el autoconcepto y la autoimagen de la persona, y por tanto su estilo de vida” [26]. El concepto social y cultural sobre el envejecimiento “acaba por interiorizarse en los propios destinatarios” [7]. De este modo, los estereotipos afectan a la confianza de la persona en sí misma, a su autoestima y al desarrollo de su personalidad, extendiéndose a su vida familiar y social [4, 9].

Por otro lado, hay personas que conciben el envejecimiento como una “etapa de la vida en la se acumulan todas las experiencias”. En otras, emergen sensaciones de libertad o de satisfacción ante la posibilidad de poder dedicarse a uno mismo [9]. Así, son también muchas las personas que otorgan significados positivos a este proceso o etapa de la vida, asociándola con oportunidades, desafíos, retos y experiencias enriquecedores.

1.1.5. Características del proceso de envejecimiento a nivel social y cultural

La dimensión social del envejecimiento, como ya se explicó, está determinada por el rol de la persona mayor en la sociedad y en su entorno, así como por circunstancias económicas, laborales y familiares [5]. Tal y como señala Bazo, “la vejez es una realidad biológica, pero también cultural, que se construye socialmente” [27].

Desde el punto de vista cultural, el envejecimiento “hace referencia a un conjunto de acontecimientos transitorios” que “guardan relación con las diferencias entre los distintos grupos generacionales”, siendo su comienzo “más de tipo social que biológico, ya que las personas terminan resultando obligadas a transitar determinadas circunstancias”. Entre estos acontecimientos se encuentran: la jubilación, la reducción del grupo familiar, la pérdida de amistades, o los estereotipos, consideraciones y actitudes del entorno social sobre el significado y las características de la vejez [7].

De este modo, cada cultura trata de encontrar su propio significado de esta etapa de la vida, asumiendo para ello ciertas concepciones basadas desde el imaginario social. Esto ha promovido en muchas ocasiones interpretaciones erróneas, que han generado mitos y estereotipos negativos en relación al proceso de envejecer, surgiendo actitudes y sentimientos de temor, y alejándose de la consideración de la vejez como una etapa más del ciclo vital [2, 28].

Desde la perspectiva social, como ya se ha señalado, envejecer supone situarse en un estrato social concreto y desempeñar una serie de funciones y roles dentro de la dinámica de la sociedad, determinados en su mayoría por las costumbres y creencias de sus ciudadanos [6].

Las costumbres y creencias sobre la vejez han estado tradicionalmente vinculadas, en nuestra sociedad y en otras similares, con conceptos como deterioro, minusvalía, discapacidad, decadencia, decrepitud, enfermedad, dependencia, incompetencia, inutilidad, pasividad o fragilidad [2, 4, 7, 17, 26]. El envejecimiento también se relaciona en algunos casos con la “antesala de la muerte”, emergiendo sentimientos de temor ante la proximidad de este incierto o desconocido evento [10].

Estos atributos forman parte de un conjunto más amplio de mitos y prejuicios que acompañan al concepto que la sociedad tiene sobre la vejez o el envejecimiento, entre los que también se encuentra la asociación con la soledad, el aislamiento, la necesidad de institucionalización, graves deterioros cognitivos o trastornos de memoria, depresión, pobreza, mayor riesgo de resultar víctima de un crimen, o mayor demanda económica y social [4, 7, 29].

Asimismo, se perciben como rasgos característicos de la población mayor la fácil irritabilidad, la sensación permanente de cansancio, el interés exclusivo por sí mismos, o la tendencia a hablar únicamente de recuerdos y a “vivir en el pasado” [4].

En muchos casos se considera, además, que las personas mayores carecen de interés o de capacidades para establecer relaciones sexuales o relaciones sociales en general [20], por lo que se vincula esta etapa de la vida con la ausencia de vida sexual o incluso social [4].

También se asocia frecuentemente la inactividad laboral que se produce durante la vejez, derivada del proceso de jubilación, con la inactividad en el resto de áreas de la vida [29, 30], así como una menor productividad en los trabajadores de edad avanzada en comparación con profesionales más jóvenes [7]. Esto conlleva actitudes colectivas negativas, basadas en la vinculación de las personas mayores con seres pasivos e improductivos, que “estorban” dentro del grupo social o laboral al que pertenecen [14, 26, 31].

Desde el punto de vista de la antropología, nuestra sociedad actual, como la de muchos países occidentales, se enmarca en el modelo de las sociedades industriales o post-industriales y en el de las sociedades capitalistas de consumo. En estos modelos, las personas mayores no suelen desempeñar un rol familiar pro activo, siendo frecuente que se encuentren alejadas de su grupo primario. Al perder su ocupación laboral, sufren también la pérdida del prestigio y la identidad que se asocian con el rol profesional, experimentando además una merma de sus ingresos económicos. La sociedad tiende a considerar en muchas ocasiones a las personas mayores como seres improductivos o como una “carga” al verse alterada su capacidad económica, de consumo o de producción [7, 10].

Finalmente, uno de los mitos más frecuentes, y que comprende a todos los anteriores, es que todas las personas mayores “conforman un grupo homogéneo” [7], con idénticas capacidades, intereses o necesidades.

No obstante, estas percepciones negativas, o incluso catastróficas, sobre el envejecimiento o sobre las personas mayores, han aparecido en diversas culturas y etapas históricas, no siendo exclusivas de las sociedades industrializadas actuales, aspecto que lleva a pensar a algunos autores que puedan ser inherentes a la propia naturaleza del ser humano [17].

Así, existen mitos y prejuicios sobre la vejez que emergen en todos los sectores de la población, desde niños y adolescentes, hasta individuos que se encuentran en esta etapa de la vida. Es decir, las propias personas mayores presentan en muchas ocasiones una visión negativa sobre la vejez, que les lleva a rechazar su denominación como *ancianos*, *viejos* o *mayores*, debido a los atributos que asignan a estos adjetivos y a la edad avanzada en general [17]. Tal y como refieren González y Ruiz, “llegados a dicha edad, es fácil convencerse de que hay que asumir ese rol” [26].

Como se señaló en los apartados anteriores, los estereotipos existentes en la sociedad y en las propias personas mayores, pueden modificar la percepción, el concepto y la imagen que éstas tengan de sí mismas [9, 26], afectando a su confianza, al desarrollo de su personalidad y a su vida social y familiar [4]. En muchas ocasiones, los mitos o prejuicios también están presentes en los propios profesionales que conforman los equipos de los distintos recursos o dispositivos sociosanitarios, influyendo negativamente en su forma actuar e intervenir con las personas mayores [7].

Por otro lado, existen mitos o estereotipos positivos sobre la vejez, que radican en asociar la edad avanzada con la sabiduría o el conocimiento [7, 9, 17]. Así, Rodríguez define a las personas mayores como “ese numeroso y creciente segmento poblacional que se caracteriza por contar con el bagaje de una experiencia vital y conocimientos acumulados a lo largo de muchos años de vida” [32].

Sin embargo, la sociedad en que estamos inmersos, caracterizada por el acceso globalizado al conocimiento y la información, especialmente en las últimas décadas, tiende a desvalorizar el conocimiento personal que pueden tener las personas mayores, basado en la experiencia y el aprendizaje adquiridos a lo largo de toda una vida, considerando que este conocimiento se puede obtener a través de otras vías, como la educación formal o el acceso a Internet [10]. Se confunden, de este modo, los datos e informaciones disponibles en los libros y en Internet con el conocimiento y sabiduría que se adquiere a lo largo de la vida, el cual permite dotar de utilidad a los datos e informaciones consultados.

Cornachione también señala que “el tema del envejecimiento humano no se reduce a sustituir una perspectiva centrada en la decadencia por otra basada en la plenitud, a raíz de que muchas personas de 65 años o más tienen buenos niveles de salud y mantienen independencia y autonomía”. Para la citada autora, “esto no supone más que aplicar la negación frente a las situaciones de dificultad que generan sufrimiento individual y social”, las cuales son cotidianas para un porcentaje importante de personas mayores, en especial, para aquellas que tienen más de 80 años [7].

En general, la presencia de estos prejuicios o mitos sobre la vejez, tanto positivos como negativos, dificulta la definición de los atributos específicos de esta etapa de la vida, y de las necesidades de cuidado que se presentan en su evolución [2].

Para finalizar esta sección, cabe resaltar que, en los últimos años, han surgido “nuevas propuestas que se resisten a considerar a las personas mayores como meros receptores de jubilaciones y cuidados o como ciudadanos incapaces de aportar, elegir, actuar, decidir o

desear algo distinto a aquello que habitualmente se les ofrece” [7]. Esta evolución en la concepción social y cultural sobre el envejecimiento apunta hacia un cambio sustancial de paradigma en la comprensión y atención de este fenómeno, aspecto que será abordado en el apartado I.2 del presente documento.

I.1.6. Patologías y grandes síndromes geriátricos

Tal y como se refirió en apartados anteriores, el proceso de envejecimiento se caracteriza por una pérdida en los mecanismos de reserva del organismo, lo que provoca una mayor vulnerabilidad y un mayor riesgo de sucumbir ante enfermedades [11, 25].

Durante el envejecimiento, el enfermar tiende a presentar unas ciertas particularidades, que lo diferencian de otras etapas de la vida: mayores tasas de prevalencia de determinadas patologías, manifestaciones atípicas de ciertas enfermedades y una mayor influencia de los factores sociales o económicos [11, 25]. Así, existen una serie de enfermedades cuya aparición tiende a relacionarse con el proceso de envejecimiento, o cuya evolución y gravedad empeoran al manifestarse en esta etapa de la vida [4].

A continuación, se comentan algunas de estas patologías por su elevada prevalencia en la población mayor, así como por las consecuencias que generalmente ocasionan, muchas de ellas vinculadas con la calidad de vida y el desempeño ocupacional de la persona.

Uno de los trastornos crónicos más prevalente en la población mayor es la demencia, existiendo en la actualidad más de 46 millones de personas que presentan este diagnóstico a nivel mundial, según recoge el *Informe Mundial sobre el Alzheimer* correspondiente al año 2015. En este informe, se reflejan también datos sobre la incidencia de este trastorno, refiriendo que existirán 9,9 millones de casos nuevos en 2015; es decir, uno cada tres segundos [33].

En la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, décima versión (en adelante, CIE-10), la demencia aparece incluida dentro de los “Trastornos mentales orgánicos”, sección ubicada en el Capítulo V, correspondiente a los “Trastornos mentales y del comportamiento”. En esta clasificación, la demencia se define como “un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, de naturaleza habitualmente crónica o progresiva, en el cual existe un deterioro de múltiples funciones corticales superiores, entre las que se cuentan la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad para el aprendizaje, el lenguaje y el juicio”. Se hace también referencia a otros síntomas que acompañan o

preceden a los mencionados: el deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación [34].

Para establecer un diagnóstico de demencia, la CIE-10 determina los siguientes criterios: presentar deterioro de la memoria; presentar deterioro del pensamiento y el razonamiento; existir interferencia en la vida cotidiana; mantener claridad de conciencia; y mostrar los síntomas durante un mínimo de 6 meses [34].

Por su parte, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, en su cuarta edición (en adelante, DSM-IV-TR) entiende la demencia como un síndrome, con una serie de síntomas comunes, diferenciados en base a la etiología y el curso clínico. Estos síntomas son: deterioro de la memoria; presencia de una o más de las siguientes alteraciones: afasia, agnosia, apraxia, alteración de la función ejecutiva; y deterioro significativo de la actividad social o laboral. Se establece, además, que las alteraciones mencionadas no deben aparecer exclusivamente durante un síndrome confusional agudo, y que debe existir evidencia clínica de que se deben a causa orgánica o al efecto de una sustancia tóxica [35].

En la quinta edición del manual (en adelante, DSM-5), vigente desde el año 2013, se sustituyen los conceptos de demencia o de trastornos mentales orgánicos, por el de trastorno neurocognitivo mayor [36]. Los criterios para su diagnóstico son:

- A. Evidencia de deterioro cognitivo significativo, en relación nivel previo de funcionamiento, en uno o más de los siguientes dominios: atención compleja; función ejecutiva; aprendizaje y memoria; lenguaje; perceptivo-motor o cognición social.
- B. Interferencia de los déficits cognitivos en la independencia de la persona en las actividades de la vida diaria.
- C. Ocurrencia de los déficits no exclusivamente en el contexto de un “delirium”.
- D. Ausencia de explicación de los déficits por otros trastornos mentales, como la esquizofrenia o el trastorno depresivo mayor. [36]

En esta edición, se incide además en la importancia de especificar en el diagnóstico del trastorno cognitivo mayor, además de la causa o etiología que lo origina si se conoce, la gravedad del trastorno (leve, moderado o severo) y la presencia o ausencia de alteraciones conductuales (psicosis, trastornos del humor, apatía, agitación u otras) [36].

La afectación en las funciones cognitivas, como la memoria o las capacidades ejecutivas, ha sido probablemente la dimensión más estudiada en el campo de las demencias. Sin embargo, son las alteraciones a nivel conductual las que originan una mayor sobrecarga en

los cuidadores y un impacto más significativo en la propia persona, agravando su deterioro a nivel cognitivo y funcional, y asociándose además con un mayor coste económico y tasas más elevadas de institucionalización [37, 38].

Estas alteraciones conductuales, y otras que se presentan a nivel psicológico, conforman los denominados Síntomas Psicológicos y Conductuales asociados a las Demencias (en adelante, SPCD). Este término fue acuñado en 1996 por la Asociación Internacional Psicogeriátrica, que los definió como “síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, el estado de ánimo o la conducta, que a menudo se presentan en pacientes con demencia” [37]. Así, los SPCD comprenden un conjunto de manifestaciones, entre las que se encuentran síntomas psicológicos complejos, que se detectan a través de la entrevista con la persona y sus cuidadores, y signos conductuales más básicos, que se registran mediante la observación directa del individuo [38].

Los primeros incluyen síntomas asociados frecuentemente a la demencia, como la depresión u otros trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad o síntomas psicóticos. Los signos conductuales hacen referencia a diferentes tipos de comportamiento, como trastornos de alimentación, cambios en el ritmo diurno, cuadros de agitación o incluso agresividad y trastornos psicomotores [37, 38].

Los SPCD “pueden aparecer prácticamente en cualquier momento de la enfermedad, con un patrón de agrupación muy variable” [38], a diferencia de los síntomas a nivel cognitivo, cuya aparición y evolución puede ser pronosticada en mayor medida debido al amplio conocimiento que se tiene de ellos en la actualidad.

Existen determinadas conceptualizaciones de la demencia que incorporan estos aspectos, como la ofrecida por López-Pousa y Lombardía, quienes definen la demencia como “un síndrome orgánico y plurietiológico, que cursa con déficits cognitivos, motores y relacionales, que implican cambios en la personalidad previa y provocan una desadaptación social y una interferencia significativa en el trabajo y/o en las actividades sociales, respecto al nivel previo de funcionamiento” [39]. Caamaño señala que las demencias son “síndromes neurológicos adquiridos caracterizados por el deterioro en las capacidades cognitivas y de la autonomía para la realización de las actividades previas, que incluyen trastornos psicológicos y conductuales de espectro amplio” [37].

Como se ha podido observar, la demencia no es una enfermedad específica, sino un término general que comprende una amplia variedad de síntomas relacionados con el deterioro de la memoria u otras capacidades de razonamiento, que llegan a limitar la

capacidad de la persona para realizar sus actividades de la vida diaria. Estos síntomas se podrán ver acompañados de alteraciones en otras esferas del funcionamiento, lo cual dependerá de la causa que esté originando la demencia.

Así, se distinguen diferentes tipos de demencia, según la causa que la origine, existiendo múltiples y variados motivos. La que aparece con mayor frecuencia es la demencia en la enfermedad de Alzheimer, que representa entre el 60 y el 70% de los casos. La enfermedad de Alzheimer es una patología cerebral degenerativa primaria de etiología desconocida, cuyos rasgos neuropsicológicos y neuroquímicos son característicos [34]. La CIE-10 recoge los siguientes tipos de demencia tipo Alzheimer:

- Demencia en la enfermedad de Alzheimer de comienzo temprano: Comienza antes de los 65 años de edad, presentando un deterioro de evolución relativamente rápida, y con trastornos múltiples y notorios de las funciones corticales superiores. Incluye: Demencia degenerativa primaria de tipo Alzheimer, de comienzo presenil; Demencia presenil, de tipo Alzheimer; y Enfermedad de Alzheimer, tipo 2.
- Demencia en la enfermedad de Alzheimer de comienzo tardío: Se presenta después de los 65 años de edad, habitualmente al final de la séptima década de la vida, o incluso más tarde, y con una progresión lenta. Su principal característica es el deterioro de la memoria. Incluye: Demencia degenerativa primaria de tipo Alzheimer, de comienzo senil; Demencia senil, de tipo Alzheimer; y Enfermedad de Alzheimer, tipo 1.
- Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o de tipo mixto.
- Demencia en la enfermedad de Alzheimer no especificada. [34]

La demencia vascular es el segundo tipo de demencia más común. Se produce como consecuencia del infarto cerebral debido a una enfermedad vascular, incluida la enfermedad cerebrovascular hipertensiva. Generalmente los infartos son pequeños, pero sus efectos acumulativos. Su comienzo suele tener lugar en etapas avanzadas de la vida. Dentro de las demencias vasculares, se distingue a su vez entre aquellas de comienzo agudo, las derivadas de infartos múltiples, la demencia vascular subcortical, la demencia vascular mixta, otras demencias vasculares y la no especificada [34].

Finalmente, la CIE-10 incluye otro tipo de demencias, que son aquellas originadas por enfermedades diferentes a la enfermedad de Alzheimer o la cerebrovascular. El comienzo de las mismas se puede dar en cualquier momento de la vida, aunque rara vez tiene lugar en

la senectud. Algunas de las enfermedades que derivan en este tipo de demencias son la enfermedad de Pick, la enfermedad de Huntington o la enfermedad de Párkinson [34].

El DSM-5 distingue las siguientes causas como origen de los trastornos neurocognitivos mayores o demencias: enfermedad de Alzhéimer, degeneración lobular frontotemporal, enfermedad por cuerpos de Lewy, enfermedad vascular, lesión cerebral traumática, uso de medicamentos o sustancias, infección por VIH, enfermedad de Prion, enfermedad de Huntington, y enfermedad de Párkinson, además de las categorías de otra condición médica, múltiples etiologías, o sin especificar [36].

En definitiva, todos los subtipos referidos se caracterizan por presentar “un cuadro clínico con síntomas comunes”, pero que “difieren en su etiología, edad, forma de presentación, curso clínico y trastornos asociados” [35].

Sin embargo, por un lado, los límites entre las distintas formas de demencia son difusos y frecuentemente coexisten formas mixtas. Además, no existe una única prueba que determine si una persona tiene demencia, teniendo que realizarse diferentes evaluaciones para establecer su diagnóstico. Por otro lado, es también habitual que, en la práctica clínica, existan dificultades para determinar el tipo exacto de demencia, ya que algunos síntomas son comunes entre las diferentes tipologías.

Estas dificultades se unen al enfoque predominantemente centrado en la enfermedad de Alzhéimer, que guía los criterios diagnósticos de la demencia, definidos por el DSM-IV-TR y la CIE-10, ya explicados previamente. Éstos conceden un papel especialmente relevante a las alteraciones que se producen en la memoria, características de la enfermedad de Alzhéimer, pero que sin embargo no son un síntoma fundamental en las demencias vasculares o en las frontotemporales [35].

Cabe diferenciar la demencia, o el trastorno neurocognitivo mayor, del deterioro cognitivo o trastorno neurocognitivo leve, que se entiende como una limitación cognitiva de menor gravedad, que no interfiere con el funcionamiento en las actividades de la vida diaria [36].

La enfermedad de Párkinson también aparece con frecuencia en la población mayor, caracterizándose por síntomas como la hipoquinesia, o lentitud en los movimientos, el aumento o rigidez del tono muscular, y el temblor [25].

Otra de las patologías que presenta una elevada prevalencia en la población mayor es la hipertensión arterial (en adelante, HTA). Se trata de una enfermedad causada por el incremento de las cifras de tensión arterial; es decir, de la presión sanguínea en las arterias.

De acuerdo con consensos internacionales, se considera una hipertensión clínicamente significativa la siguiente: presión sistólica sostenida por encima de 140 mm_{Hg} o una presión diastólica sostenida mayor de 90 mm_{Hg}. Para esta medición, han de realizarse tres tomas, en condiciones apropiadas, con intervalos entre cada una de 3 a 7 días [40].

La HTA se puede clasificar en función de diferentes criterios. En función de su etiología, se distingue entre HTA primaria, esencial o idiopática, en la que se desconoce la causa, y HTA secundaria, aquella producida por una alteración orgánica conocida: exógena, renal, endocrina, o de otro tipo [40]. Esta patología se asocia, a su vez, con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y con tasas más elevadas de morbilidad y mortalidad [4]. Su presencia también se ha relacionado en algunos trabajos con el desarrollo posterior de demencia y enfermedad de Alzheimer, con el accidente isquémico transitorio no cardioembólico, o con la cefalea crónica [4].

Cabe resaltar también la elevada prevalencia de diabetes mellitus en la población mayor. Esta enfermedad se caracteriza por el aumento de los niveles de glucosa en sangre [40]. Se diferencia entre la diabetes mellitus tipo I o “insulinodependiente” y la diabetes mellitus tipo II, también denominada “no insulinodependiente”. Las principales complicaciones de la diabetes radican en manifestaciones neuropáticas a nivel autonómico y periférico, principalmente en las extremidades inferiores; enfermedades microvasculares que afectan a la retina, fundamentalmente, y que pueden desencadenar ceguera; y enfermedades macrovasculares, con arteriosclerosis en las arterias cerebrales, que puede originar enfermedad isquémica cerebral [4]. Así, este trastorno se asocia a su vez con un mayor riesgo de accidente cerebrovascular, cardiopatía isquémica y arteriopatía periférica [4]. Otro trastorno metabólico muy frecuente es el hipotiroidismo [4], apareciendo en las personas mayores una mayor tendencia a la aparición de nódulos tiroideos y a la oncogénesis, lo cual supone una mayor frecuencia de trastornos primarios de la glándula [25].

La artritis reumatoide y la osteoporosis son dos patologías reumatológicas muy frecuentes en las personas mayores. La primera puede conllevar una afectación sistémica que derive en rotura de las articulaciones, deformaciones físicas de los huesos, afectaciones de la piel, o sequedad de piel y mucosas, entre otras consecuencias [4]. Por su parte, la osteoporosis se caracteriza por una mayor fragilidad en los huesos, que presentan una menor resistencia a los golpes y una mayor susceptibilidad a las fracturas [4]. Estos cambios se deben a la disminución de masa ósea por unidad de volumen óseo, característica de esta patología [25].

Dentro de las enfermedades del aparato respiratorio, destaca la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (en adelante, EPOC), que se estima representa la cuarta causa de muerte más común entre las personas mayores de 65 años. Esta patología está estrechamente relacionada con el tabaquismo [4].

Con respecto a las alteraciones en la capacidad de audición o de visión, son frecuentes patologías como la presbiacusia, las cataratas, el glaucoma, o la degeneración macular [25].

Finalmente, cabe señalar la alta prevalencia de los denominados “síndromes geriátricos”, que incluyen trastornos como la incontinencia urinaria o las caídas. Estas últimas se relacionan, por un lado, con limitaciones en la capacidad de equilibrio y de marcha de la persona, que generan una mayor inestabilidad por su parte, lo que manifiesta la necesidad de desarrollar intervenciones dirigidas a mantener o mejorar estas capacidades [4]. Las caídas también se vinculan en gran medida con otros factores relativos al entorno físico y social, o con los patrones de ejecución seguidos por la persona. Esto incide en la importancia de implementar programas preventivos que eviten o disminuyan la aparición de estos factores de riesgo. En relación a las caídas, tienden a aparecer además con gran frecuencia sentimientos de miedo o temor [4], que limitan en mayor medida la participación y desempeño de la persona mayor en su vida diaria y en sus entornos habituales.

La edad avanzada y otros factores endógenos no modificables, como el sexo o la genética, juegan un papel de gran relevancia en la aparición o evolución de muchas de las patologías y síndromes explicados. No obstante, cabe destacar que existen una serie de factores de riesgo, comunes a gran parte de estos trastornos, que es posible modificar, entre los cuales destacan la vida sedentaria, el seguimiento de una alimentación inadecuada, el tabaquismo y la ingesta excesiva de alcohol [40], o el seguimiento de pautas inseguras de ejecución de las actividades, lo cual influye sobre el riesgo de caídas de la persona, uno de los aspectos de mayor preocupación para las personas mayores [4].

Esto abre un amplio abanico de posibilidades a nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria, pudiendo dirigir los esfuerzos a evitar o disminuir la aparición de las enfermedades, a mejorar el diagnóstico precoz y frenar su evolución, o a reducir sus complicaciones y efectos secundarios [25, 40, 41].

1.2. Paradigmas y modelos teóricos y prácticos de referencia

1.2.1. Paradigma del Envejecimiento Activo

En el año 1987, Rowe y Kahn describen por primera vez el concepto de envejecimiento exitoso, reflejando que muchos de los cambios atribuidos al envejecimiento pueden ser ralentizados o revertidos [42]. Posteriormente, se identifican tres factores interrelacionados esenciales para alcanzar este tipo de envejecimiento: un bajo riesgo de enfermedad y discapacidad; un elevado nivel de funcionamiento o actividad a nivel cognitivo y físico; y la participación en actividades significativas de la vida diaria, en relaciones interpersonales y en actividades productivas [43-45].

Una década después, en 1998, la OMS propone el término de envejecimiento saludable, insistiendo en el desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables, y en la prevención temprana de ciertas enfermedades y discapacidades [2].

La publicación, en el año 2002, del documento *Envejecimiento activo: Un marco político* significó un cambio sustancial de paradigma. El envejecimiento activo (en adelante, EA) se define, según la OMS, como el “proceso de optimización de (las) oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” [46, 47].

El término activo se introdujo con la intención de expresar, más allá de los descriptores empleados hasta el momento (productivo, exitoso, saludable o positivo, entre otros), la oportunidad de participación de las personas mayores en los “asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos” de su comunidad, tratando de no hacer referencia únicamente a la capacidad para estar activo física o laboralmente [46].

El concepto de EA, tal y como señalan Pinazo y otros autores, hace referencia a “la participación continua de las personas en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, sin centrarse sólo en la capacidad para estar física o laboralmente activo” [32]. Así, “el término ‘activo’ no se refiere únicamente a la capacidad física, sino que hace referencia a la interacción constante de todos los aspectos de la persona, físicos, psicológicos y sociales, con el entorno social, económico, espiritual, cultural y cívico que le rodea” [31].

Esta formulación inicial del concepto identifica como componentes clave la salud, la participación y la seguridad. Posteriormente, se integra un cuarto componente, el aprendizaje continuo o a lo largo de toda la vida, lo cual se promulga en la Conferencia

Internacional sobre Envejecimiento Activo celebrada en Sevilla en 2010 [48]. En este sentido, Pilar Rodríguez, una de las autoras de referencia en este ámbito, manifiesta que “hacer realidad el paradigma del envejecimiento activo conlleva, entre otros esfuerzos, responder adecuadamente a la creciente demanda de proporcionar oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida”, tratando de brindar espacios, tiempos y situaciones en los que las personas mayores puedan enriquecerse, aportar, aprender y capacitarse [32].

El año 2012 fue declarado como el *Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional*, siendo esto “resultado de las exigencias de los cambios demográficos registrados en Europa en las últimas décadas”, ya descritos anteriormente, “y de un largo proceso de estudio, concienciación y trabajo” [49]. Esta declaración trata de potenciar la realización de iniciativas que fomenten el envejecimiento activo de la población, con el fin de que el fenómeno de envejecimiento progresivo de la población no suponga un problema, sino una oportunidad para que las personas mayores continúen ejerciendo un rol activo en la sociedad [49].

Esto implica que las sociedades han de proporcionar a las personas mayores la oportunidad de participar en “cualquier esfera relativa a su comunidad”, garantizando además su acceso a la información y el reconocimiento de sus derechos [32]. Rodríguez insiste en que “el envejecimiento activo postula el reconocimiento de los derechos humanos de los mayores, y se basa en los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, cuidados y realización de los propios deseos” [47].

Se considera, por lo tanto, a la persona protagonista de su vida, desarrollándose de forma diferente el proceso de envejecimiento activo según los significados íntimos que cada persona le atribuya [32].

Se requiere, por lo tanto, de un enfoque integral, que incorpore una evaluación multidimensional de la persona y el diseño de intervenciones de forma individualizada y personalizada, adaptando los materiales y contenidos a las capacidades, necesidades, intereses y demandas de la población mayor.

Los factores determinantes del EA son múltiples y variados. Éstos pueden ser estructurados en: cultura, determinantes comportamentales, determinantes personales, determinantes físicos, determinantes sociales, determinantes económicos, y servicios sanitarios y sociales [48].

En investigaciones relacionadas, también se ha identificado la influencia de determinadas características demográficas y médicas, ciertos factores psicológicos, el alto nivel educativo, el seguimiento de hábitos de vida saludable, como la actividad física, el sentimiento de autoeficacia, la ausencia de depresión, o la autopercepción positiva sobre el estado de salud [50]. Asimismo, se ha detectado la influencia de las relaciones sociales sobre diferentes aspectos del EA, habiéndose estudiado su efecto sobre la supervivencia, la recuperación tras episodios agudos o tras una situación de discapacidad, y menores riesgos de morbilidad, limitaciones funcionales, depresión y deterioro cognitivo [50].

Como se puede apreciar, en el marco del EA resulta de especial relevancia implementar intervenciones centradas en la promoción de la salud, definiéndose este concepto como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla” [51]. En la *Declaración de Yakarta*, enunciada en el año 1997, se indica como esencial la participación de las personas en este proceso, la cual se ve fomentada por el acceso a la educación y la información, y el empoderamiento de dichas personas [52], a través del cual se adquiere “un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud” [53].

Teniendo en cuenta que el concepto de EA no incluye únicamente objetivos ligados a la salud, sino también a la participación, la seguridad y el aprendizaje a lo largo de toda la vida, surge la necesidad, por un lado, de desarrollar programas de intervención que fomenten una mayor seguridad y responsabilidad de la población mayor; y, por otro lado, una participación más activa en sus ocupaciones significativas y en el entorno que les rodea.

Además, se tratará de ofrecer espacios, tiempos, situaciones y, en definitiva, oportunidades para el desarrollo de actividades de educación y aprendizaje. Igual que en etapas anteriores de la vida, en la vejez las personas también requieren emprender nuevos aprendizajes; “el apoyo que reciba para enfrentarlos permitirá que se pueda llevar a cabo un envejecimiento exitoso, en donde sea capaz de caminar con dignidad, cuidando su salud, expresando sus necesidades, no aceptando ayuda por lo que sí puede hacer, pidiéndola cuando la necesite, tomando las decisiones que le correspondan y participando activamente en núcleos sociales de su interés” [54].

En resumen, las acciones implementadas en el marco del EA pueden dirigirse a mejorar las condiciones de salud de la persona mayor, previniendo situaciones de dependencia y promoviendo su nivel de independencia, o a originar nuevas oportunidades de participación y de ejercicio de los derechos individuales, favoreciendo con ello la autonomía

de la persona, entendida “como la facultad humana para gobernar las propias acciones, la propia vida” o “o ejercer la voluntad propia” [32].

Estas acciones son diseñadas e implementadas por diferentes profesionales del ámbito sociosanitario, que trabajan de forma conjunta para tratar todas las esferas que rodean a la persona, haciendo posible la comprensión y atención del fenómeno del envejecimiento desde distintas perspectivas [8, 55].

1.2.2. Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona

El Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (en adelante, AICP) surge con el objetivo de “superar el modelo asistencialista, rígido y fragmentado que se implementaba tradicionalmente en el ámbito de las personas mayores, en situación de dependencia y/o con discapacidad” [56].

La necesidad de desarrollar nuevos modelos de atención surge, por un lado, de ciertas deficiencias existentes en los sistemas sanitario y social, como la fragmentación y falta de coordinación de los diferentes niveles asistenciales. También se han detectado dificultades, tanto en el sistema sanitario como en los servicios sociales, para adaptarse a situaciones de enfermedad crónica o dependencia. Otros factores que han influido en el desarrollo de nuevos modelos de atención han sido: la excesiva rigidez y compartimentación de las carteras de servicios; la estandarización de los procedimientos de intervención social en función de las prestaciones de los recursos y no de las necesidades de las personas; la existencia de normativas que priorizan la seguridad, por encima de la libertad y la calidad de vida de las personas usuarias de los dispositivos; y la burocratización de los sistemas de acceso [57].

Por otro lado, en las últimas décadas, se han producido una serie de cambios o fenómenos sociales que han influido también en la necesidad de redefinir los modelos de atención tradicionales y las políticas sociales, como son: el incremento progresivo de la esperanza de vida y de las situaciones de dependencia a edades avanzadas; la emancipación laboral de la mujer; la conquista de nuevos derechos civiles y sociales; la globalización y la influencia de las TIC en la sociedad actual; el incremento del nivel de estudios de la población; o el impacto de la crisis global [57].

Finalmente, otro aspecto que ha condicionado el surgimiento de estos nuevos modelos de atención es la reivindicación de esta necesidad por parte de las propias personas mayores, con discapacidad y/o en situación de dependencia. Tal y como refiere Rodríguez, estas

personas “demandan cada vez con mayor claridad el derecho a que los apoyos que se incluyan en su plan de atención contemplen objetivos no solo dirigidos al tratamiento de sus enfermedades y/o a reducir su situación de dependencia, sino que también planteen actuaciones para la promoción de su autonomía personal y su inclusión activa en la comunidad”, manifestando su interés por desarrollar sus proyectos vitales conforme a sus propias preferencias, como el resto de la población, y por continuar manteniendo el control de sus vidas [57].

El Modelo de AICP se fundamenta en un conjunto de bases teóricas organizadas en los siguientes ámbitos:

- Promulgación de nuevos derechos sociales en normativas de ámbito internacional, estatal y autonómico. Este ámbito hace referencia a un conjunto de leyes y documentos legales publicados en las últimas décadas, como la *Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad* (promulgada en 2006 y ratificada en España en 2008), la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia*, o la *Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*, aprobada mediante el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre.
- Propuestas y consensos internacionales. En este grupo aparecen las clasificaciones internacionales sobre la discapacidad publicadas por la OMS (principalmente, la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, del año 2001), los Planes Internacionales de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento y sobre la Discapacidad, y las Propuestas del Consejo de Europa sobre la atención a la dependencia, entre otros documentos internacionales.
- Evidencia científica, en la que se hayan constatado aspectos como los que se citan a continuación: la eficacia de la prevención primaria, secundaria y terciaria en la reducción de la dependencia; las diferencias interindividuales en el proceso de envejecimiento y de discapacidad; los beneficios derivados de aplicar intervenciones basadas en el enfoque de las capacidades preservadas, el empoderamiento, la interdisciplinariedad, o en enfoques de normalización e intervención comunitaria.
- Modelos y metodologías en vigor. Se citan, entre otros: modelo de calidad de vida, enfoque de las capacidades, modelo del envejecimiento activo, planificación centrada en la persona con discapacidad, atención centrada en la persona con demencia,

atención gerontológica centrada en la persona, atención integral, y metodología de gestión de casos.

- Propuestas de la ética relacionadas con los derechos humanos, la salvaguarda de la dignidad y los principios fundamentales de la bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. [55, 56]

El modelo de AICP está conformado por dos dimensiones: la Atención Integral (en adelante, AI), y la Atención Centrada en la Persona (en adelante, ACP).

La AI se caracteriza por ser holística y contemplar todos los ámbitos que constituyen a cada persona, así como las necesidades relacionadas con los aspectos biomédicos, psicológicos, sociales y medioambientales [56, 57]. Estas necesidades varían a lo largo del tiempo, por lo que se requiere una evaluación continua de los casos y una adaptación constante de los recursos a cada etapa del proceso [56]. También se debe ofrecer la atención y apoyos requeridos de manera flexible, de tal forma que se puedan adaptar a los diferentes contextos en que se encuentre la persona [56].

Así, la integralidad se logra cuando se ofrece el tipo y la cantidad idóneos de atención en el momento preciso [58]. Esta dimensión es entendida como un principio indispensable para ofrecer una adecuada atención profesional, en la que se consideren todos los ámbitos y necesidades de la persona [56].

Por su parte, la ACP es la atención “que se consigue cuando se pone a la persona como eje sobre el que giran el resto de las dimensiones relacionadas con: la intervención basada en evidencia científica, la organización del servicio, el equipo y la interdisciplinariedad y el ambiente”, según la define la OMS. También se puede definir como aquella atención que “se propone conseguir mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva” [56].

La ACP se basa, por un lado, en garantizar el ejercicio de los derechos y en el respeto a la dignidad de cada persona, independientemente de su edad, ideología, raza, orientación sexual, etc. Esto implica brindar un cuidado integral y personalizado, en el que se ofrezca un trato amable a la persona, se respeten sus hábitos, costumbres y valores, se proteja su intimidad, y se permita que siga tomando decisiones sobre cualquier aspecto de su vida. Por otro lado, la ACP se centra en apoyar los proyectos de vida de cada persona, lo que requiere conocer y respaldar lo que es importante para cada persona en cada momento de

su existencia. También es necesario destacar los logros positivos alcanzados en ésta o en otras etapas de la vida, y escuchar y apoyar las metas de la persona en sus diferentes ámbitos de desarrollo personal y social [59].

Para alcanzar los objetivos mencionados, la ACP “apuesta” por: profesionales con un rol diferente al que han desarrollado tradicionalmente; un ambiente físico agradable, accesible y significativo; actividades terapéuticas con sentido; participación de la persona, y de la familia o personas allegadas, en su plan de atención y vida; y una organización flexible y participativa [57]. En definitiva, la ACP requiere que “las personas destinatarias de los servicios y programas tengan una participación activa en la elaboración y desarrollo de sus planes de atención” [56].

En la siguiente tabla (Tabla I), se muestran los principios del Modelo de AICP y los criterios correspondientes a cada uno de estos principios [56, 57].

Principios del Modelo de AICP	Criterios del Modelo de AICP
Autonomía	Diversidad
Participación	Accesibilidad e Interdisciplinariedad
Integralidad	Globalidad
Individualidad	Atención personalizada y Flexibilidad
Inclusión Social	Proximidad y Enfoque comunitario
Independencia	Prevención y Rehabilitación
Continuidad de atención	Coordinación y Convergencia

Tabla I. Principios y criterios del Modelo de AICP

1.2.3. Calidad de vida

La calidad de vida fue definida por la OMS, en 1994, como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. Hace referencia a un concepto muy amplio en el que influyen la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, su

relación con los elementos esenciales de su entorno, así como sus creencias espirituales, religiosas o personales [60]. Otras definiciones de este concepto, como la aportada por Ferreira en el año 1995, indican la influencia de múltiples factores interrelacionados, como la situación socioeconómica, el clima político, los factores ambientales, la educación o el empleo [61].

Según Yanguas, se trata de “un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos”. Para este autor, la calidad de vida “incluye un número diverso de ámbitos de la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivo” y “otorga un peso específico diferente a los distintos ámbitos de *la* vida considerados más importantes para algunos individuos que para otros” [62].

En el Modelo de Calidad de Vida, propuesto por primera vez por Schalock y Verdugo en el año 2003, se entiende este concepto como “un estado deseado de bienestar personal compuesto por varias dimensiones centrales que están influenciadas por factores personales y ambientales”. Este estado se alcanza “cuando las necesidades personales están satisfechas y existe la posibilidad de desarrollar una vida plena en múltiples facetas, con oportunidades diversas” [56].

En resumen, y tomando como referencia el posicionamiento de numerosos autores expertos en la materia, se considera que las diferentes conceptualizaciones de calidad de vida se definen por su carácter multidimensional, el cual “tiene en cuenta no sólo el funcionamiento físico, la energía y vitalidad personal, sino también el bienestar psicológico y emocional, la ausencia de problemas de comportamiento, el funcionamiento social y el sexual, el apoyo recibido y percibido, junto con la satisfacción con la vida y la percepción del estado de salud” [63]. Así, la calidad de vida comprende diferentes dimensiones, cuya naturaleza y definición varían en función de los autores o modelos consultados.

Estrechamente ligado al concepto de calidad de vida, se encuentra el de calidad de vida relacionada con la salud (en adelante, CVRS). Algunos autores, como Yanguas, consideran que la CVRS es un concepto que se nutre tanto del concepto de calidad de vida como del concepto de salud, agrupando elementos tanto internos como externos a la persona [62]. En la misma línea, Ferreira considera que la CVRS es un subconjunto de los aspectos de calidad de vida relacionados con el dominio de salud [61].

La medición de la calidad de vida o de la CVRS es uno de los parámetros más utilizados en el estudio del estado de salud de la población, o en el análisis de la eficacia y la efectividad de las intervenciones sanitarias [64]. Uno de los instrumentos de evaluación más empleados

para medir la CVRS, tanto a nivel nacional como internacional, es el EuroQol-5D (en adelante, EQ-5D), desarrollado por el Grupo EuroQol y publicado por primera vez en el año 1990 [65]. Se trata de “un instrumento genérico de medición de la CVRS que puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías” [64]. Esta escala cuenta con tres elementos, siendo uno de ellos un sistema descriptivo, a través del cual la persona puede valorar su estado de salud en cinco dimensiones: Movilidad, Cuidado personal, Actividades cotidianas, Dolor/malestar y Ansiedad/depresión [64].

La aplicación de las herramientas de evaluación existentes y el análisis de sus resultados en combinación con los de otras escalas, permitieron recoger la fuerte influencia de la prevalencia de depresión [66] o de enfermedades crónicas en general [67], la pérdida de independencia en las AVD [67-70], el deterioro cognitivo [69, 71], el bienestar a nivel psicológico [63], la percepción del estado de salud [63], el seguimiento de hábitos de vida saludable [63], o la presencia de SPCD [72] sobre la calidad de vida o la CVRS de las personas mayores.

En los estudios consultados también se refleja la relación entre sí de algunas de estas variables, como el nivel de dependencia o independencia en las AVD y la depresión [66], o la asociación de ambas con el deterioro cognitivo [69]. Finalmente, en la bibliografía se recoge la relación entre la edad y la calidad de vida, produciéndose un empeoramiento en la mayor parte de dimensiones de este concepto según aumentan los años de la persona [62, 67]. También se refleja la influencia de otras variables, como el género femenino o el bajo nivel educativo [67].

Como se puede observar, cada vez son más las investigaciones que se dirigen a conocer y entender cómo mejora la calidad de vida de la población diana de este trabajo, la población mayor, desde su propia perspectiva. En este sentido, teniendo en cuenta las definiciones aportadas sobre estos conceptos, cabe señalar que “evaluar la calidad de vida en la persona mayor implica que se adopten diversos criterios de naturaleza multidimensional” [73], por lo que será necesario aplicar, además de los instrumentos mencionados, técnicas cualitativas que permitan indagar en la percepción y valoración de la persona sobre su propia calidad de vida y estado de salud.

Capítulo II.- Estado de la cuestión

Capítulo II.- Estado de la cuestión

Los principales antecedentes de este trabajo de investigación han sido estructurados en tres bloques, para facilitar su lectura y comprensión.

En el primer apartado, se exponen datos estadísticos que reflejan la situación actual de la población mayor, centrándose de forma especial en el contexto de España y de la comunidad autónoma de Galicia.

En el segundo bloque, se muestra la principal evidencia disponible en relación al impacto de las intervenciones de terapia ocupacional con personas mayores, tanto a nivel internacional como nacional, autonómico o local, describiendo para ello los resultados y conclusiones alcanzados en diferentes estudios. De forma previa, se exponen algunas bases teóricas y prácticas de esta disciplina, que han sido tomadas como referencia para la realización de este trabajo, así como las actividades o tipos de intervención que suelen llevar a cabo los terapeutas ocupacionales con la población mayor, indicándose además las finalidades u objetivos de dichas intervenciones.

En el tercer y último apartado, se presentan las aportaciones y beneficios que puede ofrecer a las personas mayores el uso de la tecnología en general y, en particular, el desarrollo de intervenciones terapéuticas que empleen como medio herramientas tecnológicas, haciendo especial hincapié en el uso de las pizarras digitales interactivas y el acceso a Internet. Se describen, además, algunos aspectos de la relación entre este grupo poblacional con las tecnologías de la información y las comunicaciones, como los niveles de acceso y uso de las mismas, o las dificultades que encuentran habitualmente en esta interacción.

II.1. Situación del envejecimiento en España y Galicia

Actualmente, existen 901 millones de personas mayores de 60 años a nivel mundial, lo que representa un 12,3% de la población. Se considera que este porcentaje continuará ascendiendo de forma progresiva en las próximas décadas, hasta situarse en un 21,5% en el año 2050, lo que significará un total de aproximadamente dos mil millones de personas mayores [74].

El envejecimiento progresivo de la población es un fenómeno demográfico experimentado por la mayor parte de países del mundo en las últimas décadas, especialmente por Japón y los países de la Unión Europea (en adelante, UE). Este fenómeno se explica por numerosos motivos, entre los que destaca el descenso en la natalidad, la mejora de las

condiciones sociosanitarias de la población en general y el consecuente aumento en la esperanza de vida, debido a una disminución de las tasas de mortalidad en la población de edad avanzada. España no escapa a este envejecimiento progresivo de la población; por ahora, sus tasas se mantienen por debajo de las de otros países de su contexto como Alemania, Italia, Portugal o Suecia, pero se estima que será el país de la UE que registre un mayor incremento, alcanzando los niveles de Japón, el país con la proporción más elevada de personas mayores del mundo [75].

Así, en la actualidad, las personas de 60 o más años representan un 23,8% sobre el total de la población española, y las de 65 o más años suponen un porcentaje de un 18,4% [76, 77], según reflejan los datos del Instituto Nacional de Estadística (en adelante, INE) correspondientes al año 2015. Tal y como se puede observar en el Gráfico 1, se considera que esta última proporción continuará ascendiendo hasta alcanzar en torno al 38,7% en el año 2060, al aumentar en números absolutos el total de personas mayores y descender en su conjunto el total de la población española [78].

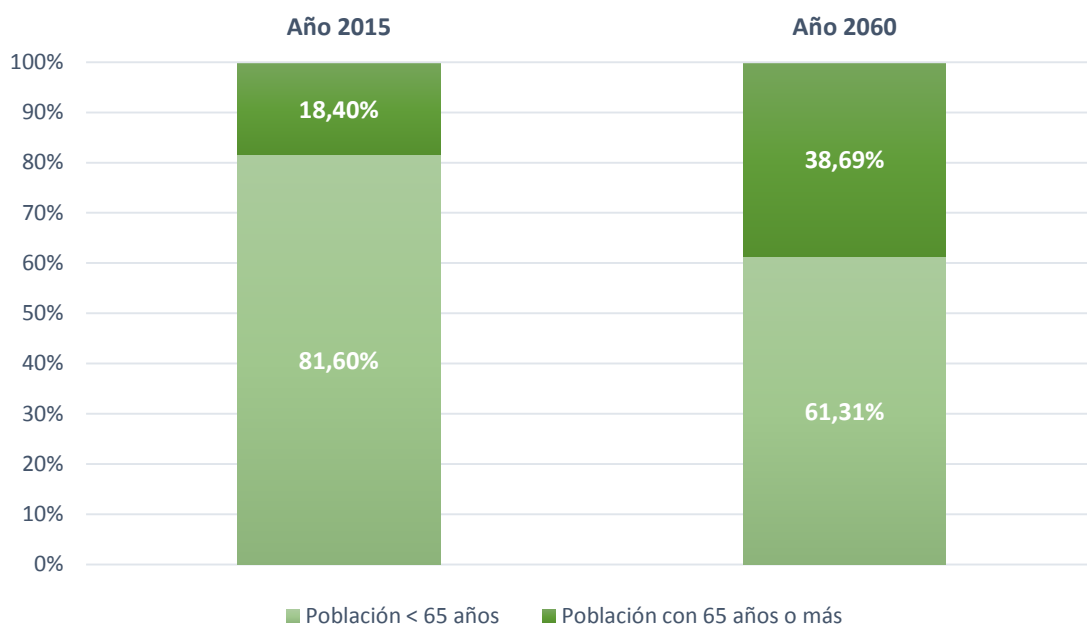


Gráfico 1. Población de 65 años o más en España en el año 2015 y estimación para el año 2060. Gráfico de elaboración propia. Fuente de los datos: INE, 2015

En el Informe España 2013 de la Fundación Encuentro, se recoge que: “en apenas cinco décadas, desde 1960, su número absoluto se multiplicó por más de tres y su participación en la población total se duplicó” [75].

Con respecto a la comunidad autónoma de Galicia, el porcentaje de personas de 60 años o más se sitúa en el 30,1%, lo que supone un total de aproximadamente 823.200 personas y, en concreto, el de aquellas con una edad igual o superior a los 65 años, se sitúa en un 24%, lo que representa a cerca de 656.000 personas [76]. En el siguiente gráfico, se puede comparar este último porcentaje con el total nacional y las proporciones correspondientes al resto de comunidades y ciudades autónomas de España (Gráfico 2).

Población de 65 años o más en España

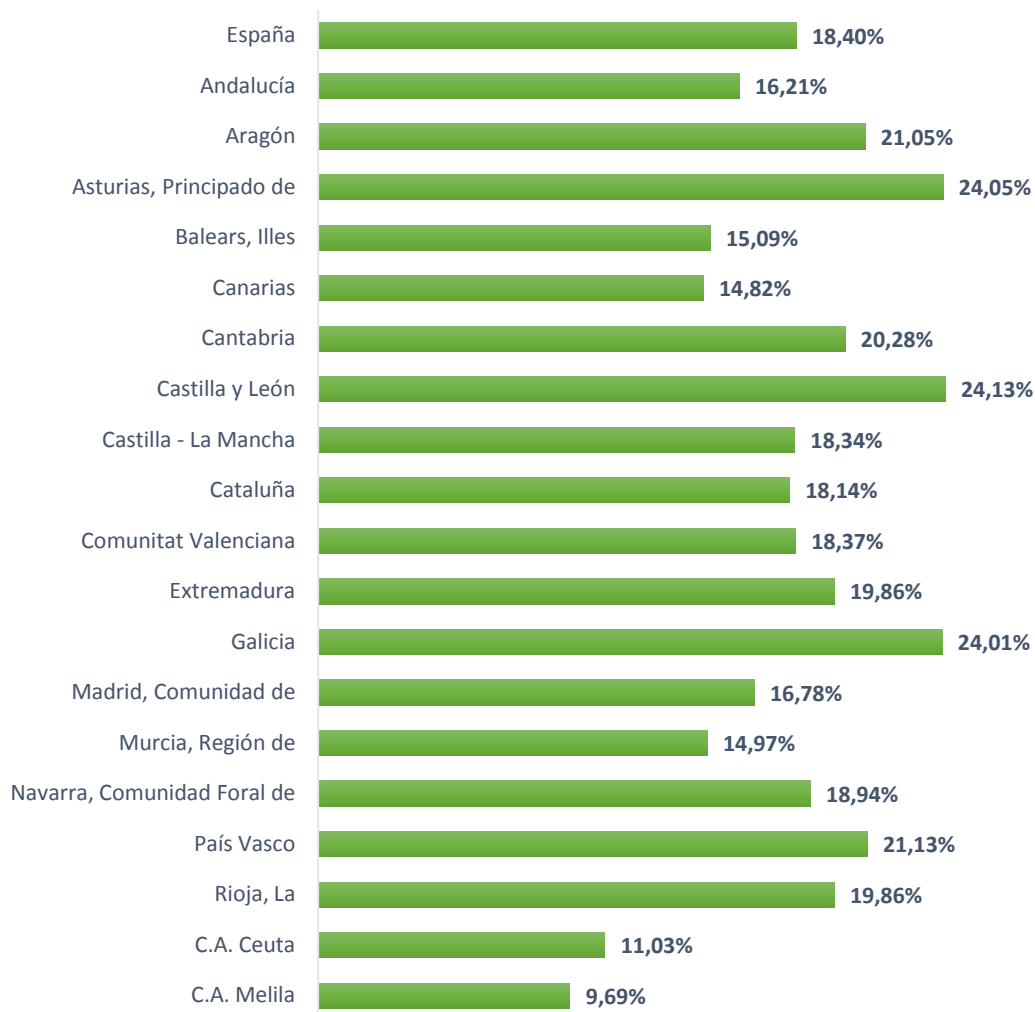


Gráfico 2. Población de 65 años o más en España: total y por comunidades autónomas. Gráfico de elaboración propia. Fuente de los datos: INE, 2015

Así, Galicia se encuentra entre las comunidades autónomas más envejecidas, tanto en números absolutos como relativos, tal y como se puede apreciar en el gráfico anterior y en el que se presenta a continuación (Gráfico 3). En éste, se muestra el mapa de España,

apareciendo resaltadas en color verde oscuro las cinco comunidades que presentan las mayores proporciones de personas mayores con respecto a su población total: Castilla y León, Principado de Asturias, Galicia, País Vasco y Aragón. En color verde claro se reflejan aquellas comunidades que cuentan con un mayor número de personas mayores, en términos absolutos: Cataluña, Andalucía, Comunidad de Madrid, Comunitat Valenciana y Galicia, que ocupa el quinto lugar en la lista.

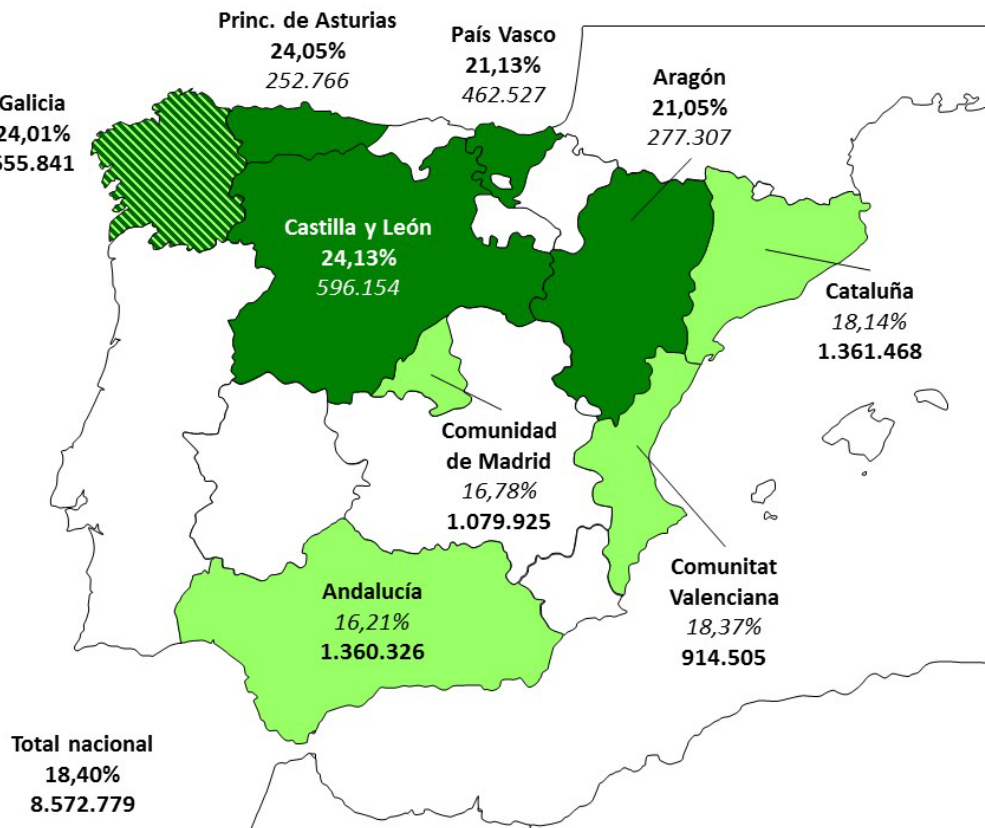


Gráfico 3. Comunidades autónomas de España más envejecidas en números absolutos y relativos. Gráfico de elaboración propia. Fuente de los datos: INE, 2015

En relación a la provincia da Coruña, en la que se desarrolla el presente estudio, residen en torno a 333.000 personas de 60 o más años, de las cuales 263.000 tienen 65 años o más, que representan un 29,6% y un 23,4% sobre el total de habitantes, respectivamente [76].

En el siguiente gráfico (Gráfico 4), se puede comparar la proporción de personas mayores de 60 y 65 años, con respecto al total de la población, en la comunidad autónoma de Galicia y en sus cuatro provincias.

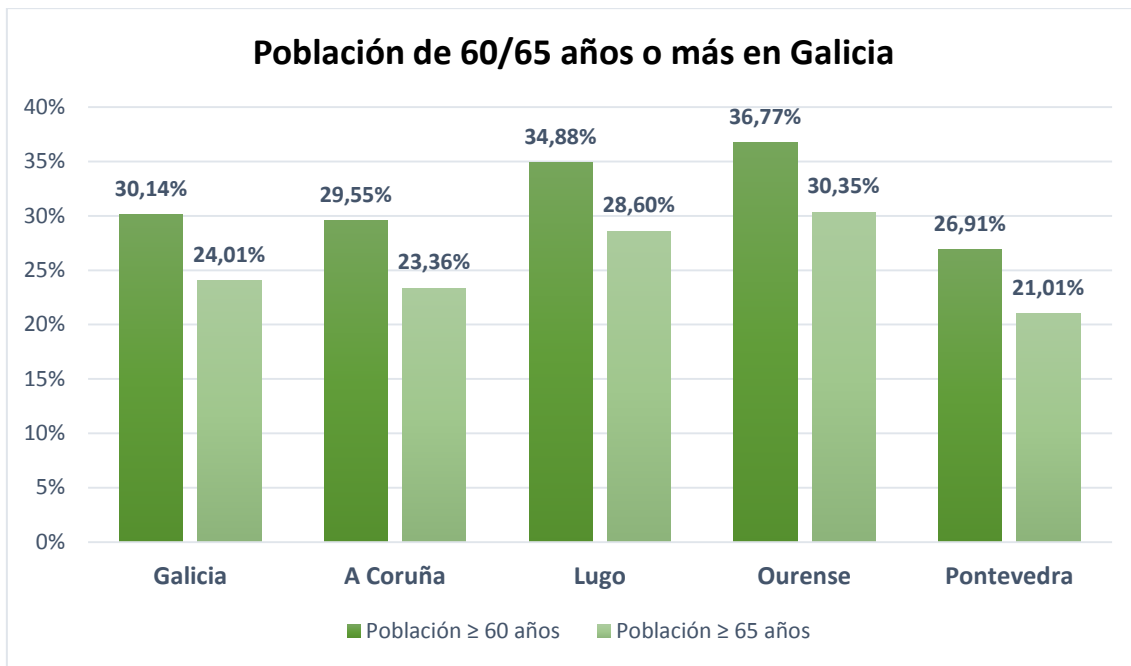


Gráfico 4. Población mayor de 60 y 65 años en la comunidad autónoma de Galicia. Gráfico de elaboración propia. Fuente de los datos: INE, 2015

El envejecimiento progresivo de la población aparece unido a otro fenómeno, que se denomina como el *envejecimiento del envejecimiento*, el cual hace referencia al incremento, tanto en números absolutos como relativos, de las personas de 80 o más años. La proporción de personas que superan esta edad con respecto al total de personas mayores de 65 años y al total nacional, se sitúa en la actualidad en un 31,8% y un 5,85% respectivamente. Esto significa que, en España, hay más de 2 millones de personas con una edad igual o superior a los 80 años, teniendo aproximadamente 450.000 de ellas, 90 años o más [76].

Si se analiza la población mayor de la comunidad autónoma gallega, los porcentajes de aquellos que superan los 80 años, ascienden a 34,31% en relación al número de personas mayores de 65 años, y a 8,24% en relación al total de la población gallega. Las proporciones correspondientes a la provincia de A Coruña se encuentran entre los porcentajes nacionales y autonómicos, siendo de 32,75% y 7,65% respectivamente [76].

Tener más de 80 años se considera uno de los elementos definitorios del concepto de “anciano frágil”, junto a otras condiciones, como vivir solo o aislado, presentar varias enfermedades crónicas, reunir criterios de deterioro funcional, presentar trastornos en la marcha y/o caídas de repetición en el último año, o disponer de escaso apoyo social, entre otras [79].

La esperanza de vida al nacer (en adelante, EV) es uno de los indicadores más utilizados para expresar el estado de salud de la población y su progreso a lo largo de las últimas décadas. En la actualidad, esta esperanza se sitúa, tanto en España como en la comunidad autónoma de Galicia, en los 80 años, siendo de 77 en el caso de la población masculina y 84 en el caso de las mujeres [80].

Si se analiza la esperanza de vida libre de enfermedad crónica (en adelante, EVLEC), el valor desciende a 28 años en la población total nacional, a 31 años en los hombres y a 26 en las mujeres. En el caso de Galicia, los valores se sitúan en 22, 25 y 20 años respectivamente. Por otro lado, la población total española presenta una esperanza de vida en buena salud (en adelante, EVBS) de 55 años, siendo la de la población total gallega de 47. Estos valores se incrementan hasta 57 y 50 años en el caso de los varones, y descienden hasta los 53 y los 44 años en el grupo de las mujeres. Asimismo, resulta de interés conocer la esperanza de vida libre de discapacidad (en adelante, EVLD). En España, este indicador se encuentra en los 72 años, 71 en la población masculina y 73 en la femenina, obteniéndose valores muy similares en la comunidad gallega [80].

Los datos mostrados apuntan, por un lado, a que las mujeres tienden a vivir más años que los hombres, lo cual se ve reflejado en las estadísticas poblacionales, donde se observa que las mujeres representan el 57% del grupo de personas de 65 o más años, y el 64% de aquellos con una edad igual o superior a los 80 años, tanto a nivel nacional como de la comunidad gallega [76].

Por otro lado, los datos indicados anteriormente, señalan que las mujeres presentan valores inferiores a los hombres en todos los indicadores analizados: EVLEC, EVBS y EVLD. De ello, se puede deducir que las mujeres tienden a vivir más años, pero con mayor probabilidad de presentar enfermedades crónicas, o algún tipo de discapacidad.

Además de los indicadores y variables explicados, ha surgido el interés en los últimos años de conocer el bienestar durante la vejez. Este interés radica, por un lado, en que “los países que apoyan el desarrollo humano a través del ciclo de vida de las personas, tienen más posibilidades de tener altas tasas de participación de personas mayores trabajando como voluntarias, y participando activamente en sus comunidades”. Por otro lado, los países deben invertir en apoyar las contribuciones y la experiencia de un grupo cada vez más numeroso de ciudadanos, procurando que cada persona viva su vida “de la mejor manera posible en cada una de las diferentes etapas, con dignidad y libertad de elección” [74].

El bienestar de la población mayor de 60 años se analiza anualmente por el organismo *HelpAge International*. En el informe correspondiente al año 2015, Suiza presenta la puntuación más elevada, situándose a la cabeza de una lista, en la que Afganistán ocupa el último lugar. La posición de Suiza puede explicarse por las políticas y programas que desarrolla en relación al envejecimiento activo y la promoción de salud, capacidades y entornos favorables para las personas mayores. Los primeros puestos de esta lista se corresponden con países industrializados, vinculándose en cambio las puntuaciones más bajas con países que presentan antecedentes de conflictos bélicos (Cisjordania y Gaza, Pakistán y Afganistán) [74].

En este índice, España ocupa el puesto número 25, situándose en las primeras posiciones en el ámbito relativo al estado de salud, al presentar su población una esperanza de vida a los 60 años de 25, una esperanza de vida saludable a los 60 años de 19 y un 95% de personas mayores con un relativo bienestar psicológico. Cabe recordar que la esperanza de vida a los 60 años hace referencia a la cantidad de años que una persona de 60 puede esperar vivir; mientras que la esperanza de vida saludable a los 60 años, indica el número de años que una persona de dicha edad puede esperar vivir en buena salud [74].

España también obtiene puntuaciones positivas, en relación al resto de países analizados, en el dominio de entorno favorable, evaluado a través de los siguientes indicadores: un 86% de las personas mayores de 50 años disponen de familiares o amigos con los que poder contar en caso de tener un problema, un 75% se muestran satisfechas con su libertad para decidir en sus vidas, un 68% están satisfechas con su seguridad física y un 71% con el sistema de transporte público [74].

En cambio, se obtienen peores resultados en los dos dominios restantes. Con respecto a la seguridad en los ingresos económicos, se encuentra que un 31,8% de la población mayor española no está cubierta por una pensión y un 7,1% de los mayores de 60 años reciben ingresos inferiores a la media del país. En relación al dominio de capacidad, se indica que un 43,2% de las personas que tienen entre 55 y 64 años están empleadas y tan sólo un 29,2% de la población con una edad superior a los 60 años ha cursado educación secundaria o universitaria [74].

Finalmente, cabe destacar que este fenómeno demográfico de envejecimiento a nivel mundial puede conllevar aspectos muy positivos, en relación a las numerosas contribuciones que las personas mayores pueden hacer a la sociedad, como ya se ha comentado en anteriores apartados. No obstante, también supone una serie de desafíos a

nivel sanitario, político, económico o social, que la sociedad actual debe prever, tratando de disponer de las estrategias, destrezas y conocimientos necesarios para afrontar su evolución e impacto a todos los niveles.

Fundamentalmente, estos desafíos radican en la inversión de la pirámide poblacional, caracterizada por el descenso de las tasas de natalidad y el incremento de la población mayor, lo cual conlleva una disminución del número de individuos económicamente productivos y un incremento de la proporción de personas que pueden requerir asistencia sanitaria o atención social. Esta situación hace que sea necesaria, e imprescindible, la puesta en marcha de acciones dirigidas a mejorar la salud y la calidad de vida de la población mayor, tanto a nivel objetivo como subjetivo.

Esta necesidad se ve reflejada en las estrategias y líneas de financiación para I+D promovidas en los últimos años por la UE o por otros organismos de referencia a nivel internacional como el Instituto de Salud Americano. Las estrategias adoptadas por estas entidades definen a su vez las acciones fomentadas por el resto de organismos a nivel internacional, nacional o autonómico.

En concreto, la potenciación del envejecimiento activo y de un nuevo modelo de vida saludable basado en este concepto constituye uno de los retos de la Estrategia de Especialización Inteligente en Galicia 2014-2020. En la Prioridad 3.1, se hace incidencia en la aplicación de las tecnologías en el ámbito del envejecimiento activo y saludable y en la promoción de la autonomía personal.

II.2. Personas mayores y terapia ocupacional

La terapia ocupacional (en adelante, TO) se define, según la *World Federation of Occupational Therapists*, como “una profesión sanitaria centrada en el cliente interesada en promover la salud y el bienestar a través de la ocupación” [81].

La *American Occupational Therapy Association* (en adelante, AOTA) entiende que es el “uso terapéutico de las actividades de la vida diaria (ocupaciones) con individuos o grupos con el propósito de mejorar o permitir la participación en roles, hábitos y rutinas en el domicilio, la escuela, el lugar de trabajo, la comunidad, y otros escenarios” [82].

Por otro lado, la *Canadian Association of Occupational Therapists* afirma que la TO es “el arte y la ciencia de permitir la participación en la vida diaria, a través de la ocupación; de permitir que las personas realicen las ocupaciones que fomenten salud y bienestar; y de permitir una

sociedad justa e inclusiva de tal modo que todas las personas puedan participar de acuerdo a su potencial en las ocupaciones diarias de la vida” [83].

Las definiciones enunciadas parten de la comprensión del ser humano como ser ocupacional, resaltando la importancia de su naturaleza e identidad ocupacional en el logro de una vida sana, productiva y satisfactoria [82, 84]. Así, todas las personas, independientemente de sus características individuales, requieren de la ocupación para desarrollarse y expresar la totalidad de su ser, la unión entre el cuerpo, la mente y el espíritu [82, 85].

En las definiciones citadas también se enfatiza la relación entre la ocupación, la participación, y la promoción de la salud y el bienestar. Se entiende que el desempeño y la involucración de las personas en actividades que son significativas para ellas, y que responden a las demandas de su entorno, favorece directamente la mejora de estas dimensiones.

Wilcock y Townsend refieren que “la salud es apoyada y mantenida cuando *las personas* son capaces de participar en el hogar, la escuela, el lugar de trabajo, y la vida comunitaria” [82, 86]. La OMS también reconoce que el estado de salud de una persona se puede ver afectado por la incapacidad para llevar a cabo actividades y participar en las situaciones de la vida [87]. Así, el foco de la disciplina se centra en promover “la salud, el bienestar y la participación en la vida, a través del compromiso con la ocupación” [82].

El concepto de ocupación hace referencia a las “actividades y tareas de la vida diaria, denominadas, organizadas y con un valor y significado concreto para las personas de una determinada cultura” [88]. Se entiende que la ocupación tiene un significado único y especial para cada persona [82], por lo que el valor que se le otorga y la finalidad con la que se lleva a cabo, varían notablemente entre un individuo y otro [89]. En otras definiciones de este concepto se hace referencia a la intencionalidad o propósito como una de sus características esenciales, siendo por lo tanto actividades dirigidas a un objetivo concreto [82, 90, 91]. Se considera, además, que la ocupación humana se produce como resultado de la libre elección de la persona, respondiendo a sus necesidades, deseos, intereses y valores [89] y proporcionándole sentido a su existencia [83, 88]. Se desarrolla y cambia durante toda la vida de la persona [83, 88], extendiéndose a lo largo del tiempo [82, 90].

Este concepto puede incluir la ejecución de múltiples actividades y tareas, y derivar en resultados variados [82], incluyendo todo aquello que hace el ser humano en relación al

cuidado de sí mismo, al disfrute, o a la productividad y contribución económica y social a su comunidad [88].

En el *Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional* (3ª edición), desarrollado por la AOTA, se categoriza a las numerosas ocupaciones desarrolladas por el ser humano en ocho áreas de desempeño, siendo ésta la estructura que se ha tomado como referencia en el desarrollo de la presente tesis: actividades básicas de la vida diaria (en adelante, ABVD); actividades instrumentales de la vida diaria (en adelante, AIVD); descanso y sueño; educación; trabajo; juego; ocio; y participación social [82].

El trabajo realizado por los terapeutas ocupacionales “involucra descubrir con la persona o con el grupo las ocupaciones que le son significativas y hacer posible que las siga realizando” [54], interesándose por la variedad de factores que potencian y hacen posible el compromiso y participación de la persona en ocupaciones positivas, promotoras de su salud [82, 86].

Estos profesionales utilizan su conocimiento sobre la relación entre el ser humano, el entorno y su participación en ocupaciones valiosas, para diseñar intervenciones dirigidas a facilitar el cambio o el desarrollo de determinados factores o habilidades necesarios para una participación exitosa [82].

Por un lado, se entiende que las ocupaciones conforman, y a su vez están conformadas, por los entornos que las rodean [83]. Algunos autores conciben la ocupación como “el diálogo entre el ser humano y su medioambiente” [92]. Por otro lado, se resalta la influencia en este diálogo de la interacción entre las características o factores de la persona, las destrezas de desempeño y los patrones de ejecución [82].

La *Clasificación Internacional del Funcionamiento*, elaborada por la OMS, también establece la relación entre las estructuras y funciones corporales; las actividades y participación, que definen el funcionamiento de la persona tanto a nivel individual como social; y los factores contextuales, los cuales incluyen tanto factores ambientales como personales, que pueden actuar como facilitadores o barreras en dicho funcionamiento [87].

Generalmente, la intervención de TO se centra en la adaptación o modificación de la actividad y/o el contexto, así como en el desarrollo de habilidades para que la persona siga participando en su comunidad y pueda realizar las tareas necesarias para ello, apoyando de este modo su capacidad para involucrarse en las ocupaciones que quiere, necesita o se espera que haga [41, 54, 81].

Por otro lado, la TO también puede presentar un papel de especial importancia en los programas de prevención y promoción de la salud, dirigiendo sus funciones a “promover estilos de vida saludables” y “enfaticar la ocupación como un elemento esencial en las estrategias de promoción de la salud” [93]. Tal y como reflejan Dahlin Ivanoff, Sonn y Svensson, existe suficiente evidencia que resalta la importancia de desarrollar programas dirigidos a prevenir o retrasar dificultades en las ocupaciones diarias de personas mayores con el fin de promover su salud y vida independiente, siendo la educación para la salud una herramienta muy valiosa y útil al respecto [94].

La TO presenta, por lo tanto, un papel doble en el ámbito del envejecimiento activo, al desarrollar, por un lado, estrategias de promoción de la salud y prevención de situaciones de riesgo o dependencia, y facilitar, por otro lado, la participación de la persona en su vida diaria en el caso de presentar algún tipo de disfunción o limitación [55].

Según refiere Alegre, las personas mayores conforman un grupo “especialmente sensible a la disfunción ocupacional” [95], por lo que existen múltiples necesidades a solventar desde esta disciplina, persiguiéndose una gran variedad de objetivos e implementándose diferentes técnicas o actividades para lograr su consecución.

Alegre señala que las causas de esta sensibilidad o vulnerabilidad a la disfunción ocupacional radican, por un lado, en el propio proceso de envejecimiento normal o primario; es decir, en los cambios que se producen a nivel morfológico y fisiológico, que pueden llevar a situaciones de deterioro funcional o dependencia [95]. Por otro lado, se identifica la influencia de la sobreprotección del entorno, frecuente en muchos familiares o cuidadores, o la tendencia al aislamiento social, debido a diferentes motivos, como el fallecimiento de la pareja, o la emancipación de los hijos [95]. Asimismo, se hace referencia a la jubilación, que supone en muchas ocasiones cambios muy relevantes en la vida de la persona y en su desempeño ocupacional: reorganización de su tiempo y su rutina, modificación de hábitos, cambio de roles, reducción de relaciones sociales, reestructuración de las relaciones familiares, etc. [95, 96].

Los resultados alcanzados por Gómez y Gómez corroboran la perspectiva de Alegre. En el estudio que realizaron en varios centros de mayores u hogares del jubilado de una determinada localidad de Toledo, se encontró que un 85% de las personas mayores participantes sería susceptible de algún tipo de intervención de TO, especialmente en el caso de los individuos con depresión, con deterioro cognitivo leve, o de sexo femenino [69].

Uno de los objetivos principales que persigue la TO con las personas mayores es mejorar su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, con el fin de que puedan cumplir con sus funciones u ocupaciones en su hogar o en la comunidad, y logren ajustar su funcionamiento a las necesidades y cambios propios del proceso de envejecimiento [95]. Algunos objetivos específicos relacionados con este objetivo principal giran en torno a la potenciación de determinadas habilidades psíquicas y motoras, o a la mejora de la movilidad y la independencia física [97].

La TO no sólo pretende potenciar la independencia de la persona mayor en su desempeño ocupacional, sino que también busca mejorar o mantener su nivel de seguridad [41]. Otros objetivos principales o generales que busca la TO con las personas mayores son lograr su inclusión en el entorno físico y social que les rodea, fomentando un rol activo y su participación en actividades comunitarias, y promover con ello su autonomía, bienestar y calidad de vida [41]. Para ello, los terapeutas ocupacionales tratan de constituirse como facilitadores de experiencias positivas y metas que aporten un mayor sentido a la vida de la persona [41].

Como ya se ha mencionado, desde esta disciplina también se procura promover la adopción de hábitos de vida saludable y el mantenimiento de un nivel adecuado de actividad, así como la selección de ocupaciones promotoras de salud, siendo éstos los objetivos de algunas de las intervenciones revisadas [41, 98, 99]. Para ello, se requieren servicios e información accesibles que permitan a la persona mayor, y a sus cuidadores, desarrollar estrategias que lo ayuden a conocer principios básicos sobre cómo cuidar su salud y mantener un nivel óptimo de actividad en su vida [54].

Las actividades que se llevan a cabo, o las técnicas que se emplean, para alcanzar los objetivos mencionados, son múltiples y diversas. Berrueta, Ojer y Trébol organizan las posibles intervenciones de TO en el ámbito de la gerontología en tres enfoques:

- Enfoque preventivo: Se dirige a mantener el estado de salud de la persona mayor, y prevenir su posible deterioro a nivel funcional.
- Enfoque adaptador: Se basa en el uso de estrategias compensatorias, que ayuden a la persona a enfrentar las limitaciones derivadas de la situación de discapacidad o dependencia en que pueda encontrarse.
- Enfoque recuperador: Comprende aquellas intervenciones en las que se utilizan técnicas de rehabilitación para ayudar al individuo a recuperar su función máxima [41].

El Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional estructura la intervención en cinco aproximaciones o enfoques:

- *Crear, promover - Promoción de la salud:* En este enfoque, no se asume la presencia de ninguna discapacidad o de cualquier otro aspecto que interfiera con el desempeño de la persona. Comprende intervenciones diseñadas para proporcionar experiencias enriquecedoras en relación con el entorno y la actividad, que mejoren el rendimiento de la persona en los contextos naturales de su vida.
- *Prevenir - Prevención de la discapacidad:* Su finalidad es atender las necesidades de los usuarios, con o sin discapacidad, que estén en riesgo de presentar problemas en el desempeño ocupacional, evitando la aparición o evolución de factores que puedan actuar como barreras en dicho desempeño.
- *Establecer, restaurar - Restauración:* Las acciones realizadas desde este enfoque se dirigen a establecer destrezas o habilidades que no habían sido desarrolladas previamente, o a restaurarlas en el caso de que se hayan visto afectadas.
- *Mantener - Mantenimiento:* Tiene como objetivo ofrecer los apoyos necesarios para que la persona mantenga sus capacidades de funcionamiento. Se basa en la premisa de que si no se desarrollase la intervención de mantenimiento de forma continua, el rendimiento de la persona disminuiría, y sus necesidades ocupacionales no se verían cubiertas, lo que afectaría a su salud, bienestar y calidad de vida.
- *Modificar - Compensación, adaptación:* Este enfoque se dirige a la búsqueda de vías que permitan adaptar el contexto o las demandas de la actividad, con el fin de apoyar el desempeño en el escenario natural en que se desarrolla la persona [82].

Con respecto al enfoque preventivo, estos profesionales participan en el área de la prevención primaria, junto con otros profesionales, en acciones de promoción de la salud y de prevención de posibles complicaciones o situaciones de dependencia. Entre estas acciones se encuentran: cursos de preparación para la jubilación; orientación sobre indicaciones y contraindicaciones en la realización de las AVD, o de actividades físicas, así como orientación sobre elección y adaptación adecuada de dichas actividades; proyectos dirigidos a la inclusión de las personas mayores en la comunidad; asesoramiento e implementación de actividades de ocio y tiempo libre; o programas de educación para la salud destinados a personas mayores y a sus familiares [41].

En esta área, los terapeutas ocupacionales también coordinan y desarrollan proyectos de eliminación de barreras arquitectónicas y de mejora de la accesibilidad en la comunidad [41]. Realizan, además, visitas domiciliarias en las que se evalúa la accesibilidad del hogar de la persona mayor, como ya se ha explicado anteriormente, sugiriendo las adaptaciones que sean necesarias para facilitar su desempeño ocupacional y prevenir posibles situaciones de riesgo, como caídas u otro tipo de accidentes [41, 100, 101]. La prevención de las caídas o del deterioro en general de la persona es una de las principales acciones de la TO en el campo de la prevención [102], siendo una de las preocupaciones más habituales en la población mayor, especialmente, en el caso de aquellas personas que viven solas o que pasan mucho tiempo sin compañía.

Por otro lado, estos profesionales cumplen con una función terapéutica en los niveles de prevención secundaria y terciaria, llevando a cabo acciones dirigidas a conseguir la máxima expresión de las capacidades y potencialidades psíquicas y físicas de la persona, y su integración sociocultural. Ejemplos de estas acciones son: actividades dirigidas al desarrollo, mejora y/o mantenimiento de capacidades a nivel cognitivo, perceptivo-motor, comunicativo o de interacción; formación y asesoramiento de grupo de autoayuda y de familiares; programas de acompañamiento terapéutico, o de asistencia a pacientes que estén recibiendo cuidados paliativos; o proyectos dirigidos a la eliminación de barreras arquitectónicas [41].

Los terapeutas ocupacionales se encargan también de la prescripción y confección de los productos de apoyo que requiera la persona para su desempeño ocupacional y del entrenamiento en su utilización [24, 41]. Se considera que esta estrategia de intervención “puede compensar pérdidas y prevenir riesgos y lesiones”, evitando o retrasando la aparición de situaciones de dependencia [24].

También llevan a cabo frecuentemente actividades de asesoramiento dirigidas a la propia población mayor [103], a los miembros de su familia o a sus cuidadores o a otros profesionales del equipo interdisciplinar con el fin de informar sobre posibles adaptaciones o contraindicaciones en la realización de determinadas actividades, o pautas de adaptación del entorno [41, 101].

En cada uno de los niveles de prevención, los terapeutas ocupacionales desarrollan además funciones diagnósticas, llevando a cabo acciones dirigidas a conocer las características, intereses y necesidades a nivel ocupacional de una comunidad o grupo, y detectar precozmente ciertos procesos patológicos incipientes (Prevención primaria), o a descubrir

los signos y síntomas relacionados con las disfunciones que presente la persona en las áreas de ocupación (Prevención secundaria y terciaria) [41].

Dentro de las estrategias de compensación o adaptación, correspondientes al enfoque adaptador, destacan las acciones de evaluación y modificación del entorno o domicilio de la persona mayor, las cuales se dirigen a mejorar la accesibilidad y la seguridad en la realización de las actividades de la vida diaria [100, 101]. Este tipo de intervenciones tienen, además, como objetivo reducir el riesgo de la persona a sufrir una caída [100].

El campo de actuación de la TO también contempla el entrenamiento en las actividades de la vida diaria y la planificación y realización de actividades de ocio terapéutico. Asimismo, existen multitud de programas de TO basados en el entrenamiento funcional y de habilidades a nivel individual o grupal, siendo algunas de las técnicas utilizadas la estimulación cognitiva, la terapia de orientación a la realidad, la reminiscencia, el entrenamiento o realización de ejercicios de tipo físico, la gerontogimnasia o la psicomotricidad [41, 69, 104, 105].

Según la naturaleza y la finalidad que persigan las intervenciones citadas, pueden enmarcarse en uno o más de los enfoques descritos anteriormente.

Por un lado, pueden dirigirse a establecer o restaurar determinadas destrezas o habilidades que no hayan sido desarrolladas previamente en la persona, o que se hayan visto afectadas, o a mantener las capacidades necesarias para su desempeño ocupacional actual, siguiendo en ese caso un enfoque recuperador o de mantenimiento.

Por otro lado, estas actividades pueden encuadrarse en el enfoque preventivo y de promoción de la salud, el cual se implementa con personas que no presentan ninguna discapacidad o disfunción ocupacional, o que se encuentran en riesgo de presentar problemas en su desempeño ocupacional.

En el caso de que la intervención comprenda la adaptación de las demandas de la actividad o de los materiales necesarios para su realización, o la utilización de técnicas compensatorias, en relación a las ABVD, al ocio o a cualquier otra área de desempeño ocupacional, se enmarcaría en el enfoque adaptador o compensatorio.

Otras de las técnicas que se emplean en gran medida en las intervenciones de TO con población mayor son la estimulación sensorial [101, 106], la musicoterapia [107] y la terapia asistida con animales [107, 108]. Son técnicas que suelen requerir una formación específica por parte de los profesionales que las emplean, siendo generalmente equipos

interdisciplinarios, conformados por terapeutas ocupacionales y otros profesionales. Todas ellas presentan numerosos beneficios, existiendo multitud de investigaciones y experiencias, tanto a nivel internacional como nacional, autonómico o local, que ofrecen evidencia de ello [101, 106, 107, 108].

Finalmente, existen algunas experiencias basadas en la utilización de la tecnología como medio de intervención, lo cual permite responder a diferentes necesidades a nivel ocupacional, tal y como se refleja en el siguiente apartado de esta memoria.

Las actividades y estrategias de intervención expuestas pueden ser desarrolladas en diferentes recursos y dispositivos, tanto en el medio comunitario como institucional. Estos recursos incluyen: residencias; centros de día; hospitales de día; asociación de personas afectadas y/o familiares; unidades de memoria; clubes, asociaciones y centros socioculturales; bibliotecas o ludotecas; clínicas de rehabilitación geriátrica; consultorios externos o servicios de geriatría de hospitales generales o específicos; unidades de hospitalización geriátrica; grupos de autoayuda; servicios de atención domiciliaria; viviendas tuteladas; servicios sociales de base [41].

Como se ha podido constatar, las funciones de los terapeutas ocupacionales también atañen a todos los niveles asistenciales, siendo específicas en cada uno de ellos. No obstante, la presencia de esta figura profesional en los distintos dispositivos y niveles de atención no es homogénea, presentando una mayor representatividad en recursos de tipo institucional, especialmente residencias y centros de día.

Los beneficios o efectos de las intervenciones de TO con personas mayores son también múltiples y variados, correspondiéndose con los objetivos y actividades explicados previamente.

En primer lugar, cabe mencionar que numerosas investigaciones realizadas en las últimas décadas han demostrado que estos beneficios se extienden a diferentes áreas del funcionamiento ocupacional o en las actividades de la vida diaria [98, 99, 104, 108-112], en concreto, en relación a ABVD como el baño o ducha, el vestido o ir al retrete [108] o a la prevención de caídas en la realización de las ocupaciones cotidianas [112].

En este sentido, se ha comprobado que la eficacia de la TO es significativa y positiva con respecto a los niveles de competencia, autonomía, satisfacción y autosuficiencia en el desempeño de dichas actividades [104, 113, 114], así como de satisfacción con la propia vida [98, 99].

En relación al comportamiento ocupacional, aspecto de interés en la presente tesis, no se han encontrado apenas estudios que hayan valorado esta variable. Una de las pocas referencias localizadas, hace alusión a que juega un papel de especial relevancia en la satisfacción vital de las personas mayores [115]. Sin embargo, en dicho estudio, el comportamiento ocupacional se define desde el *Modelo de Ocupación Humana* de Kielhofner, y se entiende como el tipo, la cantidad y la significatividad de las actividades realizadas por la persona. En cambio, en la presente tesis doctoral se entiende como las conductas necesarias para interactuar con los objetos y el entorno, y desempeñar las ocupaciones diarias de la persona [116].

Por otro lado, en estudios recientes se han observado beneficios en torno al estado mental de la persona o su comunicación [98, 99, 109], así como mejoras en el bienestar psicosocial de la persona [110] y en su salud a nivel físico [98, 99].

Son múltiples los estudios en los que se recoge un impacto significativo de la TO en el mantenimiento o la estimulación de las capacidades cognitivas de las personas mayores, como la orientación espacial, o la atención y la concentración [108], registrándose incluso efectos positivos sobre el avance de los síntomas cognitivos o los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia, especialmente en las etapas iniciales de este trastorno [101, 105].

También se ha demostrado que las intervenciones de TO basadas en la estimulación sensorial, conllevan mejoras estadísticamente significativas en los problemas de comportamiento de personas mayores con demencia, además de efectos sobre otros parámetros [101, 106].

Por otro lado, los programas de TO pueden generar una mejora significativa en la calidad de vida o la CVRS de las personas mayores participantes, en dimensiones como el funcionamiento físico, social, psicológico o mental, el rol emocional, el afecto positivo o negativo, el sentimiento de pertenencia, el dolor corporal, o la independencia en el autocuidado, así como en dimensiones vinculadas con el entorno y la vitalidad [98, 99, 103, 105, 112, 117, 118, 119].

En algunos de los estudios consultados, se encontraron además diferencias estadísticamente significativas al comparar los resultados del grupo experimental con los de uno o varios grupos control [98, 99, 105, 117, 118] o al realizar mediciones de seguimiento a largo plazo [117, 118], aspecto que permite establecer conclusiones más determinantes con respecto al impacto de la TO en la calidad de vida de las personas mayores.

Además, la revisión bibliográfica realizada muestra la rentabilidad de estas intervenciones a nivel económico, suponiendo menores costes que otras terapias (médicas, farmacológicas o de enfermería) o que la contratación de otros profesionales (por ejemplo, cuidadores profesionales), y retrasando en algunos casos la institucionalización de la persona durante períodos prolongados de tiempo [101, 120].

Finalmente, se han encontrado beneficios relacionados con el sentido de competencia de los cuidadores de personas mayores con dependencia y con una disminución de su sentimiento de carga, tras la implementación de programas de TO basados en la comunidad [111] o en el asesoramiento y ofrecimiento de recomendaciones vinculadas con la modificación del entorno, o la asistencia basada en la comunidad [103]. Asimismo, se han observado mejoras en la calidad de vida de cuidadores, que se mantienen al realizar evaluaciones de seguimiento a largo plazo [118].

En concreto, existe evidencia de la efectividad de los programas de TO en los que se integra a familiares y cuidadores, así como en aquellos en que se combinan diferentes técnicas o tipos de intervención [101]. Con respecto a las intervenciones de estimulación cognitiva, estudios previos recogen una mayor efectividad de aquellas que se realizan con grupos pequeños en el caso de personas con demencia leve y moderada [101]. También se señala en la bibliografía la importancia de la estructuración de las actividades y de la implementación de intervenciones centradas en la persona, con el fin de lograr efectos más positivos, tanto en la persona mayor como en su entorno próximo [101].

En resumen, los resultados arrojados por estos estudios apoyan el uso de la actividad y la ocupación con grupos de personas mayores para mejorar diferentes aspectos de su bienestar, su estado de salud o su calidad de vida. No obstante, cabe señalar que “no es la actividad ‘per se’ lo que aumenta la salud y el bienestar”, sino que las mejoras se relacionan con las características de la propia intervención de TO, distinguida por ser significativa y adaptarse al contexto y a la vida cotidiana de la persona, tal y como se refleja en los resultados obtenidos por Clark y otros autores [117].

En base a todo lo expuesto, se considera que los terapeutas ocupacionales pueden realizar una “intervención global que abarca los múltiples aspectos y determinantes del envejecimiento activo” [24], concibiendo en todo momento “a la persona mayor como un miembro activo y participativo en su entorno social, cultural y espiritual” [95]. Los estudios de investigación y las obras teóricas consultadas ofrecen una base sólida y firme que evidencia los múltiples beneficios y aportaciones de esta disciplina en su trabajo con las

personas mayores, definiéndose además los principales objetivos a alcanzar y posibles áreas de intervención, muchos de ellos relacionados con los principios y fundamentos del EA, la AICP y la calidad de vida.

II.3. Personas mayores y tecnologías de la información y las comunicaciones

Las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) pueden ofrecer, en general, numerosos beneficios para las personas mayores y, en concreto, en relación a su envejecimiento activo. Algunos estudios muestran las oportunidades que puede proporcionar el acceso a Internet en relación a la comunicación y la socialización, contribuyendo a establecer redes de apoyo social y a evitar el aislamiento y la soledad [121-124].

Según reflejan estos estudios, la tecnología les permite a los mayores mejorar su participación social y comunicarse con familiares o amigos de manera fácil, con un bajo costo y con una mayor frecuencia, a través del email, el chat o las videoconferencias [121]. Por otro lado, los ordenadores e Internet ofrecen la posibilidad de llevar a cabo actividades de ocio, que les permiten distraerse y alejarse de sus sentimientos de soledad [123].

En la bibliografía también se reflejan las posibilidades que brinda Internet en relación a la exploración de aficiones e intereses [121], la utilización de servicios financieros online [122, 125], la realización de compras a distancia [122], o el acceso a recursos comunitarios, como servicios sanitarios o sociales [121, 125].

Además, diferentes estudios inciden en que Internet puede ofrecer a las personas mayores el acceso a todo tipo de información de su interés, turística, de consumo o sanitaria, por ejemplo [121, 125]. En concreto, existe una gran disponibilidad de páginas web, blogs, redes sociales, etc. que recogen información vinculada con la salud. Ya hace más de una década, DeOllos y Morris indicaron que la población mayor también podría beneficiarse, igual que el resto de ciudadanos, de esta clase de recursos y de una cantidad cada vez mayor de este tipo de datos [126]. Así, el acceso a través de Internet a información relacionada con la salud, de forma sencilla y accesible, puede ser una importante estrategia en la promoción de la calidad de vida de este grupo poblacional y la búsqueda de medidas preventivas, convirtiéndose además en una fuente de empoderamiento para las personas mayores [122].

Existe evidencia, por otro lado, de que las sesiones educativas en grupo pueden mejorar la adquisición de conocimientos, la satisfacción de los usuarios, o la adherencia a los

tratamientos, aunque el impacto sobre los resultados clínicos o la disminución de síntomas sea más discreto. También hay bibliografía que refleja que proporcionar información escrita, en combinación con otras intervenciones, mejora la efectividad de los programas educativos que se lleven a cabo con la población mayor [127].

Asimismo, las TIC pueden jugar un papel de especial relevancia en el desarrollo de programas de educación y promoción de la salud, ofreciendo numerosos recursos (vídeos, imágenes, información escrita, actividades interactivas, etc.) a través de los cuales se puede ofrecer información de interés para las personas mayores. Algunos estudios han valorado el uso de la tecnología como vía educativa [127], pero son escasas las investigaciones que han examinado su efecto sobre otros aspectos de la calidad de vida o la salud de las personas mayores. Así, la evidencia sobre la efectividad del uso de diferentes tecnologías en la intervención con personas mayores es, por ahora, insuficiente [127].

Finalmente, en algunos estudios se ha demostrado un impacto significativo del uso de la tecnología o de la realización de intervenciones a través de herramientas tecnológicas, en la estimulación o mantenimiento de ciertas capacidades cognitivas en la población mayor [128-131]. Por ejemplo, en un estudio preliminar llevado a cabo en Estados Unidos con un grupo de personas diagnosticadas de demencia grave o moderada, se observó que la combinación del entrenamiento cognitivo interactivo con el entrenamiento mediante programas asistidos por ordenador, conseguía reducir de forma efectiva el deterioro cognitivo, mejorando incluso algunas funciones intelectuales o conductuales [131].

En resumen, las TIC pueden simplificar la realización de numerosas actividades diarias y abrir un gran abanico de posibilidades a nivel de ocio o participación social [128, 129]. Son elementos que, desde hace varios años, “forman parte de nuestra vida cotidiana, jugando un papel de especial relevancia en prácticamente la totalidad de sectores y ámbitos” [132]. Por ello, también pueden brindar la oportunidad a las personas mayores de participar de una manera más activa en diferentes ámbitos de la sociedad, fomentando su inclusión en el proceso de construcción comunitaria y otorgándoles un mayor protagonismo en su entorno social.

Como ya se ha comentado previamente, la tecnología ofrece también multitud de oportunidades para el acceso a todo tipo de información por parte de las personas mayores, y para el desarrollo de programas de educación y promoción de la salud. La tecnología se constituye así como un medio a través del cual la ciudadanía en general y, en concreto, las personas mayores, pueden mejorar su independencia y autonomía en las diferentes áreas

del desempeño ocupacional, incrementando sus oportunidades para participar en actividades significativas dentro de su entorno, y favoreciendo, en definitiva, su crecimiento y desarrollo personal. Se erigen también como una herramienta con un gran potencial para ser empleada en las intervenciones con esta población desde la terapia ocupacional y otras disciplinas, así como en el desarrollo de programas de envejecimiento activo y saludable.

Sin embargo, existen una serie de dificultades con las que se encuentran habitualmente las personas mayores en la interacción con las TIC, que explican en cierto modo que sean uno de los grupos poblacionales que menor acceso y uso hace del ordenador, de Internet o de los dispositivos móviles. Así, “los datos estadísticos ponen de manifiesto que los mayores utilizan la tecnología en menor grado que el resto de la población” [133].

A esta situación de exclusión que experimentan diferentes grupos poblacionales, ante el proceso de innovación y desarrollo tecnológico que tiene lugar en la sociedad actual, se le conoce con el término de brecha digital. Se define este fenómeno como la desigualdad generada como consecuencia de la falta de integración de determinados grupos de ciudadanos en las tecnologías y, con ello, en una nueva sociedad que se está configurando cada día [134]. La brecha digital no sólo implica factores de tipo tecnológico; este fenómeno abarca una gran variedad de aspectos sociales, educativos y económicos, entre otros [135], afectando a un porcentaje considerable de la población. Algunos de los grupos poblacionales más afectados por este fenómeno son las personas mayores o las personas con diversidad funcional, existiendo también otros factores determinantes en el acceso y uso de las TIC, como son el bajo nivel educativo y formativo, o la escasez de recursos económicos.

La mayor parte de las dificultades que encuentran las personas para acceder y emplear las tecnologías se relacionan con su diseño, entre las que destacan las siguientes: textos con un tamaño de fuente reducido; determinados colores de fuente o de fondo que dificultan la lectura; imágenes de fondo en las páginas web que impiden la legibilidad del texto; desorden visual de los elementos de una página web o aplicación; presentación de información irrelevante o mediante un único canal de entrada (sólo texto, imagen, sonido y/o vídeo); o exceso de animaciones o de publicidad que no son de interés para la persona [125].

Las dificultades mencionadas anteriormente se ven acrecentadas al unirse con otras derivadas del propio proceso de envejecimiento o del estado de salud que pueda presentar la persona mayor. En este sentido, se citan, entre otras, posibles limitaciones en el

aprendizaje de un entorno desconocido, problemas conceptuales de comprensión sobre el uso del ratón, la presencia de restricciones a nivel físico que dificulten la manipulación del ratón o el teclado, o dificultades de atención o memoria, entre otras [125]. Estas alteraciones no son habitualmente contempladas en el diseño y producción de las aplicaciones informáticas, impidiendo que se pueda garantizar su accesibilidad y usabilidad por parte de todas las personas mayores que estén interesadas [134].

Además, existen ciertas dificultades que se vinculan con otros aspectos intrínsecos a la persona, como puede ser la falta de experiencia con el uso de teclados o máquinas de escribir [125], la falta de dominio o control [136] o el desconocimiento de las posibilidades que pueden ofrecer las TIC, lo que deriva en muchas ocasiones en una falta de interés y motivación hacia el uso de la tecnología por parte de las personas mayores, o en actitudes de miedo y rechazo [136]. Los principales factores que explican este rechazo se relacionan con “el temor a la desconocido” y con “la complejidad y el desconocimiento o falta de información sobre las funciones y el modo para ejecutarlas” [133].

Así, las tecnologías no siempre son recibidas de manera positiva por las personas mayores, y esto se produce como consecuencia, principalmente, de “su complejidad para operar, sus elevados costes, y sobre todo, su incapacidad histórica para satisfacer las necesidades y expectativas del usuario final” [137]. Esta situación genera la necesidad de desarrollar productos y entornos tecnológicos cuyo diseño esté centrado en el usuario final, en este caso, las personas mayores; contemplando factores como el coste económico o las posibles limitaciones que puedan aparecer en el curso del envejecimiento (por ejemplo, la fatiga, la ansiedad, la pérdida de memoria, o alteraciones sensoriales), tratando además de profundizar en las necesidades e intereses de esta población [137].

En relación con la falta de experiencia o de conocimientos y destrezas asociados al uso del ordenador o Internet, se evidencia la necesidad de llevar a cabo procesos de formación o entrenamiento más largos [125], en los que se proporcione la suficiente información sobre el manejo del ordenador y su aplicación en la vida diaria [122]. La falta de formación y de conocimientos informáticos, tanto a nivel teórico como práctico, es otro de los obstáculos que restringen el acceso y uso de las TIC [136], considerando muchas personas mayores que “sus conocimientos de informática no son suficientes” [130].

En este sentido, una de las líneas de actuación a seguir es la formación o alfabetización digital. Este término hace referencia a una serie de “acciones formativas dirigidas al desarrollo de habilidades técnicas, sociales y éticas relativas al uso de las TIC” [138].

A la hora de llevar a cabo este tipo de iniciativas, resulta de especial relevancia adaptar la metodología y los recursos empleados a las características de la población mayor (capacidades, ritmos de aprendizaje, intereses, necesidades, potencialidades, etc.), y desarrollar los procesos de formación de manera individualizada. Tal y como se demostró en un estudio realizado por Groba y Nieto con un grupo de personas mayores de un centro de día de la ciudad de A Coruña, la aplicación de una metodología individualizada y adaptada específicamente a la población diana, así como el uso de recursos y materiales accesibles, hace posible una adquisición significativa de conocimientos y destrezas para el manejo de las TIC [128, 129, 139]. En esta investigación, se plantea además desarrollar metodologías de formación que no se centren únicamente en la capacitación tecnológica y en el manejo de los programas informáticos, sino que se dirijan a favorecer “la aplicación real de estos conocimientos en la vida diaria” de las personas mayores, contribuyendo a satisfacer sus necesidades o expectativas [128].

Por un lado, las iniciativas o acciones de alfabetización digital se basan en el principio de “aprendizaje a lo largo de toda la vida”, uno de los pilares del EA, como ya se ha comentado anteriormente. Este principio hace referencia a no limitar la enseñanza o el aprendizaje a las primeras etapas de la vida, extendiéndolo a todos los períodos del ciclo vital, incluida la vejez, con el fin de responder a los rápidos cambios sociales que se producen día a día, y a las diferentes necesidades que presenten los ciudadanos. Tal y como señala Boarini, “todos los actores sociales necesitan de una formación permanente para desempeñarse en cada momento de sus vidas en esta sociedad” [140].

Por otro lado, en la *Declaración de Principios de la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información*, celebrada en las ciudades de Ginebra, en el año 2003, y en Túnez, en 2005, se recoge que los esfuerzos deben dirigirse a “construir una Sociedad de la Información (...) en que todos puedan crear, consultar, utilizar y compartir la información y el conocimiento, para que las personas, las comunidades y los pueblos puedan emplear plenamente sus posibilidades en la promoción de su desarrollo sostenible y en la mejora de su calidad de vida” [141].

Además de la alfabetización digital, existen otras líneas de actuación que tratan de acercar a la población mayor los beneficios ofrecidos por la tecnología. Dentro de estas líneas destaca el uso de sistemas de teleasistencia o teleprevención [142, 143] y el desarrollo de software accesible para personas mayores o con diversidad funcional, como el programa

In-TIC, el cual permite, a través de teclados virtuales, la personalización y adaptación del ordenador en función de las necesidades, capacidades e intereses de la persona [132, 144].

Otra línea de actuación es la utilización de videojuegos como medio de intervención, empleando dispositivos como la Xbox 360 [145] o la Nintendo Wii [146]. Estas intervenciones suelen dirigirse a la estimulación o entrenamiento de determinados componentes físicos, cognitivos, psicológicos o incluso sociales, que se traduzcan en un mejor funcionamiento de la persona en sus actividades de la vida diaria.

En base a todo lo anteriormente expuesto, se ha indagado sobre la utilización de las pizarras digitales interactivas (en adelante, PDI) con personas mayores, así como sobre su uso como herramienta de intervención o como medio de desarrollo de programas de educación o de promoción para la salud.

La PDI se define, según Dulac, como “una pantalla interactiva de gran tamaño desde la que se gestiona un ordenador” [147, 148]. Se trata, por lo tanto, de un sistema tecnológico que permite proyectar contenidos educativos o de otro tipo e interactuar con ellos directamente sobre la superficie de proyección. Los investigadores de este trabajo consideran que sus características pueden ofrecer un gran número de posibilidades a las personas mayores, en relación con la accesibilidad y usabilidad en el manejo de la tecnología, y la posibilidad de realizar actividades grupales de todo tipo.

La revisión de la bibliografía encontrada, permitió constatar que existe cada vez más documentación sobre la utilización de esta herramienta en el ámbito de la educación, reflejándose numerosas experiencias de uso y beneficios derivados de las mismas [148, 149]. También se hallaron algunos estudios que han analizado el impacto de esta tecnología en la coordinación y la comunicación dentro del ámbito hospitalario [150]. En otros casos, se ha estudiado el uso de las PDI como medio de intervención con personas con trastorno del espectro del autismo, con discapacidad intelectual, o con otro tipo de trastorno de salud mental [151, 152].

No obstante, la bibliografía disponible sobre la utilización de este tipo de herramientas tecnológicas en el ámbito social o sanitario, es escasa. Y se reduce en mayor medida al vincularla con la población mayor. Tan sólo se han podido localizar dos experiencias en España en las que se esté empleando la PDI para intervenir con personas mayores.

Una de ellas se desarrolla en una residencia de personas mayores de Bilbao; tal y como refiere el psicólogo del centro, se hace posible la realización de actividades a través de un “modelo grupal con contenidos digitales proyectados en la pizarra digital”. Esta

herramienta permite “solventar los problemas de visión típicos de la edad”, favorece la psicoestimulación, y facilita la organización y clasificación del material con el que se va a trabajar. Entre sus beneficios también se incluye la posibilidad de adaptar material ya disponible en Internet, haciéndolo más accesible, y de guardarlo y reutilizarlo siempre que se quiera; así como la oportunidad de emplear vías alternativas al lenguaje escrito. En esta residencia la PDI se utiliza fundamentalmente como herramienta de estimulación cognitiva, registrándose niveles elevados de aceptación y satisfacción tanto en los profesionales como en los usuarios del recurso. Se identifican además posibles beneficios en torno a la tolerancia a la frustración de las personas mayores, al solventarse ciertas barreras que tienden a encontrarse a la hora de completar fichas en papel [153].

La otra experiencia localizada se desarrolla en una residencia y un centro de día de atención a personas con enfermedad de Alzheimer de la comunidad de Madrid, dirigiéndose a personas con deterioro cognitivo leve, moderado y severo. Tiene como objetivo mejorar su calidad de vida, a través del fomento de las capacidades cognitivas, funcionales, sociales, sensoriales y motrices. Se trata de un programa de actividades a través de una pizarra digital, que incluye entrenamiento en ABVD y AIVD; entrenamiento para la mejora de la movilidad funcional, el equilibrio o la motricidad fina y gruesa; estimulación cognitiva; fomento de las relaciones interpersonales; vídeo fórum; y orientación a la realidad, espacial y personal. Los resultados obtenidos en este trabajo muestran porcentajes elevados de asistencia y participación individual en el programa y un mantenimiento de las funciones evaluadas, así como una gran acogida y aceptación por parte de los profesionales, y niveles elevados de satisfacción en los familiares [154].

Como se puede observar en ambas experiencias, la utilización de la PDI puede conllevar numerosos beneficios a las personas mayores al ser usada como herramienta de intervención. Además, es un medio que parece satisfacer tanto a usuarios, como a profesionales y familiares.

Sin embargo, no se ha encontrado ninguna investigación, a nivel nacional o internacional, que haya estudiado los efectos o beneficios del uso de esta herramienta en la calidad de vida de las personas mayores y, en concreto, en el marco del EA. Los beneficios estudiados hasta el momento se centran en mayor medida en la mejora de determinadas funciones cognitivas o motoras, o se basan únicamente en la percepción de los profesionales encargados de utilizar las PDI.

Esto justifica plenamente la realización del presente trabajo de investigación, con el fin de contribuir al conocimiento relativo tanto al campo de la tecnología, como al ámbito de la TO o el EA, dadas las posibilidades que en este sentido puede ofrecer el uso de herramientas tecnológicas como la pizarra digital interactiva. Se ve, por lo tanto, necesario explorar con mayor profundidad las aportaciones de este dispositivo, indagando en las percepciones e impresiones de las personas mayores participantes, y estudiando sus efectos sobre la calidad de vida y el desempeño ocupacional.

Capítulo III.- Hipótesis y objetivos

Capítulo III.- Hipótesis y objetivos

III.1. Hipótesis

De forma previa a la realización del presente trabajo de investigación, se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: Las personas mayores presentan necesidades en su desempeño ocupacional y, por lo tanto, en relación a su estado de salud y calidad de vida.

Hipótesis 2: La implementación de un programa de envejecimiento activo, desarrollado a través de herramientas tecnológicas, y dirigido a responder a las necesidades ocupacionales detectadas, puede mejorar la calidad de vida y el desempeño ocupacional de las personas mayores.

Asimismo, se parte de una pregunta de investigación provisional, que permanecerá abierta y se irá definiendo y concretando a lo largo del proceso de investigación. Las hipótesis relacionadas con esta pregunta de investigación, se irán construyendo según avance el trabajo: ¿Qué impacto tiene la participación en un programa de envejecimiento desde la perspectiva de las propias personas mayores participantes?

III.2. Objetivos

Con el fin de dar respuestas a las hipótesis planteadas, se definió el siguiente objetivo general: estudiar y analizar el impacto de un programa de envejecimiento activo desarrollado a través de herramientas tecnológicas (principalmente, una pizarra digital interactiva), con un grupo de personas mayores del área metropolitana de A Coruña, dirigido a mejorar su calidad de vida y responder a las necesidades que presenten en su desempeño ocupacional.

Para alcanzar este objetivo general, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Explorar y analizar las necesidades que presenten las personas mayores participantes en su desempeño ocupacional, con el fin de definir los requisitos a contemplar en el programa de intervención.
- Desarrollar e implementar un programa de envejecimiento activo basado en la tecnología, dirigido a satisfacer las necesidades detectadas, reforzando la seguridad de las personas mayores en su desempeño ocupacional, tanto en sus hogares como en otros entornos habituales, y favoreciendo una mayor responsabilidad y participación activa de la persona en la realización de sus ocupaciones y en su proceso de salud.

- Elaborar una metodología de intervención adaptada a las capacidades, intereses y ritmos de aprendizaje de la población mayor, así como materiales, actividades y contenidos accesibles a nivel físico, cognitivo, auditivo y visual.
- Estudiar y analizar el impacto de la participación en este programa de intervención en la calidad de vida relacionada con la salud y el comportamiento ocupacional de los participantes en el estudio.
- Explorar la percepción de las personas mayores participantes sobre el programa de intervención llevado a cabo, así como las vivencias, impresiones y experiencias relacionadas con su participación en el estudio.

Capítulo IV.- Metodología

Capítulo IV.- Metodología

IV.1. Tipo de estudio

Para responder al objetivo general de este trabajo y, en concreto, a los objetivos específicos planteados, se llevaron a cabo tres estudios diferenciados, empleando métodos propios tanto de la investigación cuantitativa como cualitativa. Así, este trabajo de investigación se enfoca desde una metodología mixta o combinada, ya que se entiende que un mismo fenómeno de estudio se puede comprender desde múltiples perspectivas y puede ser abordado, por lo tanto, a través de diferentes vías metodológicas.

La utilización complementaria de diversos métodos de investigación permite enriquecer la comprensión de la realidad y mejorar el conocimiento del fenómeno estudiado [155, 156]. Esta combinación aporta, además, ciertas ventajas o posibilidades, ya apuntadas por Duffy en 1987, como complementar la identificación de variables específicas con una visión global del fenómeno, enriquecer las constataciones obtenidas bajo condiciones controladas con datos obtenidos dentro del contexto natural de su ocurrencia, o reafirmar la validez y confiabilidad de los hallazgos alcanzados mediante el uso de diferentes técnicas [155].

Investigación cuantitativa

Los métodos de la investigación cuantitativa hacen posible la comprensión de los fenómenos “a través de los perfiles, tendencias y asociaciones producidos por las encuestas y los análisis estadísticos” [157].

En este trabajo, se aplicaron dos diseños de tipo cuantitativo. Por un lado, se desarrolló un estudio de tipo observacional destinado a describir y analizar la situación inicial de la muestra, haciendo especial hincapié en detectar las necesidades existentes en las diferentes áreas de desempeño ocupacional.

Por otro lado, se llevó a cabo un diseño de series temporales, enmarcado en los estudios de tipo “cuasiexperimental”, dirigido a valorar el efecto de una intervención sobre una población determinada, realizándose para ello mediciones “pre” y “post” intervención, pero sin existir comparación con un grupo control. Estos diseños son por definición estudios longitudinales y prospectivos. Permiten estudiar las tendencias que se produzcan en la variable dependiente, aunque no se puede garantizar que las variaciones que tengan lugar se deban a la intervención realizada, ya que son diseños en los que existe un escaso control sobre el fenómeno objeto de estudio o sobre las variables externas. Debido a ello,

los resultados obtenidos únicamente pueden ser generalizables a la población de la que se extrajo la muestra [158].

En este caso, se aplicó este diseño para valorar los efectos de un programa de EA desarrollado a través de herramientas tecnológicas, principalmente una PDI, en la calidad de vida y el comportamiento ocupacional de un grupo de personas mayores residentes en el área metropolitana de A Coruña.

Investigación cualitativa

Las aproximaciones cualitativas permiten acercarse a los fenómenos “a través de los patrones de significado, contexto, lenguaje y cultura” [157], teniendo como foco la búsqueda de explicaciones, percepciones y sentimientos expresados por los sujetos del estudio [155].

En la investigación cualitativa se recogen datos descriptivos, palabras y conductas observables de las personas que participan en el estudio, siguiendo un proceso de recogida de información intensivo, combinando varias técnicas de forma complementaria [155]. La fuerza de este tipo de investigación “radica en la riqueza de sus datos y en su atención decidida por la complejidad, el proceso y el significado” [157]. La comprensión de la complejidad y significados de la experiencia humana es uno de los principios fundamentales que orientan la investigación cualitativa, así como el reconocimiento de la existencia de múltiples realidades, la aproximación holística al objeto de estudio, el estudio de las personas en su contexto natural y el reconocimiento del investigador como una parte del proceso [155, 156]. Así, se entiende que las personas, incluidos los investigadores, “perciben e interpretan la realidad de forma diferente, basándose en el contexto de sus experiencias pasadas” [155].

Se utilizan, por lo tanto, métodos cualitativos porque se considera que permiten obtener una comprensión más profunda del fenómeno de estudio, que la que se obtendría únicamente por datos cuantitativos puros. Lo que se busca a través de este tipo de investigación es “comprender la multifacética y compleja naturaleza de la experiencia humana desde la perspectiva de los sujetos (...) cómo sus respectivas experiencias se forman y cambian” [157].

Estos métodos son apropiados cuando la pregunta de investigación pretende comprender o describir un fenómeno del que existe escaso conocimiento, cuando se busca entender el

fenómeno desde el punto de vista de los participantes en el estudio, y cuando el contexto está inmerso a la pregunta de investigación [156, 159].

En la investigación cualitativa, el diseño es flexible, abierto y cambiante, dado que no se parte de hipótesis cerradas, y los objetivos se van concretando y enriqueciendo con el proceso investigador. Este proceso es circular, de forma que la realización de una de las etapas planificadas puede hacer necesario introducir cambios en la anterior y/o en las siguientes. La flexibilidad y la circularidad son dos de los principios o criterios básicos del diseño en los estudios cualitativos. El tercer principio básico es la reflexividad, “entendida como la autorreflexión necesaria y permanente del investigador o equipo de investigación”, criterio que resulta imprescindible para orientar y dirigir todo el proceso [155, 156, 159].

Dentro de la investigación cualitativa, este estudio se enmarca en el paradigma sociocrítico, y, dentro de éste, en los métodos participativos, que buscan profundizar en el conocimiento de la realidad o el fenómeno a estudiar, generar propuestas de cambio que traten de resolver el problema existente y analizarlas desde la perspectiva de los protagonistas de dicho fenómeno. Los métodos participativos se basan en que son las personas las que construyen la realidad en la que viven, teniendo las comunidades en las que están inmersas, su propio desarrollo histórico, social y cultural, que trasciende y antecede a los procesos investigadores. Estos métodos se caracterizan por la inserción de la investigación en la práctica histórica, la intervención comunitaria y el compromiso del investigador con la realidad social orientado a favorecer la participación de los individuos en la transformación y mejora de su medio social [155].

La investigación participativa combina “investigación social, trabajo educacional y acción” [160, 161]. Las características básicas de esta investigación son la implicación activa y la toma de decisiones por parte de los participantes, su empoderamiento, el compromiso con la acción y la obligación de los investigadores de aprender junto con los participantes [161]. Ambos trabajan de forma conjunta para definir el problema de la investigación, explorar soluciones o alternativas y facilitar el cambio [161]. El investigador se convierte en un “agente-dinamizador-acompañante” del cambio, siendo los actores o protagonistas del fenómeno los que marcan la continuidad de la investigación y de las acciones [155].

IV.2. Posición de la doctoranda

Se considera relevante comenzar explicando la posición de la doctoranda en el presente trabajo de investigación, con el fin de asegurar la calidad y el rigor del proceso seguido. Tal y como refieren Morse y colaboradores, la “creatividad, sensibilidad, flexibilidad y destrezas

en el uso de las estrategias metodológicas” de los investigadores, determina la confiabilidad y validez de los estudios [162].

La doctoranda ha sido la encargada de implementar las fases de evaluación inicial, intervención (acompañada de evaluación de seguimiento) y evaluación final, que se explican con mayor detalle en el apartado IV.7, así como las fases previas de diseño y planificación y la fase posterior de análisis de los datos. Su implicación ha sido por lo tanto elevada y esto ha actuado como un elemento facilitador en algunos aspectos, y como barrera en otros, tal y como se explica a continuación.

Con respecto a su papel facilitador, cabe destacar, en primer lugar, la confianza e intimidad que se ha podido establecer con las personas mayores participantes a lo largo del proceso. Esto ha conllevado que, tanto en las entrevistas finales como en las propias sesiones de intervención, emergiesen en gran medida sentimientos y vivencias personales, ligadas tanto a su pasado como al momento presente, manteniendo en todo momento la doctoranda una perspectiva objetiva, que permitiese estudiar y analizar con el necesario rigor científico la información y los acontecimientos que se iban sucediendo. Se considera que si no se hubiese alcanzado dicho nivel de confianza, no se habría logrado extraer tal conocimiento, el cual ha enriquecido y fortalecido en gran medida los resultados de este trabajo.

La fuerte implicación de la doctoranda en las diferentes fases del estudio también ha permitido adquirir un conocimiento más profundo y real de los verdaderos intereses, necesidades, expectativas y demandas de cada persona, así como de sus capacidades y potencialidades. Esto hizo posible, por un lado, personalizar y adaptar con mayor precisión el programa desarrollado a las características de los participantes. Por otro lado, este conocimiento facilitó la conducción de algunas entrevistas individualizadas o de las propias sesiones de intervención, contribuyendo a que se dirigiesen con mayor eficacia a los objetivos planteados. Se agilizó, además, el proceso de transcripción de las entrevistas y el análisis de los materiales elaborados en las actividades, al conocer la forma de expresarse de cada participante, tanto a nivel oral como escrito.

También se considera que el papel desempeñado por la doctoranda en cuanto al diseño y elaboración de los instrumentos para la recogida de datos inicial, de seguimiento o final, o de los materiales necesarios para la intervención, contribuyó a asegurar la coherencia teórica a largo de las diferentes fases del proceso.

Asimismo, la elevada implicación en las diferentes fases del trabajo ofreció la oportunidad de analizar de forma constante las impresiones, percepciones y observaciones que se iban

recogiendo, y redefinir en base a ello la acción o intervención llevada a cabo, según los resultados que se iban obteniendo. Esto aseguró que se mantuviese la flexibilidad y circularidad del proceso, aspectos característicos de la investigación cualitativa.

Finalmente, la posición de la doctoranda ha permitido llevar a cabo un análisis cualitativo riguroso, dinámico y creativo, en el que su experiencia directa con “los escenarios, informantes y documentos” resultó fundamental para aproximarse al fenómeno de estudio, y comprender en profundidad su verdadero sentido y significado [155].

Sin embargo, tal y como se comentaba al principio de este apartado, ha conllevado también ciertas barreras o limitaciones. Por ejemplo, en algún caso, la excesiva confianza o intimidad desarrollada dificultó recabar la información necesaria para el estudio en la realización de las entrevistas individualizadas, desempeñando un papel limitante en vez de facilitador.

IV.3. **Ámbito de estudio**

El presente trabajo de investigación se desarrolló en dos entidades de atención a personas mayores del área metropolitana de A Coruña. A continuación, se indican de forma breve las principales características de cada una de estas instituciones.

Centro de Día de Mayores de Cruz Roja de A Coruña

El Centro de Día de Mayores de Cruz Roja de A Coruña (en adelante, entidad A) es el “primer centro de día que abrió sus puertas en Galicia”, en el año 1994. Se trata de un recurso de atención diurna para personas mayores, situado en un barrio céntrico de la ciudad de A Coruña. Acuden al mismo 35 personas mayores de 60 años, teniendo 25 de ellas horario de mañana y tarde, 5 únicamente por la mañana y 5 únicamente por la tarde.

El equipo profesional está compuesto por la directora y trabajadora social del recurso, una terapeuta ocupacional, una psicóloga, una enfermera y cinco auxiliares de geriatría. Participan también en sus actividades multitud de voluntarios y alumnos de prácticas de diferentes disciplinas (terapia ocupacional, psicología, integración social, etc.).

Este centro ofrece diferentes servicios, de carácter tanto preventivo como rehabilitador, dirigidos a mejorar la calidad de vida y la autonomía de las personas mayores, favoreciendo la permanencia en su entorno y sirviendo como un apoyo a los familiares o cuidadores. Entre estos servicios destacan: actividades de terapia ocupacional; servicio de psicología;

gimnasia de aparatos y de mantenimiento; servicio de transporte adaptado; aula de informática; y servicios de atención a las familias (Escuela de familias y Terapia de grupo).

Centro de Día y Residencia Geriatros Coruña

La Residencia Geriatros Coruña (en adelante, entidad B) se encuentra situada en la localidad de Oleiros (A Coruña). Cuenta con 154 plazas para personas mayores, con o sin dependencia. Ofrece además 39 plazas para servicios de centro de día.

El equipo profesional está conformado por el director del recurso, el equipo de enfermería (disponible las 24 horas del día), una terapeuta ocupacional, una animadora sociocultural, una trabajadora social, una fisioterapeuta, una psiquiatra, una psicóloga, varios especialistas médicos, un farmacéutico y numerosos gerocultores, así como múltiple personal de mantenimiento, limpieza o administración.

Sus servicios se dirigen a garantizar la mayor calidad de vida de las personas mayores usuarias del centro. Entre estos servicios se encuentran la atención social, médica y de enfermería; actividades de terapia ocupacional, fisioterapia y rehabilitación; talleres lúdicos y culturales; servicio de psicología; acompañamiento a consultas externas; servicio de podología y peluquería; y salidas programadas al exterior.

IV.4. Selección de participantes

Se llevó a cabo un muestreo teórico intencionado y razonado, caracterizado por elegir a los participantes por factores que el investigador conoce de antemano [163] y por ser aquellos que mejor pueden responder a las preguntas de la investigación [155].

Para la selección de los participantes en el estudio, se establecieron, por un lado, los siguientes criterios de inclusión:

- Tener una edad igual o superior a los 60 años.
- Ser usuaria/o de uno de los recursos seleccionados para realizar la entrada al campo.

Por otro lado, se determinaron los criterios de exclusión que se indican a continuación:

- No tener interés en la participación en el programa de EA.
- Presentar alteraciones a nivel conductual y/o emocional que impidan la participación en las actividades grupales, o complicaciones de tipo agudo en el estado de salud que no posibiliten la asistencia a las sesiones.

IV.5. Características de los participantes

La muestra final del estudio estuvo formada por 45 personas mayores, 23 usuarias de la entidad A y 22 de la entidad B. En esta muestra, había 37 mujeres (82,2%) y 8 hombres (17,8%). La media de edad fue de 84 años, teniendo 64 años el participante más joven y 99 años el de mayor edad.

IV.6. Entrada al campo

Para la entrada al campo en las dos entidades citadas, actuaron como porteros e informantes clave un conjunto de profesionales de dichos recursos: director o directora, terapeuta ocupacional, psicóloga y/o animadora sociocultural.

Antes de comenzar la investigación, se realizaron en ambos casos reuniones con estos profesionales para explicar el estudio que se pretendía llevar a cabo y concretar, según su conocimiento del contexto y de los posibles participantes, cómo se desarrollarían en sus centros las actividades previstas para cada una de las fases.

Por un lado, se contó con su colaboración para la organización del trabajo de campo, con el fin que se ajustase a la realidad de cada recurso y asegurar que distorsionase lo menos posible su funcionamiento habitual. Por otro lado, se realizó de forma conjunta con estos profesionales, la presentación del estudio a los candidatos y el desarrollo del procedimiento de consentimiento informado con las personas mayores interesadas, el cual se explica detalladamente en el apartado IV.10 de esta memoria.

Asimismo, se contó con la colaboración de otros profesionales de estos dispositivos para la implementación de las fases de intervención y evaluación inicial y final, por lo que los porteros e informantes clave mencionados colaboraron en la presentación del estudio y de la doctoranda al equipo profesional de cada centro.

IV.7. Fases del trabajo de campo

Fase 1. Evaluación inicial

En la fase de Evaluación inicial, se emplearon las siguientes herramientas de valoración o técnicas de recogida de datos, las cuales se explican detalladamente en el apartado IV.8:

- Cuestionario de salud EuroQoL-5D (en adelante, EQ-5D).
- Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (en adelante, COTE).
- Entrevista individualizada semiestructurada, utilizando como guión el Dossier de evaluación inicial, instrumento de elaboración propia (Anexo I).

- Observación no participante del desempeño de los usuarios en actividades del centro o en momentos de ocio y tiempo libre, recogida en el Cuaderno de campo.

También se consultó documentación propia de los centros, en sus historiales o bases de datos, con el fin de conocer o confirmar la siguiente información acerca de cada participante: edad; estado civil; núcleo de convivencia; diagnóstico(s) médico(s); utilización de productos de apoyo para la movilidad, la visión o la audición; y puntuaciones en Índice de Barthel y Escala de Tinetti.

Fase 2.a. Intervención

Para llevar a cabo la fase de intervención, se dividió a la muestra del estudio en grupos de entre 3 y 10 participantes. Con cada grupo se intervino una vez a la semana, en sesiones de entre 45 y 60 minutos de duración. Se realizaron todas las sesiones con cada grupo en un mismo horario y un mismo espacio del centro, salvo en casos excepcionales. La intervención comprendió entre 12 y 24 semanas, en función de la asistencia al recurso de cada participante.

La herramienta principal de esta fase fue una pizarra digital interactiva. Como ya se ha explicado anteriormente, se trata de un sistema tecnológico que permite proyectar contenidos educativos o de otro tipo e interactuar con ellos directamente sobre la superficie de proyección. En concreto, se empleó el sistema eBeam® Projection en combinación con una pizarra blanca y lisa portátil. La utilización de este sistema requiere del uso de un proyector y un ordenador, en este caso, portátil, que disponía además de altavoces y conexión a Internet. El dispositivo eBeam® incorpora el software INTERACT, consistente en una “rueda” de herramientas que se adapta a cualquier tarea que se esté llevando a cabo en el ordenador. La interacción con el software y con cualquier elemento en general que aparezca proyectado en la pizarra, se realiza a través de un bolígrafo digital (similar a un bolígrafo convencional, aunque de mayor grosor). Éste proporciona a la población diana de este estudio un acceso intuitivo, por su familiaridad, y accesible, al ser de fácil agarre y manipulación.

Se utilizaron, además, una gran cantidad de materiales y recursos digitales de elaboración propia, creados de forma específica para este trabajo, como vídeos y fotografías o presentaciones diseñadas con el programa Power Point. También se crearon actividades prácticas a través del programa Edilim, dirigido a la creación de Libros Interactivos Multimedia (en adelante, LIM). Estos materiales de elaboración propia hicieron posible el

desarrollo de una intervención realmente personalizada y centrada en los intereses, capacidades y necesidades de cada grupo.

Finalmente, se emplearon otros materiales o recursos tecnológicos ya disponibles a través de otras vías en combinación con los ya citados: páginas web, aplicaciones informáticas convencionales, material audiovisual descargado de Internet, etc.

Los recursos y materiales empleados (tanto aquellos de elaboración propia como los ya disponibles a través de otras vías) se adaptaron teniendo en cuenta las capacidades cognitivas, visuales, auditivas y físicas de las personas participantes, con el fin de que fuesen accesibles y usables por todos los usuarios.

Se siguió una metodología adaptada a la realidad de cada dispositivo y a las características individuales de cada persona: ritmos de aprendizaje, intereses, hábitos de trabajo, motivación, etc. En todo momento, se trató de orientar el aprendizaje a situaciones reales de la vida cotidiana y de vincularlo con la propia experiencia de cada persona y de cada grupo.

La intervención se desarrolló basándose en las necesidades y demandas reales de los participantes, detectadas en la fase previa de evaluación. También se fueron recogiendo, en cada una de las sesiones, las percepciones e impresiones de los participantes acerca de la intervención realizada y posibles cambios o propuestas, con el fin de ir adaptando progresivamente esta fase a sus necesidades e intereses, a medida que se iba desarrollando. Esta información se reflejó en el Registro de sesiones semanal, además de otros aspectos, como el nivel de interés o motivación de los participantes durante las sesiones, o el grado de implicación y compromiso en la actividad, tal y como se explica en el apartado IV.8 de esta memoria. La recolección de estos datos sirvió para que la intervención se fuese desarrollando según la evolución de cada participante, y ajustándose en todo momento a sus necesidades, intereses y expectativas reales.

Se implementaron una serie de actividades enmarcadas en dos programas de intervención diferenciados, cuyo desarrollo final dependió de las necesidades e intereses de cada grupo de participantes.

Por un lado, se desarrollaron actividades pertenecientes al *Programa de seguridad y vida saludable* (en adelante, PSVS). El objetivo principal de este programa de intervención es reforzar la seguridad de las personas mayores en su desempeño ocupacional y favorecer una mayor responsabilidad y participación activa de la persona en la realización de sus ocupaciones y en su proceso de salud. De forma específica, el programa persigue reforzar

la seguridad de las personas mayores en su hogar y en otros entornos habituales (centro de día y/o residencia, calle, etc.), prevenir la aparición de posibles situaciones de riesgo, especialmente las caídas, y promover en su día a día hábitos de vida saludable, mejorando así su estado general de salud y calidad de vida.

De forma genérica, las temáticas que se abordaron en este programa de actividades fueron las siguientes: Reconocimiento de personas y espacios del centro; Prevención de caídas (Cómo desplazarse, Cómo sentarse y levantarse, y Consejos para evitar caídas en casa); Actuación ante una caída; Seguridad en el hogar; Seguridad en la calle; Seguridad en el centro de día/residencia; Actuación ante una emergencia; El botiquín casero; y Hábitos de vida saludable (Alimentación sana y equilibrada, Hidratación adecuada, e Importancia de la actividad física). En el Anexo II, se pueden consultar las planificaciones de sesión correspondientes a cada uno de los contenidos mencionados, los materiales necesarios para implementar el PSVS y las fuentes de información empleadas.

Por otro lado, se llevaron a cabo diferentes actividades enmarcadas en el *Programa de ocio y participación social* (en adelante, POPS). Este programa de intervención tiene como objetivos generales promover la participación activa de las personas mayores en actividades de ocio significativas y favorecer su participación social, tanto en el centro de día y/o residencia como en otros entornos habituales. Se busca asimismo promover la utilización de las TIC como un recurso de ocio o entretenimiento, como fuente de información y como medio de participación social.

Las actividades realizadas en el marco de este programa fueron: Mi línea de vida; Mis fechas importantes; Nuestros nombres y apellidos; Recuerdos de la infancia; Exploración de lugares significativos; Oficios tradicionales y artesanos; La banda sonora de nuestras vidas; Ciclos de cine, radio y teatro; Prensa y televisión en internet; Juegos o pasatiempos; Elaboración de recetas de cocina; Actividades en torno a festividades; y Debates de actualidad (La influencia de la publicidad en nuestras vidas, El ser humano y la naturaleza, Acontecimientos históricos importantes en Galicia y España, El envejecimiento activo y el aprendizaje intergeneracional, La espiritualidad y la religión o la Evolución de la moda en las últimas décadas). En el Anexo III, se describe detalladamente el contenido y la estructura de cada una de las sesiones que conforman el POPS, así como una selección de fuentes de información de interés para el desarrollo de este programa de intervención.

Tal y como se puede consultar en los anexos mencionados, en todas las actividades desarrolladas se combinaron las siguientes metodologías, además de otras específicas de determinadas sesiones:

- Exposición teórica sobre una determinada temática.
- Visualización y/o audición de imágenes, canciones y vídeos relacionados.
- Consulta de información o realización de otras acciones en Internet.
- Realización de actividades prácticas e interactivas en torno a la temática abordada.
- Debate y reflexión grupal.

En el Anexo IV, se proponen algunas recomendaciones de interés con el fin de que el programa de EA se desarrolle satisfactoriamente.

Fase 2.b. Evaluación de seguimiento

Como evaluación de seguimiento, se cubrió periódicamente la COTE y se realizó un Registro de sesión semanal basado en la observación del desempeño de los usuarios en las diferentes actividades realizadas. En este registro, se recogieron observaciones, tanto a nivel grupal como individual, de aspectos como el nivel de atención, concentración e interés en la actividad; el grado de participación e implicación en la misma; las interacciones entre los participantes; etc.

Fase 3. Evaluación final

Una vez finalizado el proceso de intervención, se llevó a cabo la fase de Evaluación final, utilizando para ello herramientas ya empleadas en la evaluación inicial: el Cuestionario de Salud EQ-5D y la COTE. Además, se realizó con cada participante una entrevista individualizada utilizando para ello un Guión de entrevista final de elaboración propia (Anexo V). Se grabó el audio de cada entrevista con un dispositivo digital y se transcribió posteriormente para su análisis.

En el caso de algunos participantes, no fue posible completar esta fase de evaluación final, debido a los motivos que se indican a continuación: abandono del recurso (8 participantes), fallecimiento de la persona (3 participantes) e indisponibilidad en el período dedicado al proceso de evaluación final (1 participante).

IV.8. Técnicas de recogida de datos

A continuación, se explican las técnicas de recogida de datos empleadas para obtener la información y los datos del estudio.

Cuestionario de Salud EuroQol-5D

Una de las escalas de evaluación estandarizadas utilizadas en este estudio fue el EQ-5D. Como ya se explicó en el apartado I.2.3 de este documento, se trata de un instrumento genérico de medición de la CVRS.

Se escogió esta herramienta por presentar las siguientes características: está adaptada y validada para su utilización en el contexto español, es de fácil y rápida administración, y permite obtener resultados de alta fiabilidad y validez [64]. Además, sus enunciados son de fácil comprensión y puede ser ejecutada por diferentes vías, lo cual permitió adaptarse a la heterogeneidad de la muestra de este estudio. Así, puede ser autoadministrada o administrada en forma de entrevista personalizada, por teléfono o por correo.

Esta herramienta cuenta, por un lado, con un sistema descriptivo a través del cual la persona puede valorar su estado de salud en diferentes dimensiones, asignando a cada una de ellas el nivel de gravedad que considere. Las dimensiones en las que se divide el sistema son cinco: *Movilidad*, *Cuidado personal*, *Actividades cotidianas*, *Dolor/malestar* y *Ansiedad/depresión*. Para cada una de las dimensiones, la persona debe escoger entre uno de los siguientes niveles de gravedad: 1 - Ausencia de problemas, 2 - Presencia de algunos problemas, 3 - Presencia de problemas graves o moderados. La combinación de cada uno de los valores asignados por la persona a cada dimensión genera un número de cinco dígitos, que puede utilizarse como perfil, definiendo el estado de salud de la persona, entre las 243 combinaciones posibles [64].

Por otro lado, el EQ-5D presenta una escala visual analógica (en adelante, EVA), similar a un termómetro, que está dirigida a que la persona valore de forma general su estado de salud actual. Esta escala tiene una longitud de unos 20 centímetros, milimetrada, y se extiende desde el 0, “el peor estado de salud imaginable”, hasta el 100, “el mejor estado de salud imaginable”. La utilización de la EVA “proporciona una puntuación complementaria al sistema descriptivo de autoevaluación del estado de salud” [64].

Finalmente, el EQ-5D cuenta con un tercer elemento, el índice de valores sociales o de preferencias, obtenido para cada estado de salud generado por el instrumento. Este índice oscila entre el 1, correspondiente al “mejor estado de salud”, y el 0, correspondiente a “la muerte”; se contemplan asimismo valores negativos, en el caso de “aquellos estados de salud que son valorados como peores que la muerte”. El índice puede ser utilizado directamente o en combinación con los años de vida, para calcular los años de vida

ajustados por calidad. Esta combinación puede resultar muy útil como indicador del resultado de intervenciones terapéuticas, o en estudios de coste-efectividad [64].

El cálculo del índice de valor del estado de salud (en adelante, IVES) de un individuo se efectúa de la siguiente forma, tal y como indican los autores responsables de la versión española de la escala [64]:

- 1) Se asigna el valor 1 al estado 11111, que representa una ausencia total de problemas en las cinco dimensiones del sistema descriptivo.
- 2) En el caso de que el estado de salud sea diferente a 11111, se resta el valor de la constante, que en el caso de España es igual a 0,1502.
- 3) Si existen problemas de nivel 2 en una determinada dimensión, se resta el coeficiente correspondiente a dicha dimensión. En el caso de España, los coeficientes asignados a cada parámetro son: Movilidad - 0,0897; Cuidado personal - 0,1012; Actividades cotidianas - 0,0551; Dolor/malestar - 0,0596; Ansiedad/Depresión - 0,0512.
- 4) En el caso de que existan problemas de nivel 3, se multiplica previamente por 2 el coeficiente correspondiente a la dimensión afectada.
- 5) Por último, se resta, si es oportuno, el valor correspondiente al parámetro N3 (0,2119), el cual representa la importancia otorgada a problemas de nivel 3 en cualquiera de las dimensiones del sistema descriptivo. Este valor se resta una única vez, independientemente del número de dimensiones a las que se haya asignado este nivel de gravedad.

Para la evaluación de la calidad de vida de los participantes en este estudio, se tuvieron en cuenta los tres elementos del instrumento EQ-5D: el sistema descriptivo, la EVA y el índice de valores de preferencias para cada estado de salud. Para este último elemento, se han tomado como referencia los valores de preferencias para los estados de salud obtenidos en la población española [64].

Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale

La COTE se cubre a partir de la observación de actividades libres y/o dirigidas llevadas a cabo durante el proceso de evaluación o intervención. Así, este instrumento puede ser empleado en el proceso de valoración inicial de un usuario, como registro de su evolución, o como medio de comunicación a otros profesionales en su derivación a otros servicios [164].

Esta escala permite evaluar el comportamiento ocupacional de una persona a partir de la valoración de 26 tipos de comportamiento, estructurados en: *Comportamiento general* (8 ítems), *Comportamiento interpersonal* (6 ítems) y *Comportamiento en la tarea* (12 ítems) [116].

- La primera parte, *Comportamiento general*, tiene como objetivo proporcionar información sobre el funcionamiento global de la persona. Incluye los siguientes ítems: apariencia, comportamiento no productivo, nivel de actividad, expresión, responsabilidad, asistencia o puntualidad, orientación a la realidad y conceptualización.
- La segunda parte, *Comportamiento interpersonal*, se dirige a valorar las destrezas o habilidades interpersonales del individuo, considerando que éstas pueden afectar en todo tipo de actividades sociales que pueda llevar a cabo la persona. Comprende las destrezas que se citan a continuación: independencia, cooperación, asertividad, sociabilidad, demanda de atención y respuesta negativa de otros.
- Finalmente, la tercera parte, *Comportamiento en la tarea*, comprende: compromiso, nivel de atención o concentración, coordinación, seguimiento de instrucciones, pulcritud o atención a los detalles, resolución de problemas, complejidad y organización de la tarea, aprendizaje inicial, interés en actividades, interés en completar la tarea, toma de decisiones y tolerancia a la frustración. [116]

Para cada ítem se puede establecer una puntuación que oscila entre 0 y 4, representando lo siguiente: 0 = Comportamiento “normal”; 1 = Incidencias o dificultades mínimas; 2 = Incidencias o dificultades leves; 3 = Incidencias o dificultades moderadas; 4 = Incidencias o dificultades severas. También se puede asignar la respuesta NA, en aquellos casos en que no sea aplicable la evaluación del ítem en cuestión.

Una vez cubiertos todos los ítems, se obtendrá una puntuación total que oscilará entre 0 y 104 puntos. También se puede extraer la puntuación correspondiente a cada bloque: entre 0 y 32 puntos en *Comportamiento general*; entre 0 y 24 puntos en *Comportamiento interpersonal*; y entre 0 y 48 puntos en *Comportamiento en la tarea*.

En el marco del presente trabajo, se empleó tanto en las fases de evaluación inicial y final, como a lo largo del proceso de intervención, siendo la herramienta estandarizada utilizada para reflejar la evolución de los participantes en su desempeño y comportamiento ocupacional.

Entrevista individualizada semiestructurada

Según Ruiz-Olabuénaga, la entrevista es “una conversación en la que se ejercita el arte de formular preguntas y escuchar respuestas” [165]. Se trata de una técnica que se define como “una conversación dirigida hacia las necesidades de información del investigador” [163], utilizándose para “obtener información en profundidad sobre actitudes, valores y opiniones relativas al problema de investigación” [155].

En el presente trabajo de investigación, se empleó la entrevista individualizada, en la que únicamente participa el investigador y la persona entrevistada [155]. Se empleó esta técnica tanto antes como después de implementar el programa de intervención descrito. Se utilizaron para ello dos guiones de entrevista, de elaboración propia, correspondientes a cada una de las fases de evaluación: Dossier de evaluación inicial (Anexo I) y Guión de entrevista final (Anexo V).

El Dossier de evaluación inicial (Anexo I) se dirige a recoger la percepción de la persona sobre su desempeño ocupacional en las diferentes áreas, e información detallada sobre sus entornos y contextos. En este guión, se incluyó además el registro de ciertos datos sociodemográficos, siendo algunos de ellos posteriormente confirmados o contrastados a través de la revisión de documentación propia de los centros: edad, género, estado civil, tipo de recurso y núcleo de convivencia.

El Guión de entrevista final (Anexo V) comprende diferentes preguntas, destinadas a recoger la percepción de los participantes sobre las actividades llevadas a cabo, sus impresiones sobre la metodología y los materiales empleados, los beneficios y aportaciones que les ha ofrecido la intervención implementada y, en general, el significado y el valor que otorgan a la experiencia realizada.

Los guiones de entrevista utilizados se corresponden con una entrevista semiestructurada, caracterizada por utilizar una guía que recoge los temas que serán abordados a lo largo de la entrevista o los aspectos que quieren ser explorados, siendo el investigador el que decide cómo y cuándo formular cada pregunta [155].

Así, el desarrollo de las entrevistas individualizadas estuvo determinado por el curso que siguió la conversación en cada caso, variando el orden de las preguntas, predefinido en los guiones elaborados, según las respuestas que iba ofreciendo cada persona.

Además, se adaptó el planteamiento de cada pregunta a las características individuales de los participantes y a sus posibles necesidades de apoyo a nivel cognitivo o sensorial.

Las entrevistas individualizadas fueron grabadas con un dispositivo digital, previa autorización de las personas mayores participantes. Las grabaciones en audio de cada entrevista fueron transcritas textualmente, incluyendo las preguntas de la doctoranda y las respuestas de los participantes tal y como fueron enunciadas. Al final de cada entrevista, se registraron aspectos relacionados con la comunicación no verbal y observaciones sobre el desarrollo de este proceso, anotando ciertas consideraciones que pudieran complementar la información obtenida oralmente.

Observación participante

La observación se define como “el proceso de contemplar sistemática y detenidamente el desarrollo de un fenómeno tal y como discurre por sí mismo” [155]. Según el grado de participación o el rol desempeñado por el investigador, se distinguen diferentes tipos de observación. En este estudio, se implementó la observación participante durante el desarrollo de las sesiones de intervención correspondientes al programa de EA. Esta técnica implica observar a la vez que se participa en las actividades del grupo que se está investigando, en las cuales también está inmersa la propia doctoranda [163]. De este modo, “el investigador se integra a la realidad que pretende observar, convirtiéndose en uno más del grupo” [155].

La observación llevada a cabo en este estudio, se puede definir también como semiestructurada o semidirigida, que es aquella en la que se establecen de forma previa los criterios o elementos que serán objeto de evaluación, los cuales pueden ser adaptados o transformados según el desarrollo del proceso [155].

Finalmente, la técnica de observación implementada en este trabajo se caracteriza por ser abierta, ya que “los sujetos del estudio conocen los propósitos de la investigación y la situación en que serán analizados” [155].

La observación se realiza “mediante un proceso sistemático de registro, descripción detallada e interpretación de un acontecimiento de interés” [155]. En el presente trabajo, los aspectos recogidos a través de la observación participante se recogieron en diferentes documentos, denominados Registros de sesión (en adelante, RS). Estos registros se realizaron por separado para cada uno de los grupos de participantes, reflejando la siguiente información relativa a cada una de las sesiones realizadas: número y título de sesión; fecha; horario; espacio; asistentes (miembros del grupo y otras personas presentes); desarrollo de la actividad; observaciones grupales; y observaciones individuales.

Las observaciones grupales e individuales se centraron en aspectos como el nivel de atención, concentración e interés en la actividad, el grado de participación e implicación, las actitudes y conductas acontecidas durante la intervención, o las interacciones entre los integrantes del grupo y su cambio a través del tiempo. También se recogieron las expresiones e impresiones de los participantes, expresadas a lo largo de las sesiones y actividades llevadas a cabo.

En algunos casos, se complementó esta recogida de información textual, con otras estrategias, previa autorización de cada participante: la filmación de vídeos y la captación de fotografías, que también fueron tenidas en cuenta en el análisis de los datos.

Cuaderno de campo

A lo largo de todas las fases del estudio, se recogieron anotaciones en el Cuaderno de campo (en adelante, CC) relacionadas con la observación del desempeño de los participantes en diferentes actividades, tanto dirigidas como libres, durante su estancia en el centro, con el fin de recabar información sobre las áreas de ocio, participación social y actividades de la vida diaria.

En este documento también se plasmaron las impresiones y reflexiones que fue teniendo la doctoranda a lo largo del estudio, así como las diferentes decisiones que se fueron tomando en cada una de las fases.

Revisión de fuentes documentales

Durante la fase de evaluación inicial, se revisó, en las bases de datos de cada uno de los centros, la siguiente información relativa a cada participante:

- Datos de carácter personal, médico y social: edad, estado civil, núcleo de convivencia, diagnóstico(s) médico(s), etc.
- Puntuación en Índice de Barthel. Este instrumento evalúa el desempeño en las ABVD, como la alimentación, el baño o el vestido. La puntuación puede oscilar entre 0 y 100 (90 si la persona utiliza silla de ruedas), con intervalos de 5 puntos, siendo mayor el nivel de dependencia cuanto menor es la puntuación. Presenta los siguientes puntos de corte: 0-20 significa dependencia total; 21-60 representa dependencia severa; 61-90 implica dependencia moderada; 91-99 significa dependencia leve; y 100 representa total independencia.

- Escala de Tinetti: Evalúa la capacidad de marcha y equilibrio de la persona. La parte I se centra en el equilibrio y presenta una puntuación máxima de 16; la parte II aborda la capacidad de marcha, presentando una puntuación máxima de 12. Así, la puntuación máxima de esta escala es de 28, siendo menor el riesgo de caídas cuando mayor es la puntuación. Presenta los siguientes puntos de corte: < 19 significa alto riesgo de caídas; 19-24 representa riesgo moderado; y > 24 refleja ausencia de riesgo de caídas.

En la siguiente tabla, se puede consultar la fase del estudio en la que se aplicó cada una de las técnicas o instrumentos descritos: evaluación inicial, evaluación de seguimiento y/o evaluación final (Tabla II).

Técnica/Instrumento	Eval. inicial	Eval. de seguimiento	Eval. final
EuroQoL-5D			
COTE			
Entrevista individualizada			
Observación participante			
Cuaderno de campo			
Revisión de fuentes documentales			

Tabla II. Correlación entre técnicas de recogida de datos y fases de evaluación

IV.9. Análisis de los datos

Análisis cuantitativo

El análisis de los datos a nivel cuantitativo se realizó con el programa estadístico Minitab® versión 17, realizándose diferentes pruebas según la variable a estudiar y el objetivo del análisis, tal y como se explica a continuación.

En primer lugar, se analizaron las variables correspondientes a la situación inicial de la muestra del estudio. El estudio de la mayor parte de las variables se pudo realizar sobre el total de la muestra ($n= 45$). Sin embargo, en los ítems que se citan a continuación, la muestra se redujo debido a que no se pudo recoger la información correspondiente: diagnósticos médicos ($n=38$), puntuaciones en Índice de Barthel ($n=39$) y puntuaciones en Escala de Tinetti ($n=36$).

Para el estudio de las variables cuantitativas, se calculó la media, y en algunos casos la mediana, acompañada de las correspondientes medidas de dispersión: desviación estándar (en adelante, DE), rango o recorrido y/o recorrido intercuartílico. Para el análisis de las variables cualitativas nominales, se calcularon frecuencias y porcentajes. En el caso de variables cualitativas ordinales, se trataron generalmente como variables nominales; no obstante, en el caso de los puntajes e índices estandarizados se consideró razonable calcular ciertos parámetros y estadísticos como si se tratase de datos numéricos [166].

Para estudiar la asociación entre variables cuantitativas, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson. Para analizar la relación entre las variables cualitativas, se aplicó el Test Chi-Cuadrado. La significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Los resultados de este análisis se exponen en el apartado V.1 de este documento, destinado a describir la “*Situación inicial de la muestra*”.

Por otro lado, se analizaron las puntuaciones globales y desglosadas de las escalas EQ-5D y COTE, comparando los resultados obtenidos en ambos instrumentos entre antes y después de la intervención. Para el estudio del EQ-5D, la muestra se redujo al no poderse completar la fase de evaluación final con algunos participantes ($n=33$). El análisis de la COTE pudo aplicarse al total de la muestra ($n=45$), ya que se tuvieron en cuenta las puntuaciones asignadas en la primera sesión de intervención y en la última sesión a la que asistió cada participante.

Para este análisis, se aplicó la prueba “t de Student”, la cual se emplea para muestras relacionadas, comparando las medias de dos variables de un solo grupo de personas. Este diseño se aplica cuando los datos están emparejados; es decir, provienen de sujetos con variables medidas antes y después de un tratamiento. Permite determinar si las diferencias existentes entre los valores de ambas variables son estadísticamente significativas o si son diferencias debidas al azar. La significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Los resultados de este análisis se presentan en el apartado V.2 de esta memoria, correspondiente al “*Impacto en la calidad de vida y el comportamiento ocupacional*”.

Análisis cualitativo

El análisis cualitativo es un proceso sistemático y riguroso dirigido a categorizar, reducir, clarificar, sintetizar, comparar y dar significado a los datos obtenidos, con el fin de obtener una visión lo más completa posible del fenómeno, tratando de buscar tendencias, tipologías, regularidades o patrones, así como datos únicos. Es también un proceso

iterativo y circular, en continuo progreso, iniciándose en el comienzo de la recogida de los datos y desarrollándose a lo largo de todo el trabajo de campo. El análisis cualitativo es, además, “un proceso dinámico y creativo, en el que los investigadores analizan y clasifican sus propios datos” [155].

Comprende tres etapas básicas: 1) Descubrimiento, identificación de temas y desarrollo de conceptos e ideas; 2) Clasificación y sistematización de los datos, y refinamiento de la comprensión del tema estudiado; 3) Comprensión e interpretación de los datos en el marco del contexto en que fueron recogidos [155].

Una vez realizado el análisis, “los datos recogidos se traducen en categorías con el fin de poder realizar comparaciones y establecer posibles diferencias”. En este trabajo, se realizó un análisis narrativo de contenido, el cual se centra en el contenido manifiesto, expresado de forma directa. El método de análisis seguido en este estudio es inductivo, generándose categorías a partir de los conceptos que emergen de los datos, y holístico, ya que se pretende contemplar la totalidad del contexto en que se sitúa el protagonista [155].

En este caso, tiene como objetivo extraer una serie de categorías de significado que explicarán el fenómeno de estudio desde la perspectiva de los protagonistas: las personas mayores participantes en el mismo. En este sentido, se analizaron las transcripciones de las entrevistas individualizadas iniciales y finales, y los datos recogidos a partir de la observación participante de las sesiones de intervención, reflejados en los documentos de registro de sesiones. También se tuvieron en cuenta las anotaciones del cuaderno de campo; materiales elaborados por los participantes durante la intervención; y fotografías y vídeos grabados a lo largo de dicha fase.

Este estudio pudo realizarse teniendo en cuenta al total de la muestra ($n=45$), al disponer de información relativa a todos los participantes, obtenida a través de alguna de las técnicas citadas.

Los resultados de este análisis se desarrollan en el apartado V.3, dirigido a describir las “*Experiencias de participación en el programa de envejecimiento activo*”.

IV.10. Consideraciones éticas

Con el fin de asegurar la ética de la investigación, se tuvieron en cuenta las consideraciones que se explican a continuación.

Procedimiento de consentimiento informado

Se llevó a cabo con cada participante el procedimiento de consentimiento informado, de forma individualizada y adaptada a las características de cada persona.

En primer lugar, se les informó de las características del estudio y de su participación en el mismo. Esta información se transmitió de forma tanto oral como escrita. Así, se les entregó una Hoja de Información al Participante (Anexo VI) que pudieron consultar con calma el tiempo deseado, y se les ofreció la posibilidad de hacer todas las preguntas que considerasen necesarias.

Una vez se aseguró que cada persona comprendiese por completo la información aportada y se mostrase conforme a participar de forma voluntaria en el estudio, se realizó la firma del Documento de Consentimiento Informado (Anexo VII). En este documento se incluyó, además del permiso para que la persona pudiese ser incluida en la investigación, la autorización para grabar fotografías y/o vídeos en el desarrollo de las sesiones, y para difundir dicho material en caso de estar de acuerdo.

La elaboración de ambos documentos se llevó a cabo siguiendo los modelos del Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia (en adelante, CAEI). Se realizaron ciertas adaptaciones dirigidas a facilitar la accesibilidad a nivel visual y cognitivo, como aumentar el tamaño de fuente y el espaciado entre párrafos o simplificar el contenido de algunos fragmentos, sin interferir en ninguna ocasión en los conceptos esenciales de estos documentos.

Protección del anonimato y confidencialidad de los datos

A lo largo de todo en el estudio, se mantuvo la confidencialidad de los datos recogidos, y el anonimato de cada participante. Así, se respetó en todo momento la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Los datos han sido recogidos y conservados hasta finalizar el estudio de modo codificado, lo que implica asignar a cada participante un código, cuya correspondencia con la persona real solo es conocida por la doctoranda.

De este modo, se asignó a cada participante un código alfanumérico, compuesto por la letra A o B (en función del recurso al que asistiese la persona) y un número en orden correlativo. Este código es el que se utiliza en el presente documento para hacer referencia a los participantes, con el fin de que no sea posible identificar su identidad. Para ello, también se han eliminado expresiones típicas de algunas personas, que pudieran facilitar su

reconocimiento en los verbatim mostrados en los resultados de este trabajo. Asimismo, no se han relacionado los códigos de la muestra con sus características sociodemográficas o de salud, de cara a que no pudiera ser identificada ninguna persona por su correspondencia con algún dato singular o particular. Tan sólo se conoce la entidad relativa a cada participante, con el fin de facilitar la interpretación y discusión de los resultados y la extracción de conclusiones.

Solicitud de evaluación al CAEI de Galicia

Se llevó a cabo la solicitud de evaluación del protocolo de investigación asociado a este trabajo de investigación (código de registro: 2015/206), al CAEI de Galicia, perteneciente al Servizo Galego de Saúde. Tras la valoración del Comité Territorial de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol, se obtuvo un informe favorable por su parte para la realización del estudio, teniendo en cuenta su pertinencia y el cumplimiento de los principios éticos requeridos, establecidos fundamentalmente en la Declaración de Helsinki y en otras normativas legales.

Capítulo V.- Resultados

Capítulo V.- Resultados

Los resultados del presente trabajo de investigación se estructuran en cuatro grandes apartados, que se explican a continuación:

- En el primero de ellos, se describe la situación inicial de la muestra del estudio, analizando y relacionando entre sí datos sociodemográficos de los participantes, información vinculada con su entorno social y físico, datos referentes a su desempeño ocupacional, y aspectos relativos a su estado de salud y calidad de vida.
- En el segundo apartado, se refleja el impacto del programa de intervención desarrollado sobre la calidad de vida y el comportamiento ocupacional de los participantes, analizando para ello las puntuaciones obtenidas antes y después de la intervención en los instrumentos EQ-5D y COTE.
- En el tercer apartado, se exponen las categorías de significado que tratan de explicar el fenómeno de estudio: el impacto de la participación en un programa de EA a través de la tecnología. Se recogen, por lo tanto, los resultados alcanzados en cuanto a las percepciones, vivencias, impresiones y experiencias de las personas mayores participantes.
- En el cuarto y último apartado, se sintetizan los principales resultados del trabajo, relacionando entre sí los tres apartados anteriores y la información obtenida a nivel tanto cuantitativo como cualitativo.

V.1. Situación inicial de la muestra

Datos sociodemográficos

Tal y como se reflejó en el apartado IV.5 de esta memoria, la muestra final del estudio está conformada por 45 personas mayores, de las cuales 37 son mujeres (82,2%) y 8 hombres (17,8%).

Los participantes tienen una media de edad de 84,44 años, teniendo 64 años el individuo más joven y 99 años el de mayor edad. En la siguiente tabla, aparecen reflejados estos datos (Tabla III).

n	Media	DE	Recorrido	Mínimo	Máximo
45	84,44	± 6,981	35	64	99

Tabla III. Media de edad de la muestra

Esta variable puede ser estructurada en diferentes rangos, en concreto, en grupos quinquenales de edad, siguiendo la clasificación que habitualmente se establece en los estudios demográficos de población. Esta estructuración facilita la posterior comparación de los datos obtenidos, con los alcanzados en estudios similares.

En la presente muestra, la mayor parte de participantes, un 37,8%, se encuentra en el grupo de edad de 85 a 89 años. Un 28,9% pertenece al grupo de 80 a 84 años, y un 11,1% al de 90 a 94 años. No se ha encontrado ningún caso con una edad comprendida entre los 65 y los 69 años. En el Gráfico 5, se pueden consultar estas proporciones y las correspondientes al resto de grupos de edad.

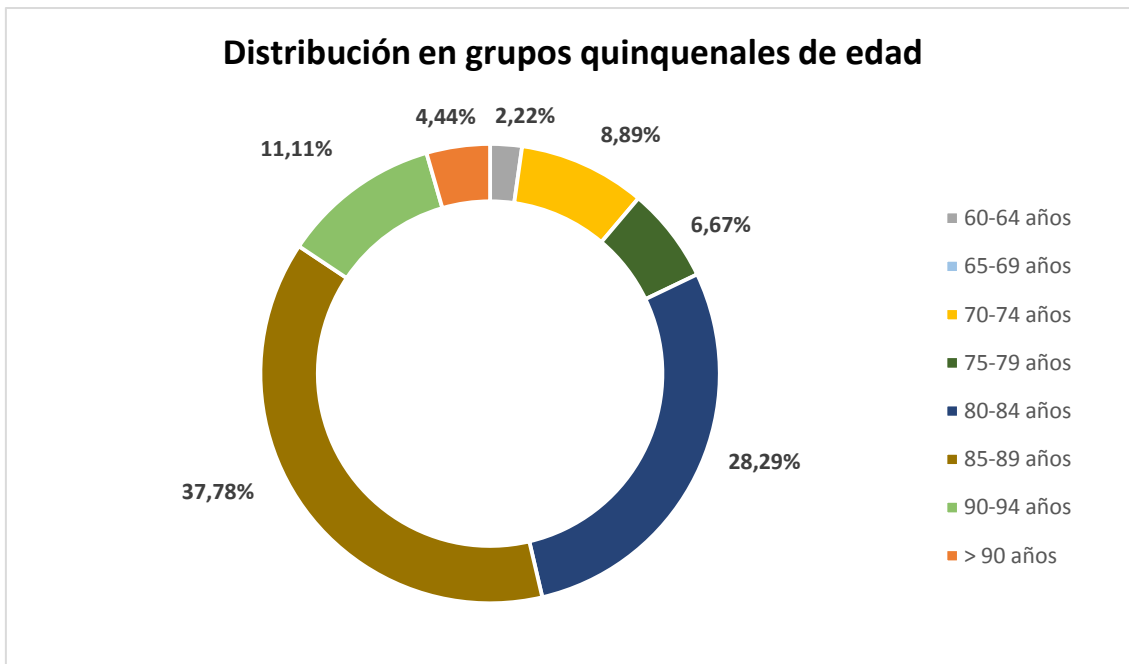


Gráfico 5. Distribución de la muestra en grupos quinquenales de edad

Si se analiza esta variable en relación al género de los participantes, se obtiene que la media de edad de las mujeres es llamativamente superior a la de los hombres, $86 \pm 5,45$ años frente a $77,5 \pm 8,96$ años.

En cuanto al estado civil, el 75,6% de la muestra está viuda, un 13,3% está casada, y un 8,9% separada o divorciada (ver Gráfico 6). Tan sólo una de las participantes está soltera, lo que representa el 2,2% de la muestra.

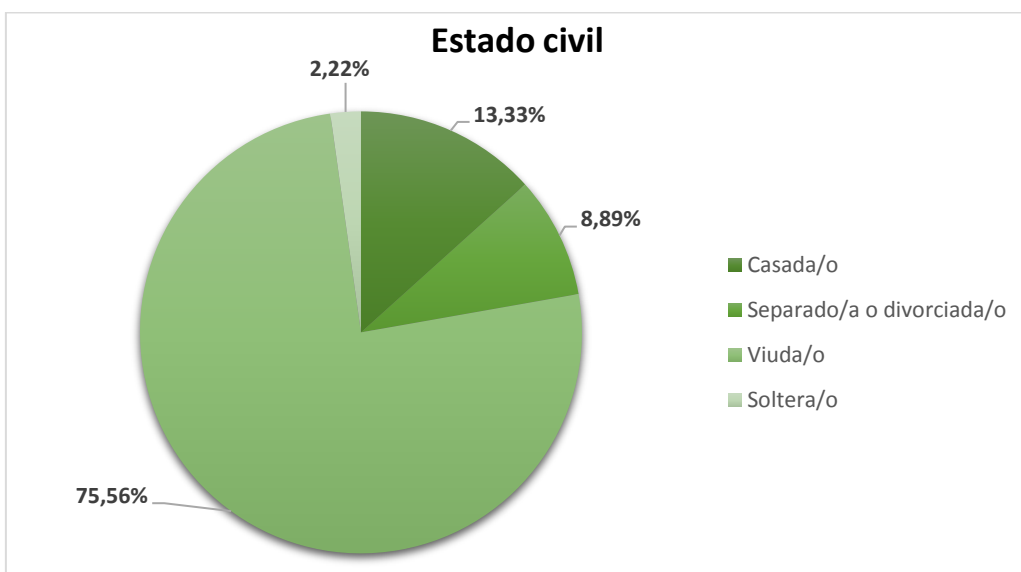


Gráfico 6. Estado civil de la muestra

Si se analiza esta variable en relación al género, se encuentra que la proporción de personas viudas aumenta en el grupo de las mujeres hasta el 86,5%, y en el grupo de los hombres desciende hasta un 25%, al haber únicamente 2 hombres viudos entre los 8 que forman parte de la muestra. En el caso de los hombres, el estado que aparece con mayor frecuencia es el de casado, un 50%, frente al 5,4% de mujeres casadas.

En relación al tipo de recurso al que asiste la persona, la mayoría son usuarios de centro de día (64,5%), siendo el 31,1% usuarios de residencia y el 4,4% restante de modalidad combinada; es decir, usuarios tanto de centro de día como de residencia.

Con respecto al núcleo de convivencia, el 26,7% de los participantes residen solos en el inicio del estudio, el 37,8% viven acompañados de familiares y un 35,5% viven en residencia, conviviendo por lo tanto con otros usuarios del recurso y estando acompañados en todo momento por profesionales de atención médica y de enfermería. Estos datos se reflejan visualmente en el Gráfico 7, que aparece a continuación.

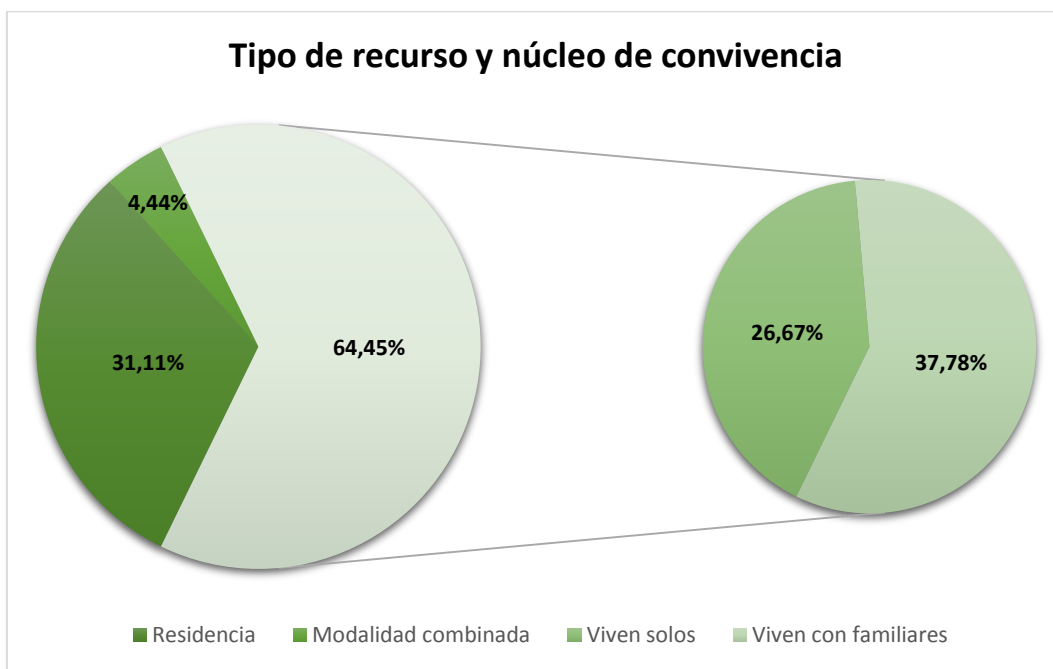


Gráfico 7. Tipo de recurso y núcleo de convivencia de la muestra en el estudio

Al profundizar en estos datos, cabe destacar que si se considera únicamente al grupo de usuarios de centro de día (el 64,5% de la muestra); es decir, de aquellos que permanecen en su domicilio, el porcentaje de aquellos que viven solos asciende a un 41,4%. En relación a aquellos que viven acompañados de sus familiares, éstos son en la mayor parte de las

ocasiones, los hijos o hijas (94,1% de los casos), seguidos de la pareja de los hijos (35,3%), la pareja del propio participante (17,6%) y los nietos o nietas (11,8%).

Estado de salud y calidad de vida

En relación al estado de salud de los participantes, cabe comentar, en primer lugar, el análisis realizado en torno a sus diagnósticos médicos, consultados en las respectivas bases de datos o historiales de cada recurso.

Para facilitar la agrupación y el análisis de estos datos, se ha tomado como referencia la terminología y las definiciones recogidas en la CIE-10. Así, se utilizan las denominaciones empleadas por esta clasificación y los códigos alfanuméricos correspondientes en cada caso, con el fin de facilitar la comparación entre los datos que se presentan a continuación y los de otras investigaciones.

La patología más prevalente en la muestra de este estudio es la hipertensión arterial esencial o primaria (*CIE-10: I10*), que aparece en el 81,6% de los casos. Se registraron también otras enfermedades del aparato circulatorio, aunque en menores proporciones; por ejemplo, en un 23,7% de los casos, accidente cerebrovascular (*CIE-10: I60-I63*), en un 13,2%, insuficiencia cardíaca (*CIE-10: I50*) y en un 7,9%, infarto agudo de miocardio (*CIE-10: I21*).

Otras patologías en las que se encontró una elevada prevalencia fueron la artrosis (*CIE-10: M15-M19*), que presenta un 47,4% de los participantes, y la osteoporosis (*CIE-10: M80-M82*), presente en un 15,8% de los casos.

También se halló una alta prevalencia de enfermedades del aparato digestivo (*CIE-10: K00-K93*), presentes en el 34,2% de los casos, destacando el estreñimiento y los divertículos intestinales.

Por otro lado, se encontró que un reducido porcentaje de la muestra, un 15,8%, presenta algún tipo de demencia, siendo un 2,6% demencia en enfermedad de Alzheimer (*CIE-10: F00*), un 5,3% demencia en otras enfermedades (*CIE-10: F02*), y un 7,9% demencia no especificada (*CIE-10: F03*). En cambio, se encontró una alta prevalencia de deterioro cognitivo o trastorno cognoscitivo leve (*CIE-10: F06.7*), diagnosticado en el 42,1% de los participantes.

Se identificaron otros trastornos mentales y del comportamiento en proporciones considerables de la muestra: trastorno de ansiedad generalizada o trastorno mixto de

ansiedad y depresión (CIE-10: F41) en un 31,6% de los casos y trastorno depresivo (CIE-10: F33) en un 21,1%.

La diabetes mellitus fue recogida en el 26,3% de los participantes en el estudio, presentando un 5,3% diabetes mellitus insulino dependiente o de tipo I (CIE-10: E10), un 7,9% no insulino dependiente o de tipo II (CIE-10: E11), y un 13,1% diabetes mellitus no especificada (CIE-10: E14). También se encontró en un 26,3% de los casos algún trastorno del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias (CIE-10: E78).

Dentro de los diagnósticos médicos que aparecieron en menores proporciones, destacan: la incontinencia urinaria (CIE-10: N39), la insuficiencia renal (CIE-10: N18), el hipotiroidismo (CIE-10: E03), la enfermedad de Párkinson (CIE-10: G20), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (CIE-10: J44) y trastornos de la función vestibular, como el vértigo (CIE-10: H81).

En relación a la presencia de limitaciones a nivel sensorial, se halló que un 65,8% de los participantes presenta restricciones a nivel visual, derivadas de diferentes patologías (CIE-10: H00-H59) y un 21,1% hipoacusia (CIE-10: H90-H91).

En el Gráfico 8, que se muestra a continuación, se indica la prevalencia de cada uno de los diagnósticos médicos mencionados, designados a través del código CIE-10 correspondiente.

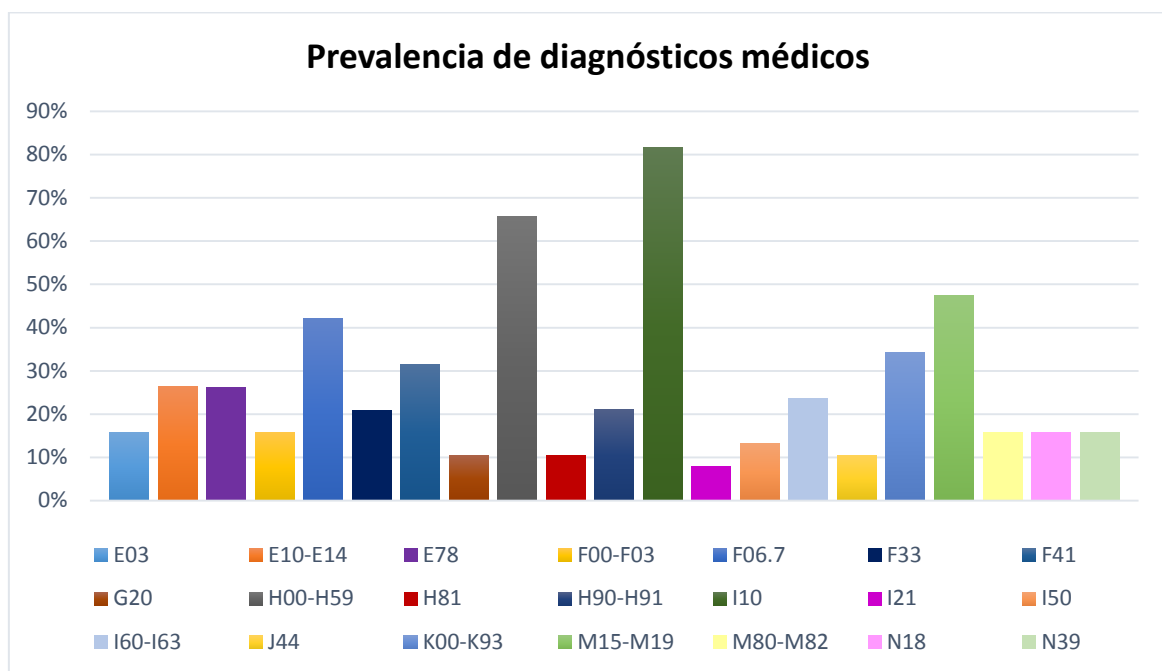


Gráfico 8. Prevalencia de diagnósticos médicos en la muestra

Entre los diagnósticos médicos explicados previamente, el número medio de patologías que presenta cada persona es de aproximadamente 6, siendo 2 el valor mínimo y 10 el máximo, tal y como se puede observar en la siguiente tabla (Tabla IV).

n	Media	DE	Mediana	Recorrido	Mínimo	Máximo
38	5,58	± 2,02	5,50	10	2	10

Tabla IV. Media de diagnósticos médicos por persona

Se estudió si existía alguna relación entre la edad de los participantes y el número de patologías presentadas, no encontrándose evidencia suficiente para determinar que según avance la edad, disminuyan o aumenten el número de enfermedades diagnosticadas en la población estudiada (Tabla V).

Relación	Coefficiente de correlación de Pearson	p-valor
Diagnóstico médico - Edad	-0,121	0,477

Tabla V. Relación entre nº de diagnósticos médicos y edad

Con respecto a la calidad de vida de los participantes, se estudiaron en primer lugar las dimensiones del sistema descriptivo del EQ-5D, calculando el porcentaje de participantes que habían escogido cada nivel de gravedad para cada una de las dimensiones; es decir, la frecuencia con la que aparece cada uno de los tres niveles posibles.

Se halló que la mayor parte de la muestra considera que presenta “algunos problemas” en las cinco dimensiones del sistema, siendo por lo tanto ésta la respuesta escogida con mayor frecuencia por los participantes y la más representativa de su estado de salud. Las dimensiones en las que se encontró esta respuesta en un mayor porcentaje de casos fueron la *Movilidad* y la *Ansiedad/depresión* (66,67% y 51,11% respectivamente).

Las dimensiones en las que se recogió una mayor proporción de personas que consideraban tener “problemas moderados o graves”, fueron el *Cuidado personal* y las *Actividades cotidianas*. Así, en ambas dimensiones, un 22,22% de la muestra asignó el nivel de gravedad 3.

Finalmente, en la dimensión de *Dolor/malestar* se encontró el porcentaje más elevado de participantes que habían referido no tener “ningún problema” (37,78%).

En el gráfico que se presenta a continuación, se puede visualizar la frecuencia con la que la muestra de este estudio ha asignado cada uno de los niveles de gravedad, en cada una de las dimensiones del sistema (Gráfico 9).

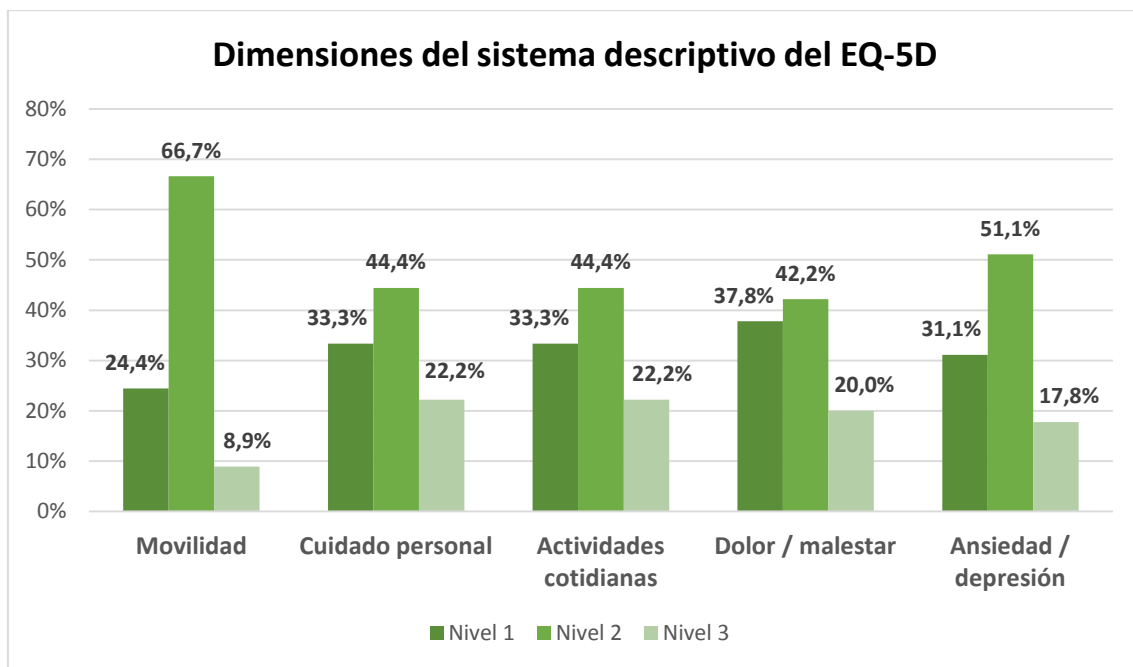


Gráfico 9. Resultados en dimensiones del sistema descriptivo del EQ-5D

La combinación de cada uno de los valores asignados a cada dimensión, genera un número de cinco dígitos, existiendo 243 combinaciones posibles, como ya se explicó en el apartado IV.8 de esta memoria. Este número puede emplearse como un perfil para definir el estado de salud de la persona.

Al analizar los perfiles de cada uno de los participantes en el estudio, se encontró que 3 de ellos (6,7%) presentaban el perfil 11111, que representa la ausencia de problemas en todas las dimensiones del sistema, y 4 (8,9%) presentaban el perfil 22222, que significa la presencia de algunos problemas en cada una de las dimensiones. Por el contrario, no se encontró ningún perfil 33333, que significaría la presencia de problemas graves o moderados en todas las dimensiones del sistema.

Además, se analizó la relación entre los niveles de gravedad asignados a cada dimensión y otras variables sociodemográficas cualitativas, aplicando para ello el test Chi-Cuadrado. Las

variables sociodemográficas estudiadas fueron: género, grupos quinquenales de edad, estado civil, tipo de recurso y núcleo de convivencia.

En el caso de la edad y el estado civil, no se pudieron obtener resultados válidos, al encontrarse excesivas celdas con conteos inferiores a 1 o a 5. Tampoco fueron válidos los resultados obtenidos al analizar el género y la dimensión de *Movilidad*.

En el caso del género y el núcleo de convivencia, se encontró que no presentan relación aparente con las dimensiones del EQ-5D, o que no se dispone de la evidencia suficiente para determinar que sí exista una asociación entre ellas (Tabla VI).

En cambio, sí se observó una fuerte relación entre el tipo de recurso al que asiste la persona, y su valoración de la *Movilidad* y las *Actividades cotidianas* (Tabla VI). Con respecto a la primera dimensión, se encontró una mayor presencia de problemas graves en el grupo de usuarios de residencia, y una frecuencia mayor de problemas de tipo de moderado en el grupo de usuarios de centro de día. Por el contrario, en el caso de la segunda dimensión, se halló que los usuarios de residencia asignan en mayor medida los niveles 1 y 2 de gravedad, es decir, ausencia de problemas, o presencia de algunos problemas, escogiendo con mayor frecuencia el nivel 3 los usuarios de centro de día.

Relación	Chi-Cuadrada	GL	p-valor
Género - <i>Cuidado personal</i>	2,927	2	0,231
Género - <i>Actividades cotidianas</i>	1,330	2	0,514
Género - <i>Dolor/ malestar</i>	3,910	2	0,142
Género - <i>Ansiedad/ depresión</i>	0,516	2	0,773
NC - <i>Movilidad</i>	4,726	2	0,094
NC - <i>Cuidado personal</i>	3,580	2	0,167
NC - <i>Actividades cotidianas</i>	3,409	2	0,182
NC - <i>Dolor/ malestar</i>	3,141	2	0,208
NC - <i>Ansiedad/ depresión</i>	1,792	2	0,408
TR - <i>Movilidad</i>	8,288	2	0,016
TR - <i>Cuidado personal</i>	0,485	2	0,785
TR - <i>Actividades cotidianas</i>	7,104	2	0,029
TR - <i>Dolor/ malestar</i>	1,811	2	0,404
TR - <i>Ansiedad/ depresión</i>	0,602	2	0,740
NC = Núcleo de convivencia; TR = Tipo de recurso; GL = Grados de libertad			

Tabla VI. Relación entre dimensiones del EQ-5D y variables sociodemográficas (1)

Se llevó a cabo un segundo análisis, agrupando los niveles 2 y 3 de gravedad, en un único nivel, pudiendo así examinar por separado si la ausencia o presencia de problemas en cada una de las dimensiones del EQ-5D, depende de estas variables. En relación al estado civil y los grupos quinquenales de edad, de nuevo no se pudieron obtener resultados válidos, al encontrarse excesivas celdas con conteos inferiores a 1 o a 5.

En el caso del género, el núcleo de convivencia y el tipo de recurso, se encontró que no existe relación aparente entre estas variables y los niveles de gravedad asignados en cada dimensión, o que no se pudo hallar la evidencia suficiente para confirmar su asociación Tabla VII. Tan sólo parece existir una cierta asociación entre el núcleo de convivencia y la dimensión de *Dolor/ malestar*, al haber mayor presencia de problemas en el grupo de aquellos que viven solos.

Relación	Chi-Cuadrada	GL	p-valor
Género - <i>Movilidad*</i>	0,898	1	0,343
Género - <i>Cuidado personal*</i>	0,076	1	0,783
Género - <i>Actividades cotidianas*</i>	1,216	1	0,270
Género - <i>Dolor/ malestar*</i>	0,618	1	0,432
Género - <i>Ansiedad/ depresión*</i>	0,170	1	0,681
NC - <i>Movilidad*</i>	2,300	1	0,129
NC - <i>Cuidado personal*</i>	0,511	1	0,475
NC - <i>Actividades cotidianas*</i>	2,045	1	0,153
NC - <i>Dolor/ malestar*</i>	3,103	1	0,078
NC - <i>Ansiedad/ depresión*</i>	0,285	1	0,593
TR - <i>Movilidad*</i>	0,004	1	0,949
TR - <i>Cuidado personal*</i>	0,194	1	0,660
TR - <i>Actividades cotidianas*</i>	1,212	1	0,271
TR - <i>Dolor/ malestar*</i>	1,578	1	0,209
TR - <i>Ansiedad/ depresión*</i>	0,473	1	0,492
NC = Núcleo de convivencia; TR = Tipo de recurso; GL = Grados de libertad			
*: Agrupación previa de niveles de gravedad en 2 categorías			

Tabla VII. Relación entre dimensiones del EQ-5D y variables sociodemográficas (2)

Al realizar la agrupación de los niveles de gravedad, se pudo estudiar también la asociación de cada una de las dimensiones con el nivel de dependencia/independencia en las ABVD (agrupando las puntuaciones de corte de esta escala en dos grupos: “independencia” o “dependencia”), extraído de las puntuaciones del Índice de Barthel, y el riesgo de caídas, determinado a partir de la Escala de Tinetti (“ausencia de riesgo”, “riesgo moderado” o “alto riesgo”).

Se pudo apreciar, de este modo, la existencia de una fuerte relación entre estas variables y la dimensión de *Cuidado personal* (Tabla VIII), siendo más frecuente la presencia de problemas en esta área en aquellas personas con dependencia en las ABVD y con un riesgo moderado

o elevado de caídas. Se puede afirmar que esta asociación es estadísticamente significativa, al obtenerse un p-valor muy inferior a 0,05.

Relación	Chi-Cuadrada	GL	p-valor
ABVD - Cuidado personal	10,242	1	0,001
Tinetti - Cuidado personal	14,709	2	0,001
GL = Grados de libertad			

Tabla VIII. Relación entre dimensiones del EQ-5D y puntuaciones del Índice de Barthel y Escala de Tinetti

En la valoración global del estado de salud, reflejada a través de la EVA, se obtuvo una puntuación media de 61,57, siendo los valores mínimo y máximo los correspondientes a la propia escala, tal y como se indica en la Tabla IX.

n	Media	DE	Mediana	Recorrido	Mínimo	Máximo
42	61,57	± 23,88	57,50	100	0	100

Tabla IX. Puntuación media en la EVA del EQ-5D

En la gráfica de cajas (Gráfico 10) que se muestra a continuación, se puede comprobar cómo el 50% de la muestra se sitúa entre puntuaciones de 50 (primer cuartil) y 80 (tercer cuartil).

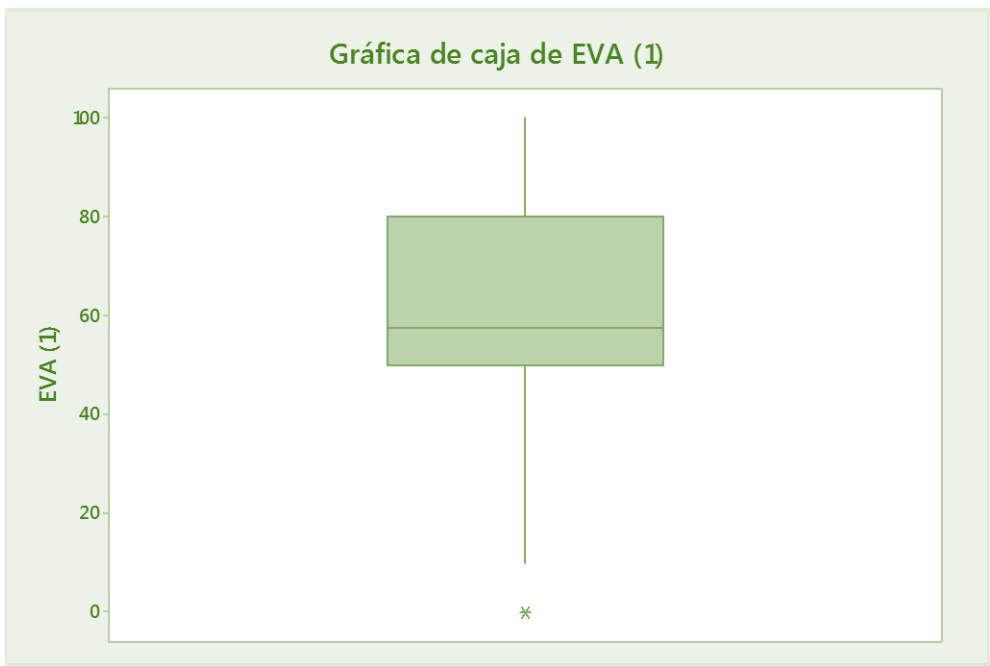


Gráfico 10. Gráfica de cajas de puntuaciones en EVA

En el siguiente histograma (Gráfico 11) se puede observar de forma más visual la distribución de la muestra en relación a los diferentes rangos de puntuación de la EVA. Tal y como se puede apreciar, las frecuencias más elevadas se obtienen en las puntuaciones situadas en torno a 50, 80 y 100; todas ellas representativas de valoraciones positivas sobre el estado de salud.

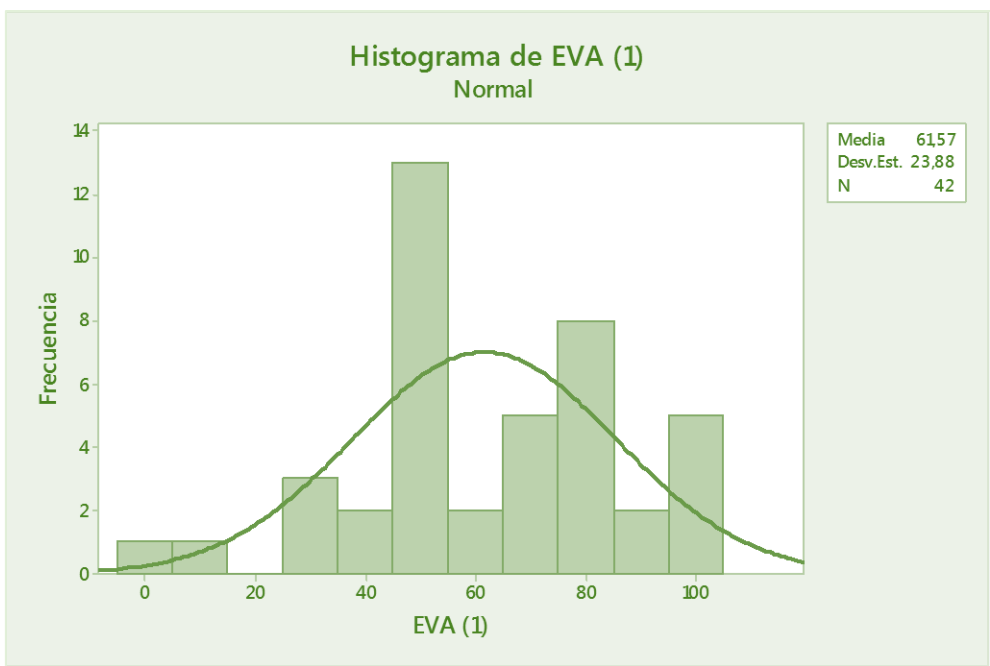


Gráfico 11. Distribución de la muestra en torno a puntuaciones de la EVA

Al dividir las puntuaciones obtenidas en dos grupos, según la persona ofrezca un balance positivo sobre su estado de salud (puntuaciones iguales o superiores a 50) o negativo (puntuaciones inferiores a 50), se observa que la gran mayoría de participantes hacen una valoración global positiva sobre este aspecto de su calidad de vida (Gráfico 12).

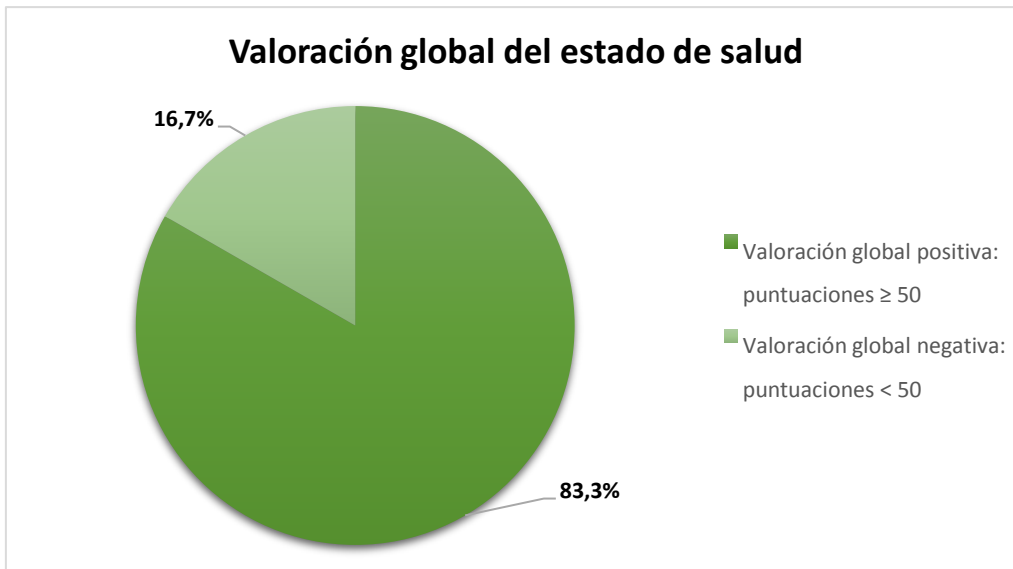


Gráfico 12. Valoración global del estado de salud según puntuaciones en la EVA

La determinación de esta puntuación de corte permite convertir esta variable cuantitativa en cualitativa, y estudiar si tiene alguna relación con otras variables cualitativas como el género, el núcleo de convivencia y el tipo de recurso al que acude la persona. Se aplicó el test Chi-Cuadrado para analizar las diferentes asociaciones y se encontró que no existe ninguna relación entre la valoración positiva o negativa del estado de salud y las variables sociodemográficas citadas (Tabla X).

Relación	Chi-Cuadrada	GL	p-valor
EVA - Género	0,034	1	0,853
EVA - Núcleo de convivencia	0,000	1	1,000
EVA - Tipo de recurso	1,680	1	0,195
GL = Grados de libertad			

Tabla X. Relación entre EVA del EQ-5D y variables sociodemográficas

También se analizó la relación entre la valoración de la CVRS y la presencia o ausencia de determinados diagnósticos médicos, no encontrándose ninguna dependencia entre estos factores (Tabla XI).

Relación	Chi-Cuadrada	GL	p-valor
EVA - ACV	0,162	1	0,687
EVA - Ansiedad	1,193	1	0,275
EVA - Artrosis	0,257	1	0,612
EVA - Demencia	0,050	1	0,823
EVA - Depresión	1,985	1	0,159
EVA - Deterioro cognitivo leve	0,476	1	0,490
EVA - Diabetes mellitus	0,598	1	0,439
EVA - Enfermedades AD	0,275	1	0,600
EVA - Hipoacusia	0,402	1	0,526
EVA - Hipotiroidismo	0,805	1	0,370
EVA - HTA	0,050	1	0,823
EVA - Incontinencia urinaria	0,050	1	0,823
EVA - Insuficiencia renal	0,050	1	0,823
EVA - Limitaciones visuales	0,127	1	0,722
EVA - Lipidemia	0,875	1	0,350
EVA - Osteoporosis	0,050	1	0,823
AD = Aparato digestivo; GL = Grados de libertad			

Tabla XI. Relación entre EVA del EQ-5D y diagnósticos médicos más prevalentes

Asimismo, se estudió si existe alguna dependencia entre la autovaloración de la persona de su estado de salud, y los niveles de gravedad asignados a cada dimensión del sistema descriptivo del propio EQ-5D. Se analizó, por un lado, la relación con los tres niveles de gravedad y, posteriormente, se agruparon los niveles 2 y 3 en un uno único, obteniendo así dos categorías: “presencia de problemas” o “ausencia de problemas”.

En el primer análisis, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la puntuación reflejada en la EVA y la asignada en *Dolor/malestar*, siendo más positivas las valoraciones sobre su salud de aquellos que no presentan ningún problema en esta dimensión (Tabla XII).

En el segundo análisis, realizado tras agrupar los tres niveles de gravedad en dos, se halló una relación estadísticamente significativa entre la autovaloración del estado de salud, y prácticamente todas las dimensiones del sistema, en concreto: *Cuidado personal*, *Actividades cotidianas*, *Dolor/malestar* y *Ansiedad/depresión* (Tabla XII), encontrándose frecuencias más elevadas de personas con problemas en alguna de estas dimensiones, en el grupo de participantes que habían expresado una valoración negativa sobre su salud.

No se halló ninguna asociación entre la dimensión de *Movilidad* y la autovaloración de la persona sobre su estado de salud o calidad de vida.

Relación	Chi-Cuadrada	GL	p-valor
EVA - <i>Dolor/malestar</i>	6,100	2	0,047
EVA - <i>Cuidado personal</i> *	4,200	1	0,040
EVA - <i>Actividades cotidianas</i> *	4,200	1	0,040
EVA - <i>Dolor/malestar</i> *	5,169	1	0,023
EVA - <i>Ansiedad/depresión</i> *	4,200	1	0,040

Tabla XII. Relación entre EVA del EQ-5D y dimensiones del sistema descriptivo

Con respecto al IVES, calculado a partir de las puntuaciones asignadas en las 5 dimensiones del sistema descriptivo, se obtuvo un índice medio de 0,4435, siendo el valor mínimo de 0,0306 y el máximo de 1 (Tabla XIII).

n	Media	DE	Mediana	Recorrido	Mínimo	Máximo
45	0,4435	± 0,2810	0,4636	0,9694	0,0306	1,0000

Tabla XIII. Puntuación media en el IVES del EQ-5D

En el caso de este ítem, la distribución de la muestra presentó una menor variabilidad, tal y como se puede observar en los gráficos que se muestran a continuación (Gráfico 13 y Gráfico 14).

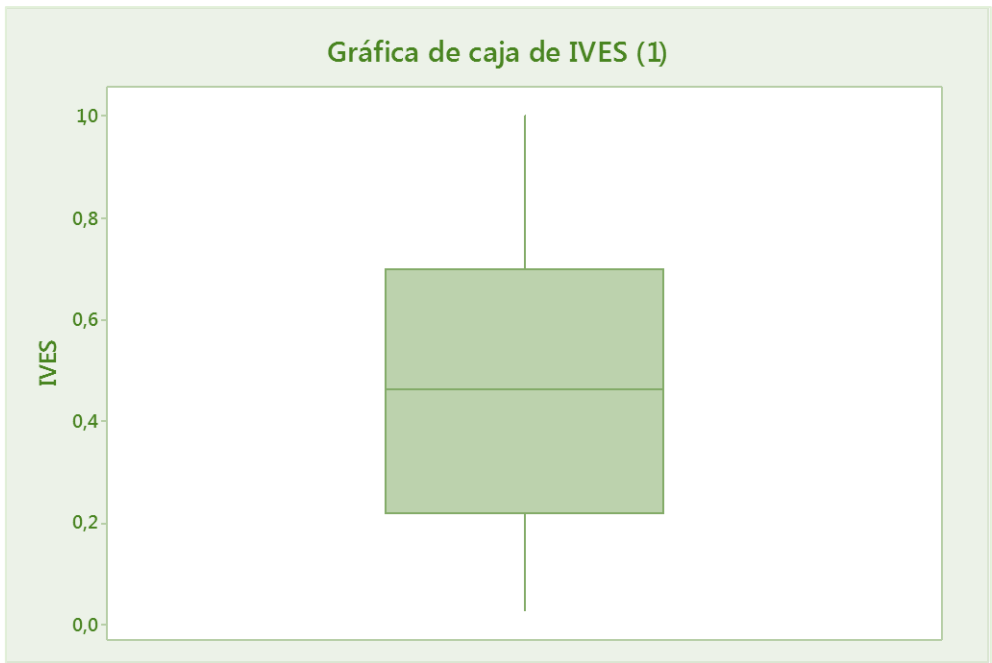


Gráfico 13. Gráfica de cajas de puntuaciones en IVES

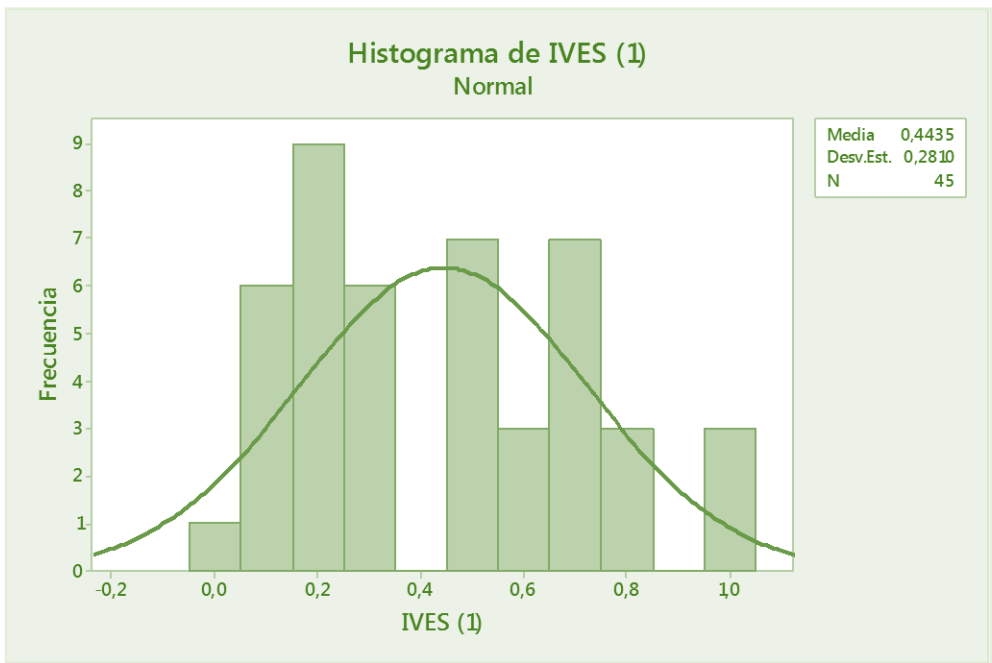


Gráfico 14. Distribución de la muestra en torno a puntuaciones en el IVES

Se analizó la relación entre la edad de los participantes y las puntuaciones obtenidas en la EVA y el IVES del EQ-5D, no encontrándose asociaciones significativas en ninguno de los

casos, tal y como se puede observar en la Tabla XIV. Por lo tanto, se puede afirmar que, en un principio, la valoración del estado global de salud y el índice de valor social para cada estado de salud no dependen de la edad de la persona.

Relación	Coefficiente de correlación de Pearson	p-valor
Edad - EVA	-0,054	0,736
Edad - IVES	0,032	0,836

Tabla XIV. Relación entre EVA e IVES del EQ-5D y edad

También se analizó la relación entre las puntuaciones del EQ-5D y las correspondientes al Índice de Barthel y la Escala de Tinetti, encontrándose una asociación lineal directa entre los resultados de estos instrumentos y el IVES del EQ-5D. Esto significa que se obtienen valores mayores para este índice, cuanto más alto es el nivel de independencia de la persona en las ABVD y cuanto más bajo es el riesgo de caídas. Sin embargo, no se obtuvo ninguna relación significativa entre estos factores, y los resultados de la EVA, que reflejan la valoración global de la persona sobre su estado de salud, tal y como se puede apreciar en la siguiente tabla (Tabla XV).

Relación	Coefficiente de correlación de Pearson	p-valor
EVA - Índice de Barthel	0,270	0,106
EVA - Escala de Tinetti	0,209	0,235
IVES - Índice de Barthel	0,488	0,002
IVES - Escala de Tinetti	0,551	0,000

Tabla XV. Relación entre EVA e IVES del EQ-5D y puntuaciones del Índice de Barthel y Escala de Tinetti

Finalmente, se estudió si existía alguna asociación entre el número de diagnósticos médicos presentados por cada participante y su valoración de la calidad de vida, no encontrando ninguna relación significativa entre estos aspectos (Tabla XVI).

Relación	Coefficiente de correlación de Pearson	p-valor
Nº diagn. médicos - EVA	-0,120	0,492
Nº diagn. médicos - IVES	-0,207	0,212

Tabla XVI. Relación entre EVA e IVES del EQ-5D y diagnóstico médico

Desempeño en las ABVD y riesgo de caídas

Para valorar el desempeño en las ABVD se tomaron como referencia las puntuaciones registradas en el Índice de Barthel. Tal y como se puede apreciar en la Tabla XVII, se obtuvo una puntuación media en esta escala de 74,36, lo cual representa dependencia moderada, siendo el mínimo 5 y el máximo 100.

n	Media	DE	Mediana	Recorrido	Mínimo	Máximo
39	74,36	± 23,79	80,00	95	5	100

Tabla XVII. Puntuación media en el Índice de Barthel

En la gráfica de cajas (Gráfico 15) que se muestra a continuación, se puede comprobar cómo un 25% de la muestra presenta puntuaciones que se sitúan entre 55 y 80 y un 25% entre 80 y 95.

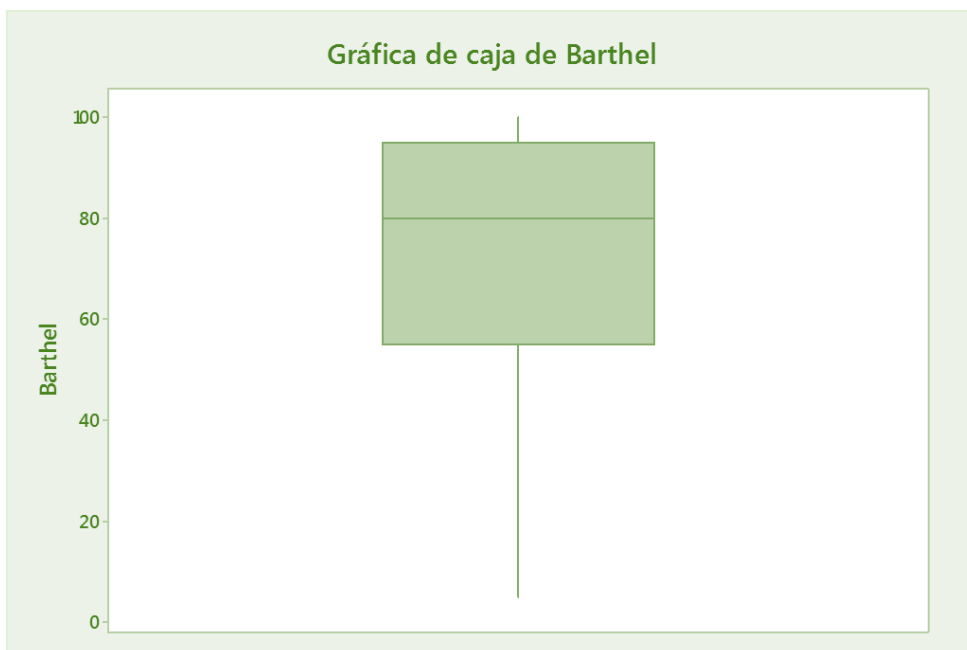


Gráfico 15. Gráfica de cajas de puntuaciones en Índice de Barthel

Siguiendo las puntuaciones de corte establecidas para esta escala, se encontró que un alto porcentaje de la muestra presenta un nivel de dependencia moderada (41%) o severa (25,6%). Estas proporciones se reducen para los niveles de: dependencia leve (18%), dependencia total (2,6%) e independencia total (12,8%), tal y como se puede observar en el Gráfico 16.

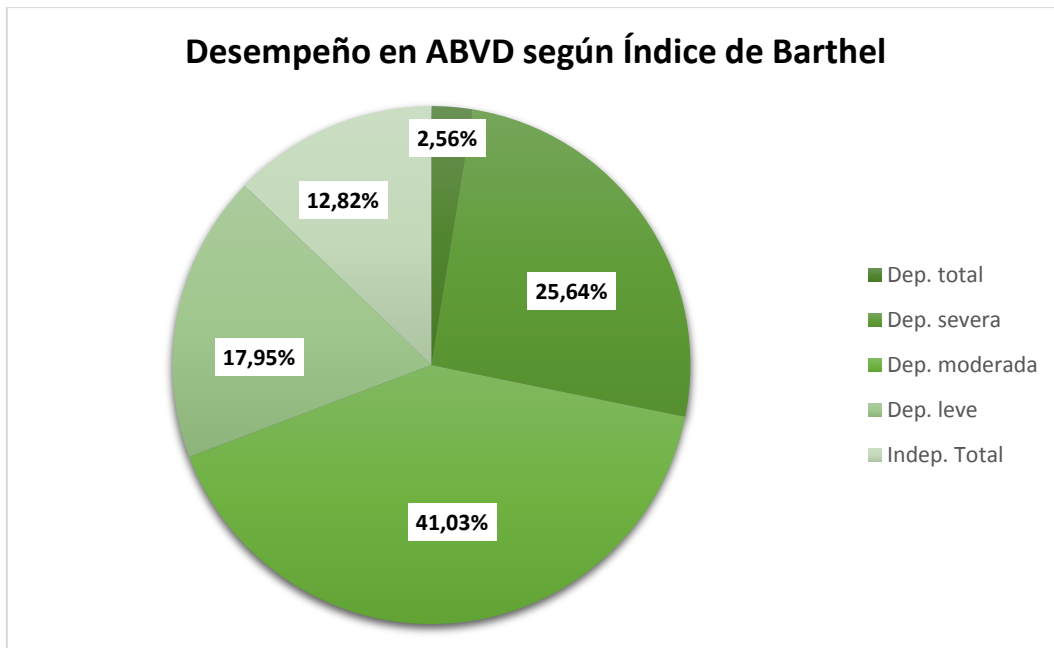


Gráfico 16. Desempeño en las ABVD según puntuaciones en Índice de Barthel

Al profundizar en las puntuaciones de esta escala (Gráfico 17), se encuentra que las actividades en las que aparecen los porcentajes más elevados de independencia son la deambulaci3n (87,2%), la alimentaci3n (71,8%) y el uso del inodoro (71,8%).

En el caso de la deambulaci3n, un 61,5% de los participantes son independientes con el uso de alg3n producto de apoyo para la movilidad, y el 26,6% son independientes sin necesidad de ayuda de otra persona o de un producto de apoyo. No se encontr3 ning3n caso que presentase dependencia moderada en esta actividad, requiriendo el 5,13% supervisi3n o preparaci3n de los materiales, y el 7,69% ayuda f3sica total.

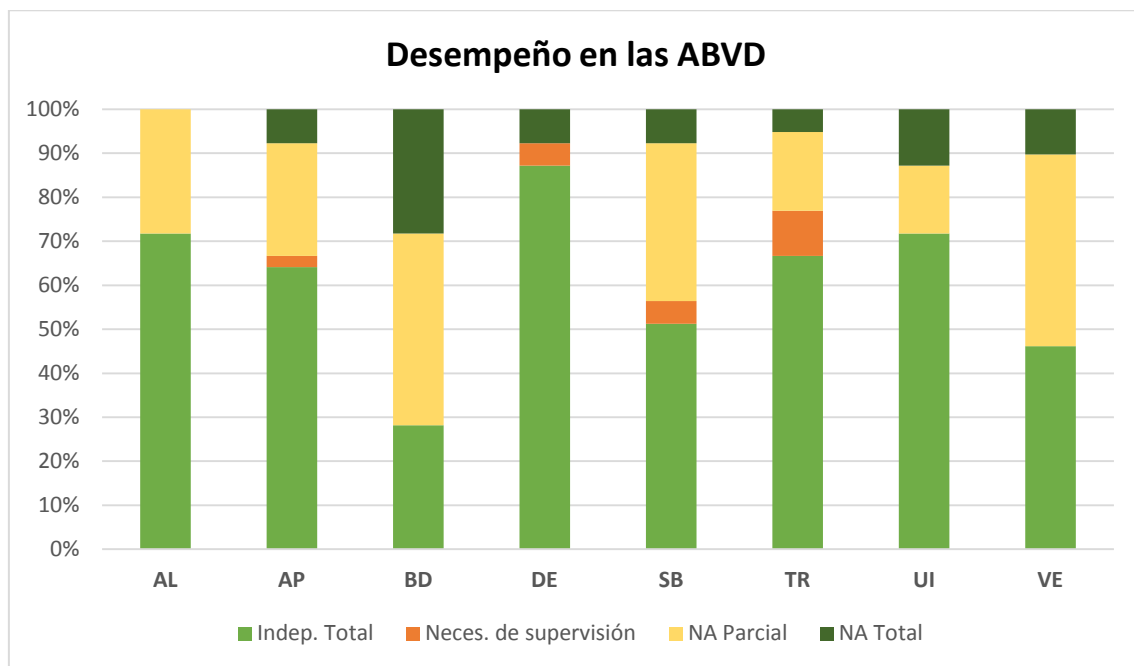
Con respecto a la alimentaci3n, es la 3nica actividad en la que ning3n participante presenta dependencia o necesidad de ayuda total. As3, el 28,2% restante presenta niveles de dependencia moderada, o necesidad de ayuda parcial.

M3s de la mitad de la muestra tambi3n es independiente en: transferencias (66,7%), arreglo personal (64,1%) y subir/bajas las escaleras (51,3%). En estas actividades, se encontr3 que

parte de la muestra necesita únicamente supervisión o preparación de los materiales (10,3%, 2,6% y 5,1% respectivamente).

El baño o ducha y el vestido fueron las tareas de cuidado personal en las que se registraron una menor proporción de participantes que eran independientes, 28,2% y 46,1% respectivamente.

En ambas actividades se encontraron los porcentajes más elevados de personas con dependencia moderada, o necesidad de ayuda parcial, un 43,6%, seguidas de subir/bajar las escaleras, con un 35,9%. El baño o ducha y el vestido también se encuentran en el grupo de tareas con mayores proporciones de personas con dependencia total: un 28,2% y un 10,3% respectivamente. Entre ellas, se sitúa el uso del inodoro, actividad en la que el 12,8% de la muestra necesita ayuda física total.



AL: Alimentación; AP: Arreglo personal; BD: Baño/Ducha; DE: Deambulaci3n; SB: Subir/Bajar escaleras; TR: Transferencias; UI: Uso del inodoro; VE: Vestido

Gráfico 17. Desempeño en las ABVD según puntuaciones en el Índice de Barthel

Con respecto al riesgo de caídas, evaluado a través de la Escala de Tinetti, se halló que tan sólo un 19,4% no presentaba este riesgo, frente al 80,6% que sí, correspondiéndose un 50% con un alto riesgo de caídas y un 30,6% con un riesgo moderado. En el Gráfico 18 se pueden consultar estos resultados.

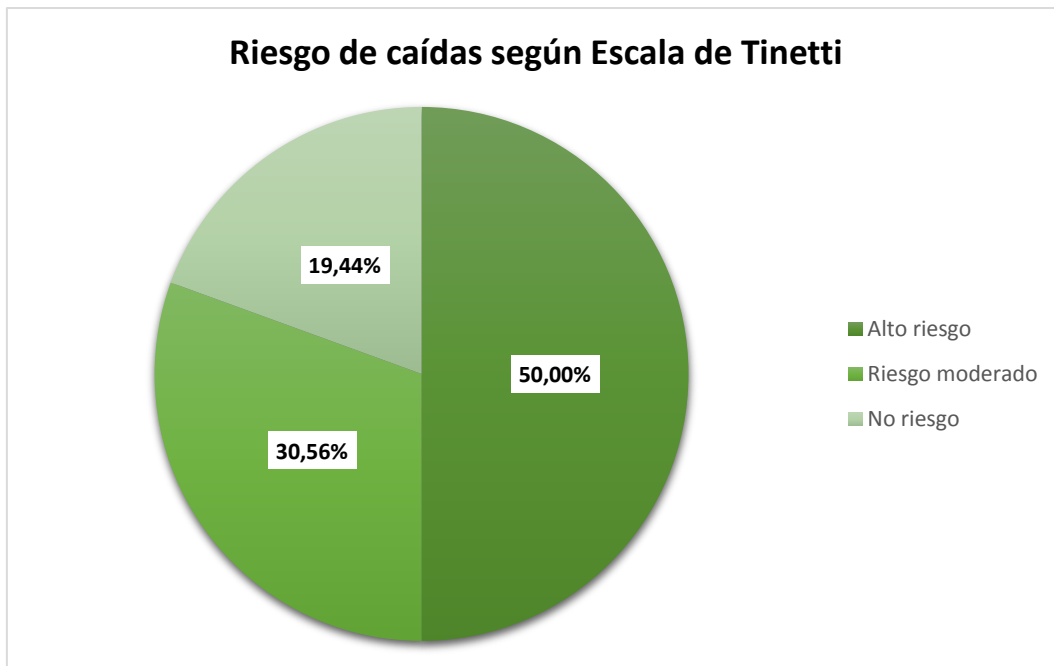


Gráfico 18. Riesgo de caídas según puntuaciones en Escala de Tinetti

Así, la puntuación media obtenida en la Escala de Tinetti fue de 18,53, representativa de un alto riesgo de caídas, oscilando entre el valor mínimo y el máximo de la propia escala (Tabla XVIII).

n	Media	DE	Mediana	Recorrido	Mínimo	Máximo
36	18,53	± 6,92	19	28	0	28

Tabla XVIII. Puntuación media en la Escala de Tinetti

Al analizar la relación entre estas dos últimas variables, el nivel de dependencia o independencia en las ABVD y el riesgo de caídas, se encuentra que existe una asociación directa entre ambas, incrementándose la puntuación en la Escala de Tinetti, lo cual implica un menor riesgo de caídas, según aumenta la puntuación en el Índice de Barthel, que refleja un mayor nivel de independencia. Existe, por lo tanto, una relación lineal positiva entre ambas variables, lo cual se puede observar en el Gráfico 19. El coeficiente de correlación de Pearson obtenido fue muy elevado, 0,823, con una significación de 0,000 (ver Tabla XIX), lo cual indica una fuerte asociación entre ambos aspectos.

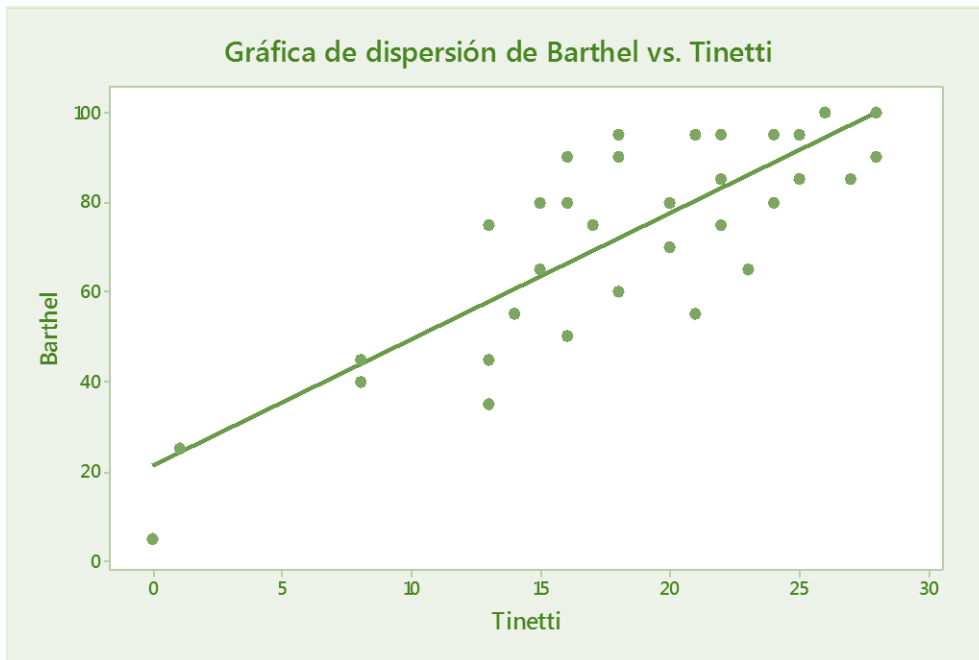


Gráfico 19. Relación entre Índice de Barthel y Escala de Tinetti

Al relacionar por separado las puntuaciones del Índice de Barthel con las correspondientes a los apartados de *Equilibrio* y *Marcha* de la Escala de Tinetti, se obtuvieron asociaciones similares, tal y como se puede observar en la siguiente tabla (Tabla XIX). Se entiende, por lo tanto, que el desempeño en las ABVD está directamente relacionado tanto con la capacidad de equilibrio, como con la de marcha.

Relación	Coefficiente de correlación de Pearson	p-valor
Índice de Barthel - Tinetti	0,823	0,000
Índice de Barthel - Equilibrio	0,800	0,000
Índice de Barthel - Marcha	0,781	0,000

Tabla XIX. Relación entre Índice de Barthel y Escala de Tinetti: puntuación global y desglosada

También se analizó la asociación entre la edad de los participantes y sus puntuaciones en estos instrumentos de evaluación, calculando el coeficiente de correlación de Pearson y examinando las correspondientes gráficas de dispersión. Se encontró que no existe relación lineal entre estas variables, tal y como se puede observar en la Tabla XX; el coeficiente de correlación obtenido es muy próximo a 0 y el riesgo de confirmar que existe asociación entre las variables es muy elevado. Es decir, no se puede asegurar que, simplemente con el

avance de la edad, empeoren las puntuaciones en el Índice de Barthel o en la Escala de Tinetti.

Relación	Coefficiente de correlación de Pearson	p-valor
Edad - Índice de Barthel	-0,002	0,991
Edad - Escala de Tinetti	0,160	0,352

Tabla XX. Relación entre Índice de Barthel, Escala de Tinetti y edad

De igual modo, se estudió la relación entre el número de diagnósticos médicos de cada participante y las puntuaciones en estas escalas, no hallando asociaciones estadísticamente significativas, al obtener valores de significación superiores a 0,05 (Tabla XXI). No obstante, se puede intuir una ligera tendencia a que los resultados en el Índice de Barthel y la Escala de Tinetti empeoren según se incrementa el número de patologías.

Relación	Coefficiente de correlación de Pearson	p-valor
DM - Índice de Barthel	-0,133	0,441
DM - Escala de Tinetti	-0,094	0,584
DM = Diagnóstico médico		

Tabla XXI. Relación entre Índice de Barthel, Escala de Tinetti y diagnóstico médico

También se analizó la relación entre las puntuaciones obtenidas en estas escalas, estructuradas en “dependencia o independencia en las ABVD” y “ausencia o presencia de riesgo de caídas”, y otras variables sociodemográficas cualitativas, aplicando para ello el Test Chi-Cuadrado. Las variables sociodemográficas estudiadas fueron: género, grupos quinquenales de edad, estado civil, tipo de recurso y núcleo de convivencia.

En el caso de la edad y el estado civil, no se pudieron obtener resultados válidos, al encontrarse demasiadas celdas con conteos inferiores a 1 o a 5. Tampoco fueron válidos los resultados obtenidos al analizar el género y el desempeño en las ABVD, debido al mismo motivo.

Sí se pudieron encontrar asociaciones independientes entre algunas variables, que permiten en un principio establecer que no están relacionadas entre sí, o que no existe la evidencia suficiente para demostrar que sí haya una asociación entre ellas (Tabla XXII). Además, tal y como se puede observar en la siguiente tabla, se apreció una relación estadísticamente significativa entre la puntuación en la Escala de Tinetti y el tipo de recurso al que acude la persona, observándose una mayor proporción de personas con riesgo de caídas en el grupo de usuarios de centro de día, que en el de usuarios de residencia o modalidad combinada.

Relación	Chi-Cuadrada	GL	p-valor
Índice de Barthel - NC	0,312	1	0,576
Índice de Barthel - TR	0,115	1	0,735
Escala de Tinetti - Género	0,035	1	0,851
Escala de Tinetti - NC	1,419	1	0,234
Escala de Tinetti - TR	4,698	1	0,030

NC = Núcleo de convivencia; TR = Tipo de recurso; GL = Grados de libertad

Tabla XXII. Relación entre Índice de Barthel, Escala de Tinetti y variables sociodemográficas

Finalmente, se estudió la relación entre las puntuaciones obtenidas en la COTE, representativas del comportamiento ocupacional de la persona, y las correspondientes al Índice de Barthel y a la Escala de Tinetti. Tal y como se puede observar en la Tabla XXIII, no se halló ninguna correlación estadísticamente significativa entre estos factores.

Relación	Coefficiente de correlación de Pearson	p-valor
COTE - Índice de Barthel	-0,280	0,084
COTE - Escala de Tinetti	-0,279	0,100

Tabla XXIII. Relación entre Índice de Barthel, Escala de Tinetti y COTE

No obstante, se puede intuir una cierta tendencia a que según aumentan las puntuaciones en la COTE (es decir, según empeora el comportamiento ocupacional de la persona), disminuyan las puntuaciones en el Índice de Barthel y en la Escala de Tinetti (es decir,

aumente el nivel de dependencia en las ABVD y el riesgo de caídas), tal y como se puede apreciar en los gráficos de dispersión correspondientes (Gráfico 20 y Gráfico 21).

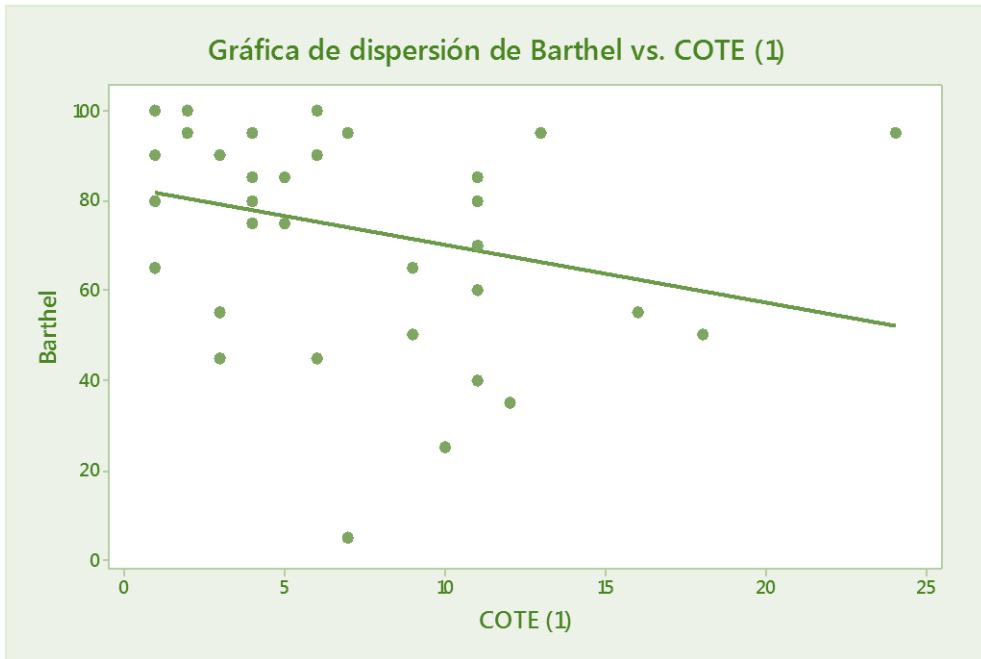


Gráfico 20. Relación entre Índice de Barthel y COTE

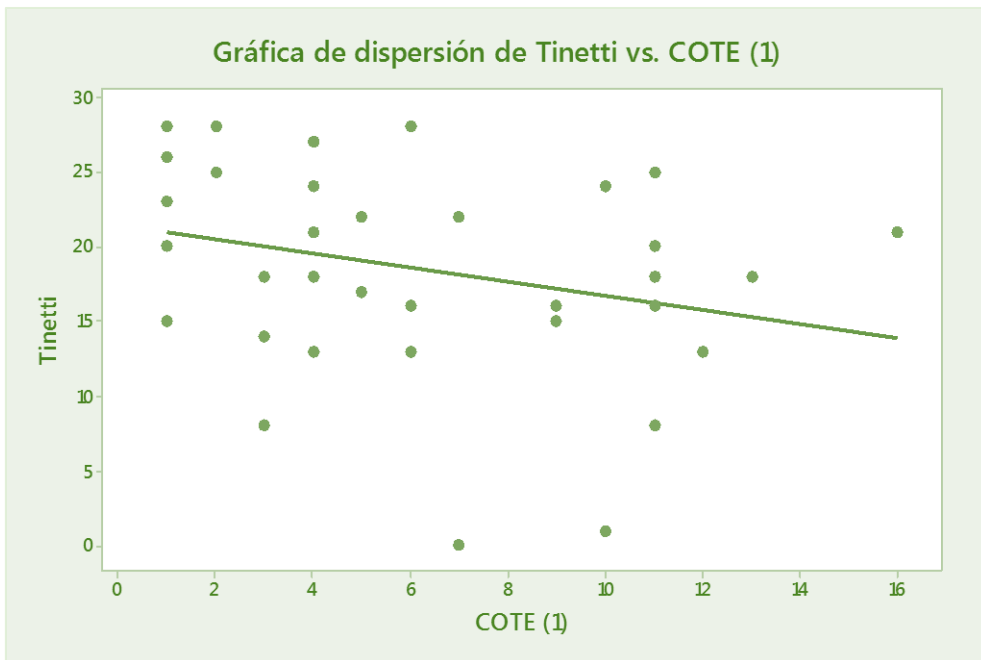


Gráfico 21. Relación entre Escala de Tinetti y COTE

Utilización de productos de apoyo para la movilidad, la visión o la audición

En relación al uso de productos de apoyo, se encontró que el 73,3% utiliza alguna ayuda para la movilidad, siendo el producto más empleado el bastón; un 62,2% emplea productos de apoyo para la visión y un 13,3% emplea audífono(s) para solventar las limitaciones a nivel auditivo (Gráfico 22). Así, una gran mayoría de participantes, un 86,7%, hace uso de algún producto de apoyo para la movilidad, la visión o la audición, siendo tan sólo 6 personas las que no hacen uso de ninguna ayuda técnica.

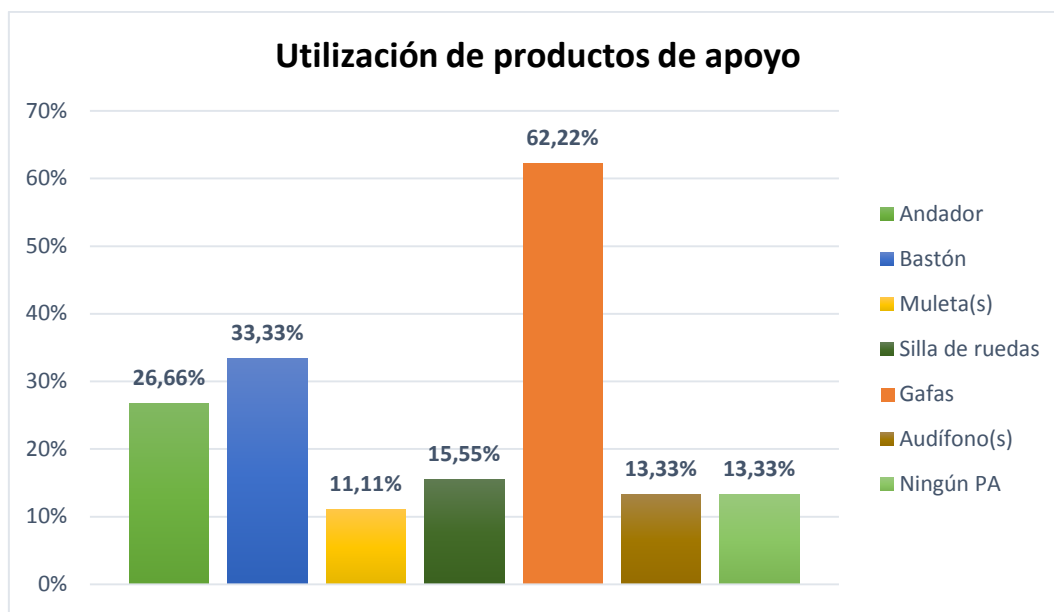


Gráfico 22. Porcentaje de uso de productos de apoyo para la movilidad, la visión o la audición

Con respecto al número de productos de apoyo empleados, un tercio de la muestra (33,3%) utiliza únicamente un producto de apoyo; un 37,8% de los participantes usan dos productos de apoyo, y tan sólo un 8,9% y un 6,7% utilizan 3 y 4 productos de apoyo, respectivamente. Como ya se señaló, un 13,3% no utiliza ningún producto de apoyo. Así, el promedio de productos utilizados por la muestra de este estudio es de 1,6.

Al relacionar el número de productos empleados con la edad de los participantes, el número de diagnósticos médicos o su nivel de dependencia o independencia en las ABVD, no parece existir una asociación significativa entre las diferentes variables, obteniéndose coeficientes de correlación de Pearson reducidos y valores de significaciones superiores a 0,05, tal y como se puede observar en la Tabla XXIV. De este modo, no se puede afirmar que conforme aumente la edad o el número de diagnósticos médicos, o según disminuyan las puntuaciones en el Índice de Barthel, se incremente la cantidad de productos de apoyo utilizados por la persona.

Relación	Coefficiente de correlación de Pearson	p-valor
Productos de apoyo - Edad	0,232	0,134
Productos de apoyo - DM	0,104	0,533
Productos de apoyo - IB	-0,187	0,255
DM = Diagnóstico médico; IB = Índice de Barthel		

Tabla XXIV. Relación entre productos de apoyo, edad, diagnóstico médico e Índice de Barthel

Desempeño en el área de ocio y tiempo libre

Con respecto al área de ocio y tiempo libre, se recogieron, en primer lugar, los gustos e intereses de la población participante.

Tras analizar todas las actividades de interés mencionadas por las personas mayores que conforman la muestra de este estudio, se detectaron aquellas que aparecen en un mayor porcentaje de casos, siendo las principales: leer (57,8%), escuchar música (53,3%), ver la televisión (53,3%), leer la prensa o revistas (42,2%) y caminar (40%).

En un tercio de los casos se identificaron la calceta (33,3%) y la costura (31,1%) como principales intereses de ocio. Otras actividades que aparecieron en proporciones considerables fueron: escuchar la radio (20%), ir al cine o ver películas de cine (20%), bailar o ver actuaciones de baile (15,6%), ganchillar (13,3%), escribir (13,3%), pintar o dibujar (13,3%) y hacer gimnasia en el centro (13,3%).

Finalmente, emergieron otras actividades de ocio significativas para los usuarios, entre las que cabe destacar las siguientes, que se registraron en el 8,9% de la muestra: jugar a las cartas u otros juegos de mesa, viajar, estar con amistades, realizar actividades de tipo manual en el centro, llevar a cabo las tareas del hogar o realizar actividades relacionadas con sus creencias religiosas.

En el gráfico que se muestra a continuación, aparecen reflejados los intereses de ocio que aparecieron con mayor frecuencia en la muestra de este estudio (Gráfico 23).

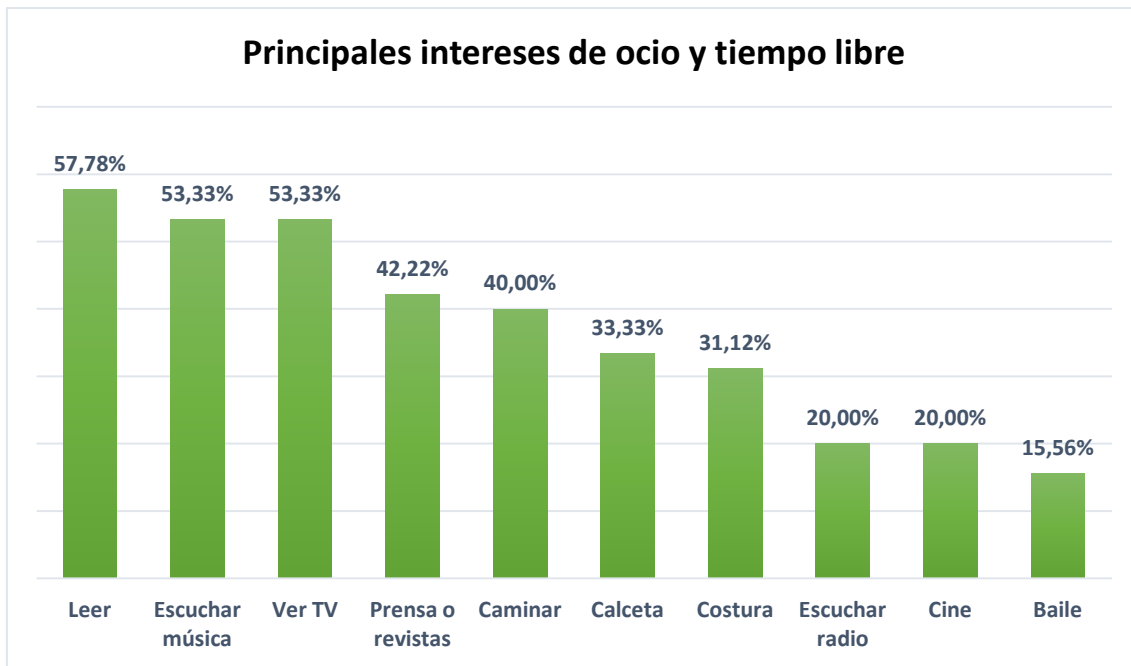


Gráfico 23. Principales intereses de ocio y tiempo libre

Se estudió la relación entre los principales intereses de ocio identificados, y algunas variables descritas anteriormente: género (hombre o mujer), tipo de recurso (centro de día o residencia, categoría en la que se incluyó a los usuarios de modalidad combinada), núcleo de convivencia (vivir solo/a o acompañado/a), nivel de desempeño en las ABVD (dependencia o independencia), y riesgo de caídas (presencia o ausencia de dicho riesgo).

En primer lugar, se observó cierta relación, en algunos casos, estadísticamente significativa, entre el género y los siguientes intereses: ver la televisión, la calceta y la costura, que se expresaron en mayor medida en el grupo de las mujeres (Tabla XXV).

Se apreció dependencia, aunque no estadísticamente significativa, entre la preferencia por determinadas actividades y el tipo de recurso al que acude la persona (Tabla XXV). Por ejemplo, el interés por las actividades del hogar o por viajar, apareció con mayor frecuencia en el grupo de usuarios de centro de día, frente a la realización de actividades manuales, la calceta, la lectura, la escritura y escuchar música, intereses que se identificaron en mayor medida en el grupo de usuarios de residencia o de modalidad combinada.

También se encontró cierta relación entre determinadas actividades de ocio y el núcleo de convivencia de la persona, apareciendo con mayor frecuencia en el grupo de personas que viven solas las actividades que se citan a continuación: costura; ir al cine o ver películas de cine; y ver la televisión. En uno de los casos se obtuvieron valores de significación

inferiores a 0,05, que permiten apuntar a una relación significativa entre ambas variables (Tabla XXV).

Relación	Chi-Cuadrada	GL	p-valor
Género - “Calcetar”	4,865	1	0,027
Género - “Costura”	4,394	1	0,036
Género - “Ver la televisión”	3,138	1	0,076
TR - “Actividades manuales”	2,981	1	0,084
TR - “Calceta”	3,103	1	0,078
TR - “Escritura”	2,924	1	0,087
TR - “Escuchar música”	2,371	1	0,124
TR - “Lectura”	3,019	1	0,082
TR - “Tareas del hogar”	2,422	1	0,120
TR - “Viajar”	2,422	1	0,120
NC - “Costura”	2,724	1	0,099
NC - “Ir al cine o ver cine”	4,801	1	0,028
NC - “Ver la televisión”	3,086	1	0,079
TR = Tipo de recurso; NC = Núcleo de convivencia; GL = Grados de libertad			

Tabla XXV. Relación entre principales intereses de ocio y variables sociodemográficas

Por otro lado, se halló cierta asociación entre el nivel de desempeño en las ABVD y el interés por la lectura y caminar, siendo más frecuentes en las personas independientes, que en aquellas que presentan algún nivel de dependencia (Tabla XXVI).

Relación	Chi-Cuadrada	GL	p-valor
ABVD - “Caminar”	3,601	1	0,058
ABVD - “Lectura”	3,585	1	0,058
ABVD = Actividades básicas de la vida diaria; GL = Grados de libertad			

Tabla XXVI. Relación entre principales intereses de ocio y desempeño en las ABVD

Asimismo, se encontraron ciertas relaciones entre el riesgo de caídas de la persona mayor y su preferencia por determinadas actividades de ocio (Tabla XXVII). Estas relaciones se examinaron, en primer lugar, tomando como referencia los rangos establecidos según la escala de Tinetti: alto riesgo de caídas, riesgo moderado y ausencia de riesgo. Se observó que las personas con alto riesgo de caídas mostraban interés por ver la televisión en mayor medida que el resto de la muestra, mientras que las personas con riesgo moderado presentaban mayor predilección por actividades relacionadas con el baile o caminar.

Después, se repitieron las pruebas, agrupando el alto riesgo de caídas y el riesgo moderado, en una única categoría: presencia de riesgo de caídas. De este modo, se encontró que los participantes que no presentan este riesgo, muestran mayor interés por la lectura. En cambio, aquellas personas que sí tienen riesgo de caídas, expresan con mayor frecuencia predilección por la prensa o las revistas, la pintura y el baile.

No obstante, las asociaciones halladas con respecto al riesgo de caídas no son estadísticamente significativas, por lo que únicamente se hace referencia a posibles relaciones, basadas en los resultados obtenidos, que habría que continuar explorando.

Relación	Chi-Cuadrada	GL	p-valor
RC - “Bailar”	3,789	2	0,150
RC - “Caminar”	3,263	2	0,196
RC - “Ver la televisión”	3,617	2	0,164
RC* - “Bailar”	2,098	1	0,148
RC* - “Lectura”	2,213	1	0,137
RC* - “Pintura”	1,738	1	0,187
RC* - “Prensa o revistas”	2,213	1	0,137
RC = Riesgo de caídas; RC*: Agrupación previa en dos categorías; GL = Grados de libertad			

Tabla XXVII. Relación entre principales intereses de ocio y riesgo de caídas

Finalmente, se analizó la posible relación entre la autovaloración de la persona de su estado de salud, recogida en la EVA del EQ-5D, y los principales intereses de ocio de la muestra (Tabla XXVIII). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre dicha valoración y el interés de la persona por leer la prensa o revistas. También se halló una fuerte relación, aunque no estadísticamente significativa, con el interés por la lectura en

general. Otras preferencias, como caminar o escuchar música, parecen no tener ninguna relación con la autovaloración de la persona sobre su estado de salud o calidad de vida.

Relación	Chi-Cuadrada	GL	p-valor
EVA - “Bailar”	0,857	1	0,355
EVA - “Calceta”	0,343	1	0,558
EVA - “Caminar”	0,000	1	1,000
EVA - “Costura”	0,343	1	0,558
EVA - “Escritura”	1,400	1	0,237
EVA - “Escuchar la radio”	0,124	1	0,725
EVA - “Escuchar música”	0,019	1	0,890
EVA - “Ir al cine o ver cine”	2,291	1	0,130
EVA - “Lectura”	3,340	1	0,068
EVA - “Prensa o revistas”	7,135	1	0,008
EVA - “Ver la televisión”	0,942	1	0,332
GL = Grados de libertad			

Tabla XXVIII. Relación entre principales intereses de ocio y EVA del EQ-5D

Por otro lado, se identificaron las limitaciones o restricciones que presentan los participantes en este estudio para el desarrollo de actividades de ocio de su interés.

El factor que aparece con mayor frecuencia son las limitaciones a nivel visual, que se presentan en un 28,9% de los casos. Este factor dificulta principalmente el desarrollo de la lectura, pero también interfiere en la realización de las siguientes actividades de ocio: coser, ganchillar o calcetar; cocinar; escribir o dibujar; ver la televisión o películas en general; jugar a las cartas; y hacer manualidades o actividades manuales.

Otros de los factores identificados en valores significativos, en un 17,8% de los casos, son: dificultades en la identificación de intereses propios; limitaciones a nivel físico, en miembros superiores y/o inferiores, que restringen actividades como calcetar o bailar; y falta de motivación, que algunos participantes definen como “ganas de no hacer nada”.

En un 11,1% de participantes, especialmente en el grupo de las mujeres, emergió también la falta de desarrollo o exploración previa de intereses de ocio, lo que explica en cierto

modo que las tareas del hogar, que ocuparon gran parte de su día a día a lo largo de otras etapas de la vida, aparezca como uno de los intereses de ocio más frecuentes.

Por otro lado, en un 6,7% de casos, se detectó que actuaban como elementos restrictivos: la fatiga o cansancio; la falta de iniciativa; la percepción negativa sobre la vejez en general o sobre las capacidades propias; y limitaciones a nivel cognitivo (dificultades de memoria o concentración), que interfieren en actividades como jugar a las cartas, leer o calcetar.

El 4,4% de participantes hizo alusión a la influencia de la sensación de falta de seguridad, que limita la realización de actividades de ocio en el exterior; y la percepción de falta de tiempo libre en su día a día.

Finalmente, se recogen aquellos factores limitantes que fueron identificados únicamente por uno de los participantes en el estudio: limitaciones a nivel auditivo; sobreprotección del entorno familiar o social; “miedo” a molestar a otras personas; ausencia de intereses comunes con el entorno social; sensación de falta de “educación” o preparación académica; falta de alternativas de ocio significativas en el entorno próximo; y dificultades comunicativas que limitan la participación en actividades grupales de ocio.

En el siguiente gráfico, se muestran las principales limitaciones o restricciones detectadas para el desempeño de actividades de ocio y tiempo libre (Gráfico 24).

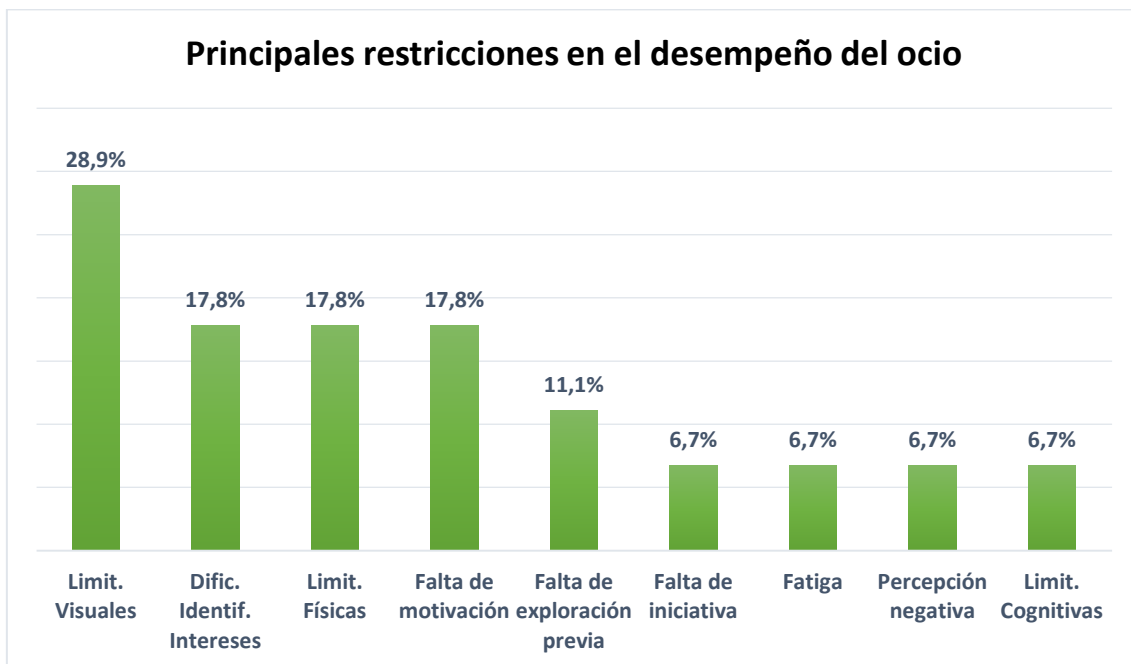


Gráfico 24. Principales restricciones para el desempeño de actividades de ocio

Al analizar individualmente el desempeño de cada participante, se encuentra que un 77,8% identifica al menos uno de los factores explicados, lo cual significa que aproximadamente 4 de cada 5 personas presenta alguna restricción para el desempeño de su ocio, tal y como se puede apreciar en el siguiente gráfico (Gráfico 25). Las frecuencias más elevadas se obtienen en los grupos de personas que identifican uno o dos aspectos limitantes, siendo 1,4 el promedio de factores por persona, con una desviación estándar de $\pm 1,1$.

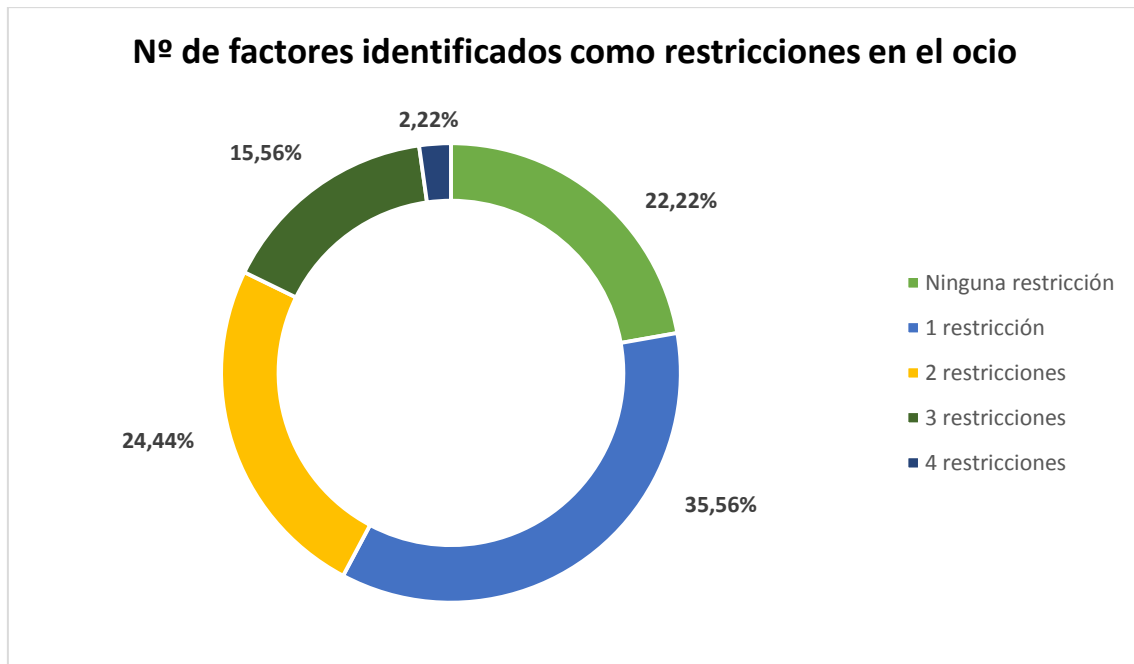


Gráfico 25. N° de factores identificados como restricciones en el ocio

Se analizó también la relación entre la presencia o ausencia de limitaciones en la realización de actividades significativas de ocio, y las variables estudiadas anteriormente, no encontrando ninguna asociación significativa con el género, el tipo de recurso al que acude la persona, el núcleo de convivencia, el nivel de desempeño en las ABVD según el Índice de Barthel, el riesgo de caídas evaluado a través de la Escala de Tinetti, y la autovaloración de la persona sobre su salud, reflejada en la EVA del EQ-5D.

Con respecto a los entornos en los que los participantes desarrollan sus actividades de ocio, tienden a limitarse al espacio en el que residen y al recurso al que acuden: es decir, al domicilio, residencia o centro de día, según el caso. Tan sólo un 15,6%, un reducido porcentaje de la muestra, realiza actividades de ocio y tiempo en la comunidad, en espacios diferentes a los ya citados.

Desempeño en el área de participación social

Con respecto al desarrollo del área de participación social, se encontró que la mayor parte de la muestra establece relaciones con miembros de su familia (95,6%) y con personas del centro de día o residencia (95,6%): compañeros, profesionales, alumnado de prácticas, voluntarios, etc.

En general, estas relaciones se perciben como positivas o “buenas” en ambos casos, aunque en menor proporción en el caso del entorno familiar (77,8%), al existir en algunos casos conflictos o desacuerdos que hacen definir la relación como “mala” o “no muy buena”.

La relación de los participantes con el resto de personas que acuden al centro de día o residencia, se percibe como positiva o “buena” en la mayoría de los casos (91,1%); no obstante, algunas personas mencionaron ciertas restricciones que encuentran a la hora de establecer contacto con sus compañeros o iguales, como las diferencias idiomáticas, la falta de iniciativa propia para comenzar conversaciones, la presencia de dificultades en la expresión o en la comprensión del discurso, o la percepción de falta de intereses comunes.

Un reducido porcentaje de participantes (22,2%) establece además relaciones con otras personas ajenas al entorno familiar o del centro de día/residencia. En este caso, las personas con las que mantienen contacto son generalmente vecinos del barrio o amistades con las que ya se relacionaban en otras etapas de su vida. En muchos casos el contacto no se establece físicamente, sino por vía telefónica.

V.2. Impacto en la calidad de vida y el comportamiento ocupacional

Para estudiar el impacto de la intervención llevada a cabo, se analizó la calidad de vida y el comportamiento ocupacional de los participantes, estudiando los cambios acontecidos en las mediciones realizadas a través del EQ-5D y la COTE, respectivamente.

En el primer caso, se tuvieron en cuenta las mediciones llevadas a cabo con el EQ-5D en la fase de evaluación inicial y la de evaluación final. Para este análisis, la muestra se redujo a 34 personas, ya que con los 11 participantes restantes no se pudo completar la fase de valoración final (ver apartado IV.7).

En el segundo caso, se estudiaron las variaciones entre las puntuaciones asignadas a la COTE en la primera sesión de intervención, y las correspondientes a la última sesión a la que acudió cada participante. Para este análisis, se tuvo en cuenta al total de la muestra: es decir, a las 45 personas mayores participantes en el estudio.

Impacto en la calidad de vida

Para analizar las variaciones acontecidas en el primer elemento de la escala EQ-5D, el sistema descriptivo, se asignó a cada nivel de gravedad una puntuación numérica (1, 2 y 3), pudiendo así estudiar las diferencias entre la puntuación media obtenida en la evaluación inicial y la obtenida en la evaluación final.

En primer lugar, se produjo una mejora en las puntuaciones de dos dimensiones, la *Movilidad* y el *Cuidado personal*, obteniéndose una media inferior en la evaluación final, con respecto a la media alcanzada en la evaluación inicial, lo cual implica un descenso en el nivel de gravedad asignado por los participantes a dichas dimensiones.

Sin embargo, estas diferencias, tal y como se puede observar en la Tabla XXIX, no fueron estadísticamente significativas, por lo que no es posible establecer que se deban a la participación en el programa de intervención desarrollado a través de la PDI y otras herramientas tecnológicas.

	Media inicial	Media final	Dif. media	DE	IC: 95%		t	p-valor
					Inf.	Sup.		
MOV	1,879	1,758	0,1212	± 0,4151	0,0260	0,2684	1,68	0,103
CP	1,818	1,667	0,1515	± 0,5075	0,0284	0,3315	1,71	0,096

MOV = Movilidad; CP = Cuidado personal; Dif. = Diferencia

Tabla XXIX. Impacto en *Movilidad y Cuidado personal* del EQ-5D

La puntuación correspondiente a la dimensión de *Ansiedad/depresión* se mantuvo exactamente igual, no encontrándose ninguna diferencia entre la medición inicial y la final (Tabla XXX).

	Media inicial	Media final	Dif. media	DE	IC: 95%		t	p-valor
					Inf.	Sup.		
ANS	1,848	1,848	0,0000	± 0,901	0,320	0,320	0,00	1,000

ANS = Ansiedad / Depresión

Tabla XXX. Impacto en *Ansiedad/depresión* del EQ-5D

Por el contrario, las dimensiones de *Actividades cotidianas* y *Dolor/malestar* obtuvieron una peor valoración tras la realización del programa de intervención, aunque de nuevo las diferencias no fueron estadísticamente significativas (Tabla XXXI).

	Media inicial	Media final	Dif. media	DE	IC: 95%		t	p-valor
					Inf.	Sup.		
ACT	1,758	1,848	-0,091	± 0,843	-0,390	0,208	-0,62	0,540
DOL	1,788	1,939	-0,152	± 0,755	-0,419	0,116	-1,15	0,258

ACT = Actividades cotidianas; DOL = Dolor / Malestar

Tabla XXXI. Impacto en *Actividades cotidianas y Dolor/malestar* del EQ-5D

En el Gráfico 26, se pueden visualizar las diferencias entre las puntuaciones iniciales y finales asignadas a cada dimensión del sistema descriptivo del EQ-5D, apreciándose una tendencia al descenso en la valoración de la *Movilidad* y el *Cuidado personal*; es decir, a presentar problemas de menor gravedad, y una tendencia al mantenimiento en la *Ansiedad/depresión*, permaneciendo exactamente igual la valoración de esta dimensión antes de la intervención, y después de su realización.

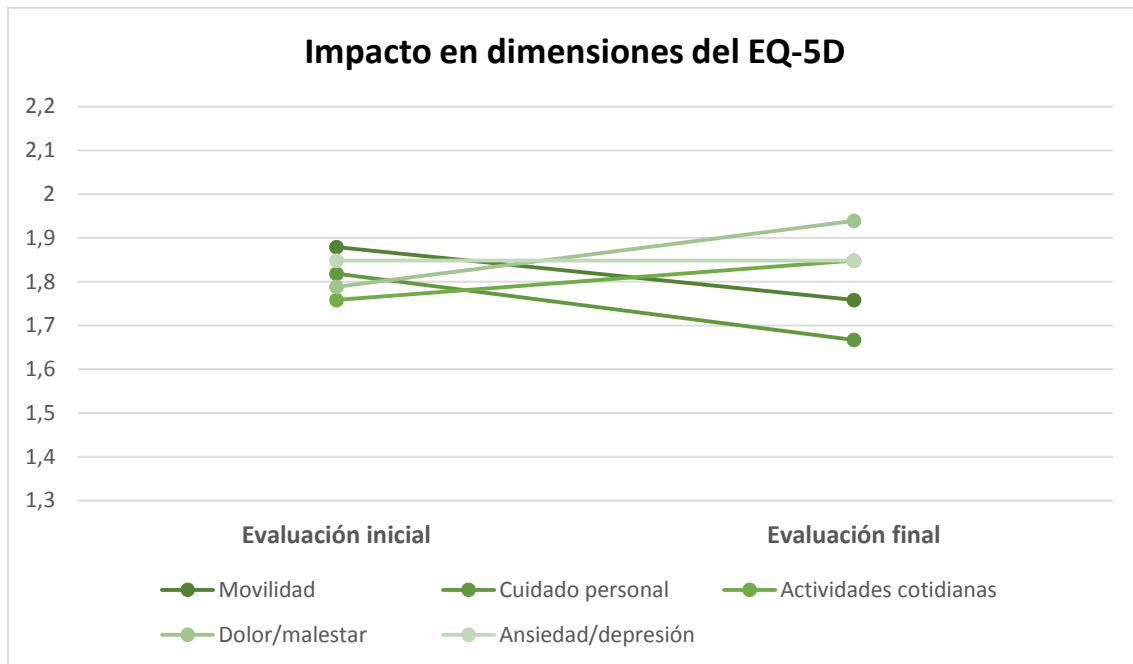


Gráfico 26. Impacto en dimensiones del sistema descriptivo del EQ-5D

Con respecto a las puntuaciones obtenidas en la EVA del EQ-5D, la cual refleja la autovaloración de la persona sobre su estado global de salud, se produjo una tendencia a la mejora entre la media de dicha puntuación en la evaluación inicial y la media obtenida en la evaluación final. Sin embargo, esta mejora fue de tan solo 1,74 puntos, y no se pudo considerar estadísticamente significativa, al obtenerse un p-valor superior a 0,05, tal y como se puede observar en la Tabla XXXII.

	Media inicial	Media final	Dif. media	DE	IC: 95%		t	p-valor
					Inf.	Sup.		
EVA	62,29	64,03	-1,74	± 24,25	-10,64	7,15	-0,40	0,692

Tabla XXXII. Impacto en EVA del EQ-5D

Finalmente, se efectuó el análisis del IVES, es decir, del Índice de Valores sociales o de preferencias, para cada Estado de Salud, tanto antes como después de la intervención llevada a cabo.

En este ítem, se obtuvo también una cierta mejora, siendo mayor el índice medio en la situación inicial que en la fase de evaluación final. No obstante, este incremento no fue estadísticamente significativo, tal y como se puede observar en la Tabla XXXIII, por lo que no se puede establecer ninguna relación definitiva entre la intervención a través de la PDI y la variación del IVES.

	Media inicial	Media final	Dif. media	DE	IC: 95%		t	p-valor
					Inf.	Sup.		
IVES	0,4624	0,4772	-0,0148	± 0,1861	-0,0808	0,0515	-0,46	0,650

Tabla XXXIII. Impacto en IVES del EQ-5D

En resumen, tras el análisis de los resultados alcanzados en los tres elementos del Cuestionario de Salud EuroQol-5D, se puede afirmar que el programa de intervención realizado a través de la pizarra digital interactiva no presenta, en la muestra estudiada, un impacto significativo en la calidad de vida o en la CVRS de las personas mayores participantes. No obstante, cabe destacar que sí se produjo una tendencia a la mejora en las puntuaciones de las dimensiones *Movilidad* y *Cuidado personal*; en la autovaloración del estado global de salud, reflejada en la EVA; y en el Índice de valor social para cada estado de salud.

Impacto en el comportamiento ocupacional

En primer lugar, se estudió la diferencia existente entre la puntuación global de la COTE asignada en la primera sesión de intervención, y la puntuación global final, asignada en la última sesión a la que asistió cada participante.

Se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en estas mediciones, mejorando el comportamiento ocupacional de la persona, asociado con una menor puntuación en esta escala, tras el programa de intervención implementado, tal y como se puede observar en la siguiente tabla (Tabla XXXIV).

	Media inicial	Media final	Diferencia media	DE	IC: 95%		t	p-valor
					Inf.	Sup.		
COTE	6,977	3,349	3,628	3,577	2,514	4,742	6,57	0,000

Tabla XXXIV. Impacto en la COTE: Puntuación global

Asimismo, se analizaron por separado las diferencias entre las puntuaciones iniciales y finales correspondientes a cada bloque de la escala, comprobando que aquel en el que se obtuvo una mayor diferencia fue en el de *Comportamiento interpersonal*. En todos ellos, el impacto del programa conllevó una mejora estadísticamente significativa, con valores de significación inferiores a 0,005 (Tabla XXXV).

	Media inicial	Media final	Diferencia media	DE	IC: 95%		t	p-valor
					Inf.	Sup.		
CG	1,930	1,163	0,767	1,666	0,252	1,283	3,01	0,004
CI	2,465	0,837	1,628	1,480	1,172	2,084	7,21	0,000
CT	2,605	1,349	1,256	2,245	0,561	1,951	3,65	0,001

Tabla XXXV. Impacto en la COTE: Puntuaciones desglosadas

Estos resultados permiten afirmar que el programa de EA llevado a cabo, conlleva un impacto relevante en las tres áreas del comportamiento ocupacional de las personas mayores participantes, especialmente en relación a su comportamiento interpersonal, lo cual se muestra de forma visual en el siguiente gráfico (Gráfico 27).

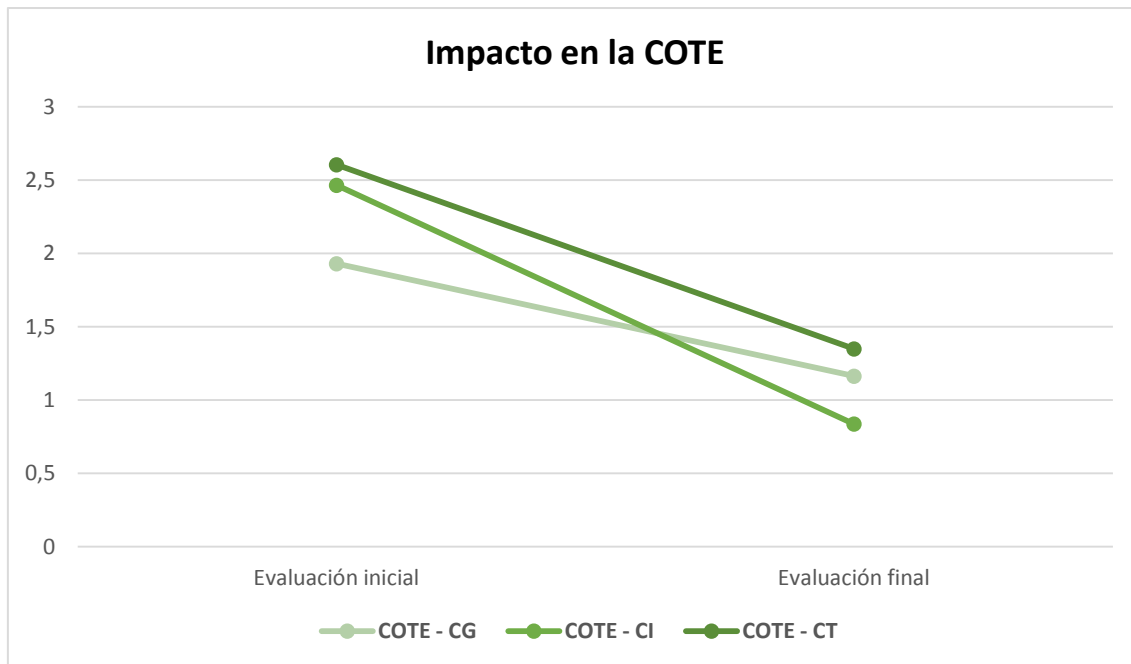


Gráfico 27. Impacto en la COTE

El análisis individualizado de cada uno de las COTE cubiertas para cada participante, ofrece la posibilidad de indagar en los aspectos que en mayor medida se han visto afectados por el programa de EA en cada uno de los bloques, siendo aquellos en los que mayor presencia de problemas había en la fase de evaluación inicial.

En relación al comportamiento general, se produjo una disminución en las puntuaciones de 0,767 puntos, derivada, principalmente, de las mejoras en el comportamiento no productivo, el nivel de actividad, la responsabilidad y la asistencia o puntualidad. También se detectaron en muchos casos dificultades en la orientación temporal, espacial y personal, que se mantuvieron por lo general en la fase de evaluación final.

Con respecto al comportamiento interpersonal, tuvo lugar una mejora muy significativa, de 1,628 puntos, teniendo el programa de EA cierto impacto sobre todos los ítems recogidos en este bloque: independencia, cooperación, asertividad o auto-afirmación, sociabilidad, demanda de atención y respuesta negativa de otros.

Finalmente, las mejoras que se produjeron el bloque de comportamiento en la tarea, en el que disminuyó la puntuación en 1,256 puntos, giraban en torno a los siguientes aspectos: motivación, concentración, interés en la actividad, interés en completar la tarea, y toma de decisiones.

V.3. Experiencias de participación en el programa de envejecimiento activo

El análisis de los datos recogidos a través de las técnicas cualitativas empleadas en este trabajo, permitió extraer una serie de categorías, que tratan de explicar el fenómeno de este estudio de investigación.

A continuación, se desarrolla cada una de las categorías emergentes, apoyadas en los verbatim de los participantes y de la doctoranda, los cuales se acompañan del código identificativo correspondiente: en el caso de los participantes, la letra A o B (en función de la entidad de la que sean usuarios) acompañada de un número correlativo; en el caso de la doctoranda, se utilizan la inicial D.

Se indica, además, el código correspondiente a la técnica de recogida de datos a la que pertenece cada verbatim: CC - Cuaderno de campo; EF - Entrevista individualizada final; y RS - Registro de sesiones.

Las aportaciones de la “pizarra mágica”

En esta categoría, se reflejan las percepciones que manifestaron los participantes en el estudio, en relación a la principal herramienta tecnológica empleada en la fase de intervención, la pizarra digital interactiva. Este material ha sido denominado como la “pizarra mágica” al ser el término empleado por uno de los participantes para hacer alusión a la PDI en numerosas ocasiones, tanto en la entrevista final como en las propias sesiones de intervención.

“A09 me comenta caminando hacia el comedor antes de la comida: ‘¿Vas a volver por la tarde, para trabajar con la pizarra mágica?’.” D en CC

En general, las impresiones que emergen sobre la PDI son positivas, destacándose diferentes ventajas o beneficios aportados por esta herramienta, sin llegar a compararla con los materiales empleados en otras actividades de los centros.

Una de las ventajas que destacan los participantes en el estudio en relación a la pizarra digital interactiva, gira en torno a la accesibilidad de los contenidos. Debido a la amplia superficie de proyección que presenta, consideran que se facilita la legibilidad de los textos y la visualización de imágenes o vídeos.

“(…) se ve claro todo, la letra grande.” A02 en EF

“Se ve más cosas con lo que haces tú, más las formas, más…” A07 en EF

Por otro lado, resaltan “la rapidez” y el dinamismo en la presentación de los contenidos y la inmediatez en la búsqueda de información, gracias a la posibilidad de conectar la PDI con un ordenador con conexión a Internet.

“(…) visualizar, hechos y cosas que es muy importante. Es casi un milagro ver eso. Verlo así, al momento.” A09 en EF

“Nos distraemos mucho, porque sale una cosa, luego sale otra, y luego digo: ‘¡Mira, mira, mira lo que sale!’ No yo, todas. ‘¡Mira qué bonito, mira!’.” A13 en EF

“Buscas una cosa y ya está, ya la encuentras, ya...” A10 en EF

En algunos casos, genera sorpresa o curiosidad la mera posibilidad de que determinados contenidos aparezcan proyectados en la pantalla.

“Al remate de alguna sesión, cuando preguntabas, y alguien decía alguna cosa de: ‘Ah, pues a ver si un día vemos o miramos...’. Tú prometías. A mí me parecía que no era posible. Decía yo: ‘Bueno, lo intentará, pero...’. Y luego era posible.” A09 en EF

“Incluso había de la... de la Segunda Guerra Mundial. También había notas en la pantalla.” B15 en EF

Especialmente, estos sentimientos de sorpresa surgen asociados a fotografías o vídeos de hace varias décadas relacionados con ciudades, películas, cantantes, juegos, etc. significativos para los participantes.

“(…) eso me gustó muchísimo. Recordar las calles, o sea, antiguamente.” B17 en EF

“En la pizarra nos tienes enseñado incluso películas.” B21 en EF

También aparecen en relación a la posibilidad de visitar en tiempo real calles, monumentos o, en general, información, de cualquier lugar del mundo, y en particular, en el caso de sus domicilios actuales, su localidad de procedencia u otros sitios en los que han estado en algún momento de sus vidas.

“Es como estar allí, en el medio.” A09 en RS

“Durante el desarrollo de la sesión, la mayoría de las usuarias comentaron con gran interés sus conocimientos o vivencias en relación con los lugares que se iban mostrando, especialmente en relación a aquellos en los que habían vivido o que conocían por haberlos visitado; por ejemplo, al proyectar en la pizarra una imagen de la Sagrada Familia, B08 exclamó: ‘¡Yo estuve ahí!’. Sin embargo, no se observó el mismo nivel de interés o atención en relación a lugares que no formaban parte de su historia de vida.” D en RS

Asimismo, se mencionan las posibilidades que ofrece la PDI para escribir y de ese modo, plasmar en la pizarra las aportaciones que va haciendo el grupo.

“La pizarra esa tendrás que ponerla para ir anotando lo que se va diciendo, ¿no?” A03
en EF

Destacan, además, como una ventaja la posibilidad de corregir dichas anotaciones en el caso de ser erróneas.

“La pizarra tiene la ventaja que si sale mal la cosa, la borras y ya está.” A06 en EF

“(…) es una cosa que escribes y si, por ejemplo, no te gusta, o le ves algún defecto o algo, coges el borrador (…) y le haces así y lo borras.” B01 en EF

Finalmente, los participantes en el estudio refieren que la PDI es un medio que puede favorecer su capacidad de atención y concentración, debido a la amplitud de la superficie de proyección o al dinamismo en la presentación de los contenidos, ya comentado anteriormente.

“(…) es muy rápida. [PL] Que te concentra más... en lo que estás viendo o escuchando. Y luego que te aporta muchísimos matices, que de otro modo lo veo difícil. Porque es la pura realidad, a través de cables, de... ¿no? Una fotografía, vista ahí, es una maravilla.” A09 en EF

Puede brindarles, además, un apoyo para estructurar y comprender con mayor facilidad la información que se aborda a lo largo de las sesiones, o para evocar ciertos recuerdos a través de la visualización de imágenes o vídeos.

“Si es una cosa que te parece que tal lo pones a un lado, y lo demás lo pones a otro. (...) cuando lo estás poniendo, vemos ya lo que va a salir, y ya nos vamos dando cuenta, de lo que vas a decir. Para nosotros saber lo que vas a explicar.” A08 en EF

“Si no las ves pues ya no te acordabas, y las viste y te... Sí, sí.” B14 en EF

“Aun sale allí, y dices tú: ‘Mira, lo que era’.” B21 en AF

El acercamiento de las personas mayores a esta herramienta tecnológica y, por lo tanto, a las numerosas posibilidades que ofrece, se ve facilitado por la similitud de ciertos elementos que la conforman, con otros objetos familiares para los participantes: el bolígrafo, el encerado convencional o la pantalla de cine.

“Eso es una cosa buena, porque que aprendes. Que con un ordenador vas viendo en la pantalla las cosas que salen y tal, solamente con manejar el ordenador, lo ves en la pantalla, como si fuera el cine. Como el cine, igual, lo mismo.” B17 en EF

Sin embargo, la pizarra digital puede presentar también algunos inconvenientes para algunas personas, como molestias visuales o sensación de mareo. En el caso de las primeras, generalmente pueden ser solventadas a través de la regulación del brillo, contraste, etc. del proyector, así como de las condiciones del aula: iluminación de la sala, ubicación de la pizarra y de los asientos, etc.

Con respecto a la sensación de mareo, tan sólo fue expresada por una de las participantes en el estudio, que debido a ello, manifestó rechazo hacia el uso de esta herramienta, tanto en la entrevista final, como en las propias sesiones de intervención. Abandonó, por lo tanto, la fase de intervención de forma anticipada, a pesar de mostrar interés por el contenido de las actividades llevadas a cabo.

“Me mareé. Ya sabes que me mareé. (...) porque veo poco. Y al ver poco, no me gusta.” B04 en EF

Mantener viva la memoria

Uno de los beneficios que les ha aportado esta experiencia y que en mayor medida destacan los participantes, es la evocación de recuerdos y vivencias del pasado, de etapas anteriores de su vida, fomentada principalmente a través de los contenidos y actividades pertenecientes al *Programa de ocio y participación social*.

“Para estimular y recordar lo que vivimos.” A02 en RS

“Para acordarme de cosas antiguas, de cosas de atrás.” A07 en EF

“(...) expresaron impresiones positivas sobre la actividad llevada a cabo, refiriendo que les había servido para evocar recuerdos y ‘rememorar épocas pasadas’ (A19).” D en RS

En general, los participantes hacen referencia a este beneficio en combinación con el que se explica en la siguiente categoría, la oportunidad de aprender y descubrir cosas nuevas.

“(...) me recordaste cosas, y aprendiste cosas también. Las recordaste y las aprendiste. Tanto yo como las demás.” B17 en EF

“Todo lo que sean cosas nuevas, también vienen bien. Y aunque sean cosas viejas, uno se olvida del pasado, también viene bien.” A11 en EF

“Mira, aprendimos, recordamos... Pero eso es bueno, recordar, que son cosas que ya pasaron. Y aprendimos, eso es bueno. Nos diste una enseñanza, a todas. Nosotras tenemos los años, pero bueno, muchas cosas ya las tienes olvidadas. (...) recuerdas, es

bonito eso, de recordar, y aprendes, al mismo tiempo aprendes, y vas recordando.”

B17 en EF

Esta evocación de recuerdos y vivencias, se asocia fuertemente con las posibilidades de visualización ofrecidas por la PDI, como ya se ha mencionado en la anterior categoría.

“Si no lo habías visto, lo ves ahí, lo ves. Y si lo habías visto, dices: ‘¡Mira, eso lo he visto yo, qué bien!’.” A13 en EF

“Y recordé cosas que te digo la verdad que no me acordaba de ellas, de actores, ni de cosas que vimos ahí, que ya ni me acordaba. Y lo recordé.” B11 en EF

El hecho de recordar aspectos de su infancia, adolescencia o adultez genera en los usuarios sentimientos y emociones intensos, que se expresan fundamentalmente durante la propia realización de las sesiones.

“En el cierre de la sesión, los participantes comentaron el poder de evocación y fomento de la imaginación que tenía la radio frente a la televisión, refiriendo con nostalgia o emoción recuerdos o momentos concretos de su infancia o juventud en que les había acompañado.” D en RS

“(…) todas las integrantes del grupo participaron activamente y con gran interés a lo largo de la actividad, cantando mientras se escuchaban canciones populares, sonriendo y manteniendo fija la mirada en la pizarra mientras se proyectaban los vídeos, comentando con emoción anécdotas y vivencias relacionadas, explicando cómo jugaban a cada uno de los juegos abordados.” D en RS

En algunas entrevistas finales, también emergen narrativas vinculadas a los recuerdos evocados durante la intervención, expresándose de nuevo emociones y sentimientos positivos en torno a ellos.

“Recordar es volver a vivir. Y entonces pues vives…” B10 en EF

“Ay, mira que cuando vi el ‘Rayas’... Todo el mundo el ‘Rayas’, el ‘Rayas’... Sí, era, primero, segundo y tercero. Y cuando lo vi, dije: ‘¡Mira donde está el ‘Rayas!’.” A10 en EF

La evocación de recuerdos genera además sentimientos de logro, competencia o satisfacción, especialmente al recordar contenidos significativos para ellos, como películas, canciones o juguetes que formaron parte de otras etapas de su vida.

“(…) me recordaba algo de lo que yo había visto. Me hablas de una cosa que no he visto y me quedo en blanco. Pero de lo que yo he visto y sé un poco, me da satisfacción.” B13 en EF

“Durante la merienda, se observó que A01 y A21 comentaban con mucha emotividad la actividad realizada previamente con la pizarra, con otras compañeras del centro.

A21 refiere: ‘Estoy contenta porque vi lo mío’.” D en CC

La gran mayoría de las personas mayores participantes otorgan un gran valor e importancia a estimular y “mantener viva la memoria”. Por un lado, consideran que esta estimulación conlleva una mejora o un mantenimiento de sus capacidades cognitivas, lo cual perciben como un factor positivo para su calidad de vida y estado de salud actual.

“(…) para pensar más, que antes no pensaba tanto, estaba como atrofiada.” A02 en

EF

“(…) es muy importante para la salud.” A02 en RS

Por otro lado, “mantener viva la memoria” supone para ellos un beneficio en sí mismo por las sensaciones y emociones generadas, y la posibilidad de trasladarse a otros momentos, principalmente felices, de sus vidas.

“Me daba alegría, me gustaba ver cosas que ya las tenía casi olvidadas.” B11 en EF

“Nos ayuda a evocar y compartir buenos momentos de nuestra vida.” A01 en RS

Finalmente, también se identifican beneficios en relación a los contenidos abordados en el *Programa de seguridad y vida saludable*. Los participantes otorgan valor no sólo a la estimulación de la memoria a largo plazo, fomentada principalmente a través del *Programa de ocio y participación social*, sino también a potenciar otros tipos de memoria que repercutan en su desempeño ocupacional actual, haciendo posible que recuerden en el día a día pautas de actuación más seguras, o los hábitos para seguir un estilo de vida saludable.

“(…) es algo positivo, el que yo en parte ya trataba de hacer, pero bueno, esto siempre me ayudará a recordarlo y a hacerlo con, con la frecuencia debida.” B06 en EF

“Recordar lo que se debe de hacer. Eso es una cosa buena, recordarte lo que tienes que hacer.” B17 en EF

En definitiva, las personas mayores que formaron parte de esta experiencia resaltan esta categoría como una de las principales aportaciones del programa de intervención, considerando que responde en gran medida a sus necesidades actuales.

“(…) todo lo que sea aconsejar, y sobre todo en estas edades nuestras, que uno va perdiendo mucho, ¿no? de memoria y de lo que sea, por la edad, no cabe duda que... Y todo eso va en función perfecta para la gente ya que vamos con años, ya bastantes.”

A11 en EF

La oportunidad de aprender cosas nuevas y explorar

Otra de las aportaciones que ha tenido el programa de intervención llevado a cabo, es ofrecer a los participantes la oportunidad de aprender cosas nuevas, explorar y satisfacer su curiosidad o ampliar el aprendizaje ya adquirido a lo largo de la vida, tal y como expresan en muchos de sus discursos.

“Con todo esto, que vemos cada día, siempre aprendemos algo nuevo” A20 en RS

“(…) nos viene muy bien para aprender cosas que nunca habíamos visto.” A13 en RS

Con respecto al aprendizaje de nuevos contenidos, emergen con fuerza los conocimientos adquiridos en relación a la prevención de riesgos, especialmente las caídas, y el seguimiento de un estilo de vida más saludable, todos ellos abordados a lo largo del *Programa de seguridad y vida saludable*.

“(…) me enseñasteis muchas cosas que, para poder llevar la vida más pendiente de las caídas, y la vida saludable.” B16 en EF

Algunos participantes destacan con intensidad los conocimientos y destrezas vinculados con aumentar su seguridad en sus ocupaciones diarias y prevenir de este modo posibles riesgos, resaltando de forma especial, como ya se ha señalado, la prevención de las caídas, y haciendo referencia en sus discursos a actividades o acciones concretas que han aprendido a realizar de forma más segura.

“(…) cómo había que levantarse, que en eso estoy muy agradecida, aprendí a levantarme.” A02 en EF

“Lo que necesitamos, lo que debíamos hacer, lo que las personas mayores... cómo nos tenemos que mantener, sentados, andando, levantándote, para que no te caigas. ¿Todo eso no es aprender?” A13 en EF

En relación con el *Programa de ocio y participación social*, muchos participantes refirieron que habían podido ampliar sus conocimientos sobre ciertas temáticas de su interés, que no eran completamente desconocidas para ellos, pero en las que no habían profundizado previamente con la misma intensidad. Se presentó así información textual o contenidos audiovisuales relacionados con sus gustos e intereses, a los que generalmente los usuarios no suelen acceder, debido principalmente al escaso uso que hacen de Internet, con el fin de que ofrecer la posibilidad de que explorasen e indagasen con mayor profundidad.

“(…) se puede aprender mucho, de cosas que, aunque supieses de refilón, no las sabías con tanta concreción.” A09 en EF

Según varios participantes, el aprendizaje adquirido no se limita a los aspectos abordados en las sesiones de intervención, sino que en ocasiones se extiende a otras temáticas, estimulando sus capacidades en diferentes vías.

“Las experiencias siempre son buenas, para mi gusto. Porque siempre aprendes cosas.

A raíz de ese tema, vas recuperando tú, y recopilando, XXX otro tema. Y entonces estás en un tema que no tiene nada que ver con lo que ha dicho. Pero sin embargo yo llevo observados los dos temas.” B07 en EF

“Lo que se puede quitar del simple título de una película, se puede escarbar ahí y encontrar buena, información muy buena; no sólo acerca de la película, sino de hechos históricos, de... Para mí fue muy interesante.” A09 en EF

Los pocos participantes que hacían uso del ordenador e Internet en su vida cotidiana a lo largo del estudio, manifestaron que esta experiencia también les había servido para ampliar su aprendizaje sobre el manejo de estas tecnologías, y descubrir posibilidades que desconocían hasta el momento. El contacto con herramientas tecnológicas genera, además, sentimientos de conexión con el entorno social y la “realidad”.

“Recuerdo, para mí era una cosa nueva, ¿no? Aunque tengo ordenador, pues no, no ando curioseando de ese modo. Para mí fue una curiosidad conocida esas, esas sesiones, muy satisfactoria (...)” A09 en EF

“Adaptando a la realidad...” A02 en EF

También emergió en los discursos el valor del aprendizaje en sí mismo, independientemente de los contenidos o conocimientos adquiridos.

“Todo lo que sea que puedas asimilar y que puedas aprender, pues es bueno.” A10 en EF

“Estas cosas me gusta mucho, todo lo que sea aprender.” A16 en RS

De nuevo, los participantes hacen referencia a las posibilidades ofrecidas por la PDI y a los recursos digitales, fundamentalmente audiovisuales, seleccionados para desarrollar la intervención, como un apoyo fundamental para alcanzar este aprendizaje.

“Levantarse sin caerse, como vimos que hacía el señor.” A22 en RS

“B21 se dirige a mí para comentarme que ‘está muy bien cómo se trabaja lo del cine, sin ver las películas enteras, solo cachitos pequeños bien escogidos’, lo cual según ella les sirve tanto para recordar toda la película como para conocerla en el caso de que no la hayan visto.” D en CC

“Pusiste las cosas más importantes.” B17 en EF

Asimismo, mencionan el apoyo ofrecido por los profesionales que conducen las actividades en la adquisición de este aprendizaje, considerando en algunos casos que no sería posible si tuviesen que realizar este proceso de forma autónoma.

“A mí me gusta ir a todo lo que habláis, a mí me encanta. Porque son cosas que yo, pues, no entran en mi cabeza, por mí sola.” B01 en EF

Ofrecer oportunidades para que las personas mayores puedan ampliar su aprendizaje, adquirir nuevos conocimientos, y satisfacer su curiosidad, responde a las necesidades de muchos de los participantes, que manifestaron a lo largo de todo el estudio, tanto en la evaluación inicial como en fases posteriores, su motivación para aprender y saber más.

“(…) a mí todo lo que sea de conversación, y recibir noticias nuevas, y aprender cosas nuevas, eso me encanta. Siempre que pueda yo asimilarlo, porque a lo mejor lo oyes y no lo asimilas bien, pero bueno, siempre te quedan cosas que te agradan, siempre.”

B13 en EF

“El saber no ocupa lugar, ¿no sabes? El saber, yo quiero saber, yo no quiero ser torpe.” B04 en EF

Sin embargo, algunos participantes manifestaron ciertas barreras o limitaciones que interfieren en sus posibilidades de aprendizaje, asociadas con una percepción negativa sobre las propias capacidades, o con el significado otorgado a la vejez.

“Yo por ejemplo con los años que tengo, ya no aprendo nada.” B05 en EF

“(…) te gustaría aprenderlo, pero ya soy muy mayor para eso…” B19 en EF

Relajarse y “desconectar”

En esta categoría se recoge otra de las aportaciones del programa de intervención desarrollado, expresada con intensidad por muchos de los participantes en el estudio: la posibilidad de relajarse, “desconectar”, olvidarse de preocupaciones, distraerse y mejorar con ello su estado de ánimo.

“Al finalizar, A02 manifestó que la participación en este programa de intervención les había servido: ‘Para relajarnos, pasar un buen rato, distraernos, pensar en otras cosas, olvidarnos de las cosas malas, reírnos, estar de mejor humor.’” D en RS

“Para estar muy relajada, y muy... no estar... lo pasé bien.” A06 en EF

Por un lado, muchas personas reflejan en sus discursos que la participación en las actividades llevadas a cabo les sirvió para relajarse durante el desarrollo de las mismas.

“Son actividades relajantes.” B13 en RS

Por otro lado, algunos participantes hacen referencia a la oportunidad que les ha brindado para “desconectar” y olvidarse de ciertas preocupaciones.

“En ese momento, para olvidarme de todo. Desconecto.” B01 en EF

“(..) estamos haciendo algo, trabajando la mente, no estar pensando en lo que pasó el otro día.” A02 en EF

“B15 refiere al final de la sesión, mientras sonrío: ‘Cuando vengo aquí, no tengo la cabeza aquí, la tengo ahí, en la pantalla.’” D en RS

Debido a ello, muchos participantes expresan que la mayor aportación que les ha traído esta experiencia ha sido la de distraerse y entretenerse, asociada en ocasiones a visualizar y comentar temáticas novedosas para ellos.

“Una cosa que no has visto nunca y que, te entretiene la mente.” B19 en EF

“Estuvo bien para... para pasar el tiempo.” B18 en EF

Aunque esta distracción se limitase únicamente al propio momento de realización de las sesiones, se le otorga igualmente un importante valor y significado.

“De ese momento se disfruta, si te gusta una cosa. (...) Ese momento vale la pena.”

B19 en EF

En algunas ocasiones, la distracción o entretenimiento viene dado por el cambio de espacio que supone la realización de la actividad, o por el cambio que implica en la rutina habitual del centro.

“(..) para pasar el rato e ir abajo, a la planta baja.” B05 en EF

“Muy entretenido, salir de lo de siempre.” B19 en EF

La posibilidad de relajarse o distraerse se identifica como una fuerte necesidad en el caso de algunas personas, priorizándola frente a otros aspectos de su estado de salud, o concediéndole igual importancia.

“Eso es lo que yo pido, tener donde distraerme. No ahí con el cerebro cerrado. Tener en qué distraerme, porque eso te distrae. Hablas un poco, ves otro poco, y te vas distrayendo, muchísimo. Y eso es lo que vale, para mí, eso es... es el libro mejor que me puede dar cualquiera.” B21 en EF

“(..) el organismo, el cuerpo y la mente tiene que estar un poco, no solamente en el trabajo, sino también en recreo, es un descanso del trabajo, y además se revitaliza, teniendo esa otra parte de música y de canciones, y de cosas de alegría. Y luego el

trabajo está... Son dos cosas que las dos hay que mantenerlas, esa es la verdad. El trabajo, o sea, el trabajo y también el despeje del trabajo, que la mente también se realice y se recree en cosas que le gusten.” B13 en EF

Algunos participantes consideran que esta intervención, igual que otras que se realizan en sus respectivos recursos, les aporta mejoras en su estado de ánimo, proporcionándoles sentimientos de alegría e incluso, en algún caso, más ganas de vivir.

“Sirven para ayudarnos. A mí me dan ánimos, esas actividades, tú vas a un sitio donde te hablan de alguna cosa buena, y bien, vas alegre. Yo muy alegre, muy contenta, todo lo que digáis está muy bien.” B20 en EF

“(…) mejor para nosotros. Mejor para ti. Porque si te llevan a un sitio, y te hablan, te dan un empuje a vivir.” B20 en EF

Cambios en las interacciones y relaciones en el centro

A continuación, se recogen los cambios que se han producido en las interacciones y relaciones entre los usuarios del centro a lo largo del desarrollo del estudio, extraídos a partir de la observación participante y no participante realizada por la doctoranda, y de las percepciones e impresiones de los propios participantes.

En sus discursos, las personas mayores reflejan las aportaciones de esta experiencia en relación a la interacción con sus compañeros, expresando que les ha servido para tener más relación con algunos de ellos.

“Yo a --- ya hace mucho que la conozco. A --- no, no tenía mucho trato con ella. Tengo más ahora.” A06 en EF

En las observaciones realizadas por la doctoranda también se recogen ciertos cambios; por un lado, se aprecia la mejora de ciertas habilidades o destrezas sociales, que lleva a que los participantes se relacionen o interactúen con mayor asertividad.

“(…) mostraron una participación muy activa a lo largo de la sesión, produciéndose además un gran número de interacciones con la terapeuta y entre ellas, al compartirse anécdotas y recuerdos relacionados. En estas interacciones se observaron ciertas mejoras con respecto a sesiones anteriores, respetándose más los turnos y escuchando con más interés a las compañeras.” D en RS

Por otro lado, los participantes manifiestan que muchas de las temáticas abordadas generaron, en momentos posteriores a la realización de las actividades, conversaciones y conexiones entre los usuarios del centro; trasladándose de este modo los beneficios

alcanzados en la sesión a la vida cotidiana de los participantes. Estas conversaciones o conexiones no se limitan únicamente a los asistentes al programa de intervención, sino que también se dirigen a otros usuarios del recurso.

“(…) Y en cualquier momento sentados, o no sentados, surge y se comenta el tema, ¿no? Y aún seguro que tiene más desarrollo que el que fue en el momento de la pizarra.” A09 en EF

“Así después salimos y charlamos: ‘Mira esta que bien lo hizo, mira este otro no lo hizo bien’. Hablábamos entre nosotros según íbamos saliendo, hablábamos de las cosas que nos parecían a nosotros bien, y de lo que no nos parecía. Y para nosotros era importante.” A08 en EF

En relación a los cambios mencionados, se considera que, en cierto modo, se debieron al sentimiento de unión y pertenencia al grupo generado a lo largo de la intervención, el cual se trató de potenciar a través de diferentes dinámicas.

“(…) son cosas que compartes ya casi sentimentalmente con los demás, porque lo incorporas a la convivencia más o menos diaria. (…)” A09 en EF

No obstante, con respecto a las relaciones con los compañeros del centro, algunos participantes refieren que, en general, no se llegan a alcanzar los niveles de intimidad o confianza que sí adquirieron en otras etapas de la vida, por lo que muchas relaciones se mantienen en el compañerismo y no se consolidan como verdaderas relaciones de amistad.

“Yo aquí hablo con todas, y trato de ser cariñosa con todas, y amable. Pero intimidad, intimidad no. (….)Aquí, amigas, amigas, lo que se llama amigas, no tengo ninguna. Porque no son de mi manera de pensar…” A02 en EF

“(…) tampoco no tengo confianza así…” A07 en EF

“Sigo coas mismas amistades que tiña fóra.” A16 en EF

Generalización y aplicabilidad en el día a día

En las categorías anteriores, se ha mostrado cómo los beneficios y el aprendizaje aportados por la intervención llevada a cabo, se generalizan en muchas ocasiones a otros entornos y ocupaciones de la persona. En esta categoría, se expone con mayor detalle la aplicabilidad que ha tenido el programa de intervención desarrollado en el día a día de los participantes, debido a la fuerza con que este aspecto ha emergido, tanto en sus discursos como en las observaciones realizadas por la doctoranda.

Esta generalización se produce en mayor medida en torno a los contenidos del *Programa de seguridad y vida saludable*. Los participantes mencionan en sus discursos, y a lo largo de las sesiones, cómo tratan de aplicar los conocimientos y destrezas adquiridos en su vida diaria.

“Y no tener alfombras, y no andar de chanclas en casa. De eso me acuerdo mucho, porque algunas veces quiero poner unas zapatillas y veo que no debo, y entonces me acuerdo de ti, de tus enseñanzas, de tus enseñanzas buenas. Y tener el baño como se debe de tener, el neceser en su sitio, las cosas de medicinas y eso en un neceser, como debe de ser en realidad.” A02 en EF

“Aún le estoy diciendo a mi hija que me despierte por la mañana, porque me levanto temprano, que a las 9 y media ya hay que estar aquí, o antes. Y ya le digo: ‘Llámame un poquito antes, para no levantarme...’ Porque me acuerdo de eso, siempre, de levantarme bien y no apurada.” A03 en EF

Asimismo, se observó en algunos usuarios el seguimiento de pautas más seguras de actuación en su desempeño de actividades en el centro, lo cual hace también referencia a la generalización del impacto de la intervención llevada a cabo en su día a día y en un entorno en el que desarrollan gran parte de sus ocupaciones.

“(...) en los últimos cuatro o cinco meses se han observado en el centro reacciones más seguras en algunos usuarios, como A02 o A16, ante las acciones inseguras de otros compañeros (por ejemplo, a la hora de levantarse de la silla o caminar sin usar el bastón o el andador), avisando a las profesionales en vez de ayudar directamente a la persona.” D en CC

Para los participantes en el estudio, resulta fundamental aplicar en su vida cotidiana los conocimientos y destrezas adquiridos a través de este programa de actividades, permitiendo que se alcancen los objetivos perseguidos.

“Lo importante ahora, es hacerlo.” A10 en RS

“Es importante retenerlo y practicarlo.” A18 en RS

Sin embargo, en el caso de algunos participantes, se identificaron a lo largo de la intervención ciertas dificultades para lograr esta generalización de las pautas y recomendaciones abordadas en el *Programa de seguridad y vida saludable*. Principalmente, se detectó la interferencia de limitaciones a nivel cognitivo, que restringen la capacidad para asimilar, registrar y recordar la información explicada, y un nivel elevado de resistencia en algunas personas para abandonar sus hábitos y adoptar dichas pautas y recomendaciones en su día a día.

En otros casos, se apreciaron actitudes o pensamientos que mostraban la posibilidad de cambiar y modificar ciertos hábitos perjudiciales, en relación a la alimentación o la seguridad en su día, independientemente de la edad.

“También se puede, se puede remediar, sí señor.” A03 en EF

Como ya se ha mencionado en categorías anteriores, la generalización y aplicabilidad también se produce en relación a los contenidos abordados en el *Programa de ocio y participación social*. Se menciona la aplicabilidad que tiene para ellos la adquisición de nuevos conocimientos generales en torno a diferentes temáticas, comparándola con la aportada por la lectura de un libro.

“Es como leerse un libro. Cuando acabas un libro, tienes un montón de elementos de... igual de cosas concretas, pero en general, que antes no habías adquirido, que antes no los tenías, o no los habías pensado, y son útiles. Para poner ejemplos, para... para poder explicar alguna cuestión que normalmente no, no se da ni se la buscabas, y ahora sí. Pues una cosa parecida.” A09 en EF

En general, los participantes manifiestan que el programa de EA llevado a cabo les ha permitido establecer nuevas conexiones o conversaciones con otros compañeros del centro, tanto en la propia realización de las sesiones como en momentos posteriores, por lo que consideran que la aplicabilidad del programa de intervención se extiende a su participación social en el centro, independientemente del tipo de actividades o contenidos abordados.

“(...) son cosas que compartes ya casi sentimentalmente con los demás, porque lo incorporas a la convivencia más o menos diaria. Y en cualquier momento sentados, o no sentados, surge y se comenta el tema, ¿no? Y aún seguro que tiene más desarrollo que el que fue en el momento de la pizarra.” A09 en EF

Compromiso e implicación en la actividad

A lo largo del programa de EA, se observó en muchos participantes una evolución positiva con respecto a su compromiso e implicación con la actividad.

La fuerte implicación de los participantes en la intervención se puede apreciar, por ejemplo, en las situaciones que se describen en los siguientes verbatim, en las que algunos participantes proponen a la terapeuta que incluya a otros compañeros del centro en las actividades con la pizarra digital.

“A21, estando sentada en una mesa con ---, me llama para preguntarme si su compañera también asiste a sesiones con la pizarra, insistiéndome para que la incluya en las mismas.” D en CC

“A07 me comenta también que hay una nueva usuaria en el centro de día, y sugiere que sea incluida en ‘las actividades con la pizarra’.” D en CC

La implicación de los participantes en la actividad es valorada por ellos mismos de forma muy positiva, produciéndose en algunos casos sentimientos de satisfacción asociados a la mera participación en el programa de intervención llevado a cabo.

“Mucha satisfacción. Porque de no hacer nada a participar en estas cosas, me da mucha satisfacción.” B13 en EF

Se identificaron determinados aspectos que podrían estar vinculados con la evolución observada, contribuyendo a fortalecer el compromiso e implicación de los participantes en la actividad. El aspecto que emergió con mayor peso frente al resto de factores identificados fue la motivación de los propios participantes, y su grado de interés por la intervención llevada a cabo.

“Si la gente lo quiere tomar, pues sí. Depende cada uno cómo lo tome. Yo vengo encantada.” B20 en EF

“Cuando va uno de buena gana, va de buena gana. (...) si no, no iba. Yo te digo también la verdad.” A03 en EF

Otros posibles factores influyentes en este progreso están relacionados con las propias características de la intervención y la forma en que ésta fue desarrollada. Por ejemplo, el hecho de conformar grupos estables en el tiempo, tratando de mantener el mismo horario cada semana y de realizar las sesiones en un mismo espacio, favorece la asistencia de los participantes a las sesiones, la colaboración o cooperación con el programa, el compromiso con la actividad, la motivación e iniciativa, el interés por la tarea, y la interacción con los compañeros, entre otros aspectos.

“Anticipar a cada grupo el horario que va a tener a lo largo del programa, recordándolo cada semana, favorece que algunos usuarios acudan autónomamente a la sesión, muestren un mayor interés por saber “cuándo les toca”, o se dirijan a otros compañeros para recordarles o para avisarles de su horario.” D en CC

También se identifica la importancia de ofrecer a los participantes, oportunidades para elegir y decidir sobre las actividades o contenidos a desarrollar, oportunidades que se deben brindar a lo largo de todo el programa de intervención. Así, los participantes refieren el

valor que le conceden a que se fomente la participación de todos los miembros del grupo, y se tomen en consideración las opiniones de cada uno de ellos. Resaltan el hecho de que la intervención con la PDI estuviese en gran medida definida por sus propias aportaciones y sugerencias.

“(…) también tú estabas al tanto de opiniones que se decían así con la boca pequeña, o sin boca pequeña, pero que se comentaban “por lo bajini”, y luego aparecían como tema en la pantalla.” A09 en EF

No obstante, se encontraron en muchas ocasiones, especialmente al inicio del programa, dificultades en algunos participantes para manifestar sus preferencias e intereses, para elegir entre diferentes opciones, o para tomar decisiones, como ya se reflejó en el apartado V.1.

Por ello, cabe tener en cuenta que la toma de decisiones o la elección de actividades debe adaptarse a las características de cada grupo y a nivel individual, ajustando esta tarea de forma progresiva a lo largo del programa, con el fin de no generar situaciones de frustración o malestar, que limiten, más que faciliten, la participación en la actividad.

Por último, cabe señalar que la implicación de los participantes debe gestionarse adecuadamente por el profesional encargado de dirigir la sesión, tratando de que no prevalezcan las preferencias o manifestaciones de unas personas sobre otras, y procurando que no se produzcan situaciones de agresividad en sus interacciones.

“En la sesión de hoy se apreció la fuerte implicación de varias participantes con la actividad que se estaba llevando a cabo, aunque con ciertos matices negativos. Varias usuarias se dirigieron a A16 con vehemencia e incluso con cierta agresividad, para exigirle que ‘se callase’, que ‘dejase de molestar’ o que ‘dejase continuar’, al realizar dicho participante correcciones de varios textos proyectados en la pizarra, que sus compañeras consideraban que no tenían importancia, o al intervenir interrumpiendo a la terapeuta o a otros compañeros, considerando que estaba interfiriendo excesivamente en el desarrollo de la actividad.” D en CC

Un proceso de construcción colectiva: “Dar y recibir”

Durante el desarrollo del programa de intervención y en las entrevistas finales, los participantes identifican diferentes beneficios aportados por el trabajo en grupo.

“(…) el método por ejemplo. Vas asumiendo y es más rico, así entre varios, que entre poquitos. Si somos cuatro mejor que tres. Me parece…” A09 en EF

Por un lado, se hace referencia a las posibilidades que surgen para interactuar y relacionarse unos compañeros con otros, en un ambiente agradable y cómodo para ellos.

“Me gusta en grupo, porque es más agradable, siempre hay comentarios... ¿no?” A16
en EF

Por otro lado, los participantes destacan el aprendizaje que se produce a partir de las aportaciones que realizan cada uno de los integrantes de cada grupo, contribuyendo todos ellos en mayor o menor medida. Tal y como se refleja en el discurso de una de las participantes, todos reciben y dan al mismo tiempo.

“Me parece mejor en grupo, porque así se aprende unos de otros también, ¿comprendes? Mejor en grupo, aprendes uno... Tú enseñas al otro, el otro te enseña a ti. Sin darte cuenta aprendes, y das, o sea, recibes y das al mismo tiempo.” B13 en EF

“(...) lo que no sabe una, lo sabe la otra.” A02 en RS

En sus narraciones expresan, además, que todas las personas pueden participar y contribuir a este proceso, independientemente de sus capacidades físicas, cognitivas o sensoriales.

“(...) habrá muchas personas que quizás todas ya no estén en condiciones de captar todo lo que se les ofrece. Pero de todas maneras algo reciben y algo dan. (...) Se recibe y se da, aunque sea poco, aunque sea mínimo, se recibe y se da al mismo tiempo.” B13 en EF

“(...) unas son, son más inteligentes, otras somos menos. Pero bien. No todas tenemos ni la misma cultura ni la misma capacidad.” A02 en EF

Uno de los aspectos importantes que influyen en este aprendizaje colaborativo es el hecho de que todos los participantes pertenecen a una misma cohorte generacional, lo que les hace compartir y tener en común muchos gustos e intereses en relación a su ocio y tiempo libre.

“Además, éramos todas más o menos de la misma edad. Salía una, que se acordaba de la canción de uno, iba la otra, iba la otra: ‘Fíjate, sí, sí, sí.’ B15 en EF

En esta línea, los participantes también hacen referencia al apoyo que se ofrecen entre los integrantes del grupo, por ejemplo, la hora de recordar, lo cual consideran otro aspecto positivo de la realización de actividades grupales.

“Porque una, a lo mejor no te acuerdas, dices: ‘Yo conozco éste’. ¿No sabes? Pero hasta te das cuenta, y estando dos o tres, siempre sale una (...)” B14 en EF

Con respecto a las características del grupo, hacen únicamente referencia a su tamaño, considerando que el logro de los objetivos y el desarrollo de las intervenciones se ven

habitualmente limitados al realizarse actividades en grandes grupos, por lo que manifiestan su preferencia por el trabajo en grupos reducidos.

“Yo en esta edad ya me perdería en el grupo grande. Cuando eres más joven, captas más atención. Pero en esta edad ya el grupo grande, me perdería. Así que a mí ahora ya me apetece el grupo pequeño. Porque entonces capto mejor todo y lo mantengo.”

B13 en EF

Los participantes indican que, en grupos muy grandes, se ve restringida su capacidad de atención y concentración, así como las posibilidades de participación e interacción de todas las personas presentes.

“(…) siempre es positivo porque es como en la escuela, los niños, atienden mejor quince que veinticinco.” B06 en EF

“Si llevas mucho grupo, también no atendemos lo que debemos atender.” A08 en EF

“(…) un grupo grande, dos o tres están hablando y los otros no escuchan.” A08 en EF

Se destacan igualmente los beneficios aportados por las actividades a nivel individual, en cuanto a la satisfacción de sus demandas o necesidades individuales, tal y como se expone en la siguiente categoría. No obstante, los participantes que expresan esta percepción comprenden que las actividades grupales se dirigen a responder las necesidades e intereses de todos los integrantes del grupo, por lo que no se pueden centrar exclusivamente en sus intereses o demandas individuales.

“Tú no vas a dedicarte a mí sola, porque hay muchas señoras, que lo necesitan. Y no puedes dedicarte a mí solamente, que si no sería estupendo para mí, por egoísmo mío. Pero comprendo que no puede ser.” A02 en EF

El valor de la individualidad

Como ya se ha señalado, los participantes en el estudio conceden una especial importancia a desarrollar actividades en grupo, pero también resaltan en sus discursos el valor de la individualidad.

“(…) la individualidad también te acerca muchas cosas.” A16 en EF

Así, en las entrevistas finales describen diferentes características o aspectos positivos de la intervención llevada a cabo, relacionados con la satisfacción de sus necesidades y demandas a nivel individual. Algunos de estos aspectos ya han sido mencionados en otras categorías, en las que se mostró el valor que le conceden los participantes a la visualización de

contenidos en la pizarra digital relacionados con sus intereses y preferencias personales, y la influencia que esto tiene en la evocación de recuerdos, o la posibilidad de relajarse y “desconectar”. De este modo, destacan que el programa de intervención desarrollado se centre en características individuales, y a su vez, en su historia de vida, lo cual favorece, en definitiva, su motivación e implicación en la actividad.

“Ver las películas, ver las cosas que nosotros queríamos. Saber... los años que teníamos, los hermanos, los cumpleaños...” A07 en EF

Algunos participantes también se muestran satisfechos con que se abordasen a lo largo del programa sus inquietudes y preocupaciones personales, a través de diferentes actividades y dinámicas, como pudo ser la visualización de películas en la que se tratasen aspectos relativos al proceso de envejecimiento.

“Me gustó mucho la película que pusiste gallega, mucho. Y me dio pena. Me gustó pero me dio pena. Y cuando veo así cosas me dan pena. (PL) Sí, porque el señor aquel pues, pasó muchas, lo metieron allí, y bueno... Gracias a Dios de momento no es que a mí me pase. Pero puede estar uno esperando a lo mejor lo mismo. Que no me puedan cuidar, que no me puedan atender, o lo que sea. Nunca se puede decir no. Yo... yo tampoco quiero molestar. (...) Pero, siempre estorbas un poco.” A07 en EF

Asimismo, los participantes reflejan su satisfacción en relación a la adaptación del programa de intervención a sus rutinas y a su desempeño ocupacional habitual.

“(...) os adaptasteis a lo que teníamos que hacer, a las horas de terminar el desayuno, si ibas a la peluquería...” B17 en EF

Finalmente, emerge en los discursos de los participantes la necesidad de apoyos individualizados que hagan posible su participación plena en las actividades llevadas a cabo. En este sentido, se muestran de nuevo satisfechos con los apoyos ofrecidos a lo largo del programa de intervención con la PDI. Principalmente, destacan las adaptaciones que se realizaron para compensar sus limitaciones a nivel visual.

“Eu moitas cousas non as vexo, pero xa decides o que hai, e valíame igual.” A20 en EF

También resaltan en sus discursos la necesidad de apoyos en relación a la evocación de recuerdos o la asimilación de contenidos, haciendo referencia tanto al apoyo ofrecido por la pizarra digital como al apoyo profesional.

“En cuanto lo pongas ahí, seguro que ya nos viene.” A10 en RS

“Si me lo vas diciendo tú, sé lo que dije. Si no, no sé. (...) Me acuerdo de todo si me lo vas diciendo; pero si no, no me queda en la cabeza.” A03 en EF

“Ves, si lo dices tú, me acuerdo. Pero si no, no me acuerdo.” B01 en EF

Asimismo, los participantes valoran el material en papel entregado a lo largo del *Programa de seguridad y vida saludable*, como un apoyo fundamental a la hora de recordar la información abordada, teniendo la posibilidad de consultarla posteriormente en su domicilio o en otros entornos habituales, y facilitar con ello la generalización y aplicabilidad del aprendizaje adquirido.

“Así si se me olvida, lo puedo leer en casa.” A15 en RS

La individualización y personalización del programa de EA que se lleve a cabo se ha de nutrir, por un lado, de la información recogida en el proceso de evaluación inicial. Por otro lado, las propias sesiones de intervención pueden dirigirse a complementar este proceso y recabar información que no se haya podido recoger en la fase de valoración inicial. La evaluación de seguimiento cobra de este modo un valor añadido, al no centrarse únicamente en evaluar la respuesta de la persona a la intervención, sino también en redefinir este proceso de forma continua para que se adapte a la situación real de cada participante.

“Es importante recoger información sobre las necesidades, intereses o demandas de los participantes en cada sesión, sin limitarse exclusivamente a lo recabado en el proceso de evaluación inicial. Esto permite complementar, actualizar y contrastar cada semana la información relativa a cada persona, y adaptar así en mayor medida la intervención a cada grupo.” D en CC

Aportaciones a otros agentes del entorno

En esta categoría, se describen las aportaciones que puede ofrecer el programa de intervención llevado a cabo a otros agentes del entorno de los participantes, o a la sociedad en general. También se recogen las aportaciones que puede brindar la pizarra digital interactiva a otros sectores de la población, reflexionando sobre la aplicabilidad de esta herramienta en otros ámbitos o grupos poblacionales, fundamentalmente, en la educación.

Con respecto a las aportaciones del programa de EA a otros agentes de su entorno, destacan aquellas ofrecidas a sus propios familiares, en relación con una menor necesidad de supervisión por su parte, al aumentar la seguridad, responsabilidad y participación activa de la propia persona mayor en su desempeño ocupacional y en su proceso de salud.

“En relación a la supervisión del entorno, A10 comentó en esta ocasión que entendía cada vez más a qué se debía, y que si ella se responsabilizaba en seguir los hábitos mencionados, esta supervisión disminuiría.” D en RS

También refieren que el conocimiento de los contenidos abordados en el *Programa de seguridad y vida saludable* se extiende a su entorno familiar, al compartir los participantes con sus hijos o nietos las explicaciones ofrecidas, el material en papel entregado, o sus impresiones en general sobre las actividades llevadas a cabo.

“Aún me diste un papel de lo que teníamos que comer y lo que no debíamos de comer. Que aún yo hablé con mi hija (...)” A03 en EF

“Esas están moi ben. Bueno, eu xa llo contaba na casa ó fillo sempre. Eso é de marabilla. Aprender a quen non sabe, é moi bonito.” A20 en EF

Algunas personas manifiestan además la satisfacción de sus familiares con su participación en esta experiencia, tras compartir con ellos sus impresiones sobre la intervención.

“(...) me parecieron muy buenas. Yo se lo escribí a mi nieta, y me dijo: ‘¡Cuánto me alegro, cuánto me alegro!’” B21 en EF

Identifican incluso ciertas aportaciones que esta experiencia ha podido ofrecer a la doctoranda, conductora del proceso de evaluación e intervención. Principalmente, destacan la adquisición de un mayor conocimiento sobre sus propios intereses y demandas, permitiendo así el desarrollo de una intervención más personalizada e individualizada, lo cual refuerza los beneficios brindados por el programa de EA a las personas mayores participantes.

“Como profesional, te da una experiencia. Te permite... con más certeza, saber encauzar lo que una gente desea ver, o que le cuenten, o que... o que sacie la curiosidad de algún aspecto, que ya le ocurrió, y no se dio cuenta en aquel año, en aquel momento.” A09 en EF

Por otro lado, los beneficios ofrecidos por el programa de intervención se relacionan con las aportaciones que las propias personas mayores pueden ofrecer al resto de la sociedad. Los participantes hacen referencia al valor que tiene la transmisión de conocimientos o vivencias relacionados con etapas anteriores de su vida.

“Nosotras tenemos la carrera de la vida, que vas aprendiendo con los años, con la vida, con todo.” B17 en EF

“Al recordar la sesión dedicada a los ‘Recuerdos de nuestra infancia’, (...) insistieron en que es muy importante recordar estos aspectos de su primera etapa de la vida, con el fin de transmitirlo y que no se pierdan los juegos o canciones de su niñez.” D en RS

También aluden a la importancia de conservar todo el conocimiento y material gráfico vinculado con esas etapas de su vida, el cual fue proyectado a través de la pizarra digital y recopilado gracias al acceso a Internet. Los participantes insisten en que este material no se pierda con el paso del tiempo.

“B20 se dirige a la persona encargada de dirigir la sesión, en relación a los contenidos proyectados en la pizarra: ‘¡No pierdas estas cosas, eh!’.” B20 en RS

Se expresa, así, la importancia de incorporar a otros agentes del entorno, como puede ser alumnado de prácticas, voluntarios, otros profesionales del centro o familiares en las actividades o dinámicas llevadas a cabo. No obstante, se recomienda seguir ciertas estrategias para asegurar que esta participación tenga un efecto positivo y no suponga un obstáculo o barrera para la participación de los usuarios.

“Tras la realización de las cuatro sesiones de hoy, se reflexiona sobre la influencia que tiene en la evolución de cada grupo la presencia de otras personas en dichas sesiones, especialmente cuando no son las mismas personas cada semana. Se observa que es muy importante seguir ciertas estrategias, como limitar el número de personas ‘observadoras’ por sesión, según el tamaño de cada grupo, o indicar de forma previa una serie de pautas a seguir y el rol a desempeñar por cada uno, con el fin de que no se interfiera de forma negativa en el desarrollo de la sesión.” D en CC

Los participantes extrapolan en muchos casos las posibilidades y oportunidades ofrecidas por la PDI a otros posibles beneficiarios, fundamentalmente, niños y adolescentes, centrándose fundamentalmente en el ámbito de la educación.

“(...) es un buen instrumento, y que ayuda, ayuda en la educación. Puede tener aplicaciones interesantes. (...) Yo lo considero un instrumento muy interesante, en fin, para tratar muchos temas, de todo tipo, tanto de variedades como... como, en fin, utilizar en matemáticas, no lo sé. Pienso que es un instrumento muy interesante y que puede aportar mucho.” B06 en EF

“Porque incluso eso vale para más edades, sobre todo menores. Y para nosotros excelente. Pero también para chicos. Yo no sé qué métodos emplean ahora en la educación.” A09 en EF

También hacen referencia al material audiovisual utilizado en muchas de las actividades del *Programa de seguridad y vida saludable* y, principalmente, en el *Programa de ocio y participación*

social. Consideran que estos recursos (por ejemplo, fragmentos de películas, o fotografías y vídeos de juegos u oficios tradicionales) podrían emplearse en el ámbito educativo para complementar las explicaciones teóricas y mostrar cómo se vivieron en realidad determinados acontecimientos históricos, por ejemplo, la Guerra Civil española, las guerras mundiales o la emigración.

“Tras visualizar una escena de la película ‘El Gran Dictador’, B15 exclama: ‘¡Jolín, esto es para estudiar!’. Los miembros del grupo comienzan a partir de ahí a comentar que las explicaciones que dan los profesores en las universidades o institutos deberían apoyarse en escenas como ésta, lo cual debaten con interés varios minutos.” D en RS

Percepción general sobre el centro de día o residencia

En muchas de las sesiones de intervención y entrevistas finales, emergen descripciones y percepciones sobre otras actividades de los recursos en que se desarrolló la investigación, aunque no se indagase directamente sobre ellas. Esto generó en algunas ocasiones dificultades para recoger específicamente la percepción de los participantes sobre el programa de EA realizado a través de la PDI.

Generalmente, estas percepciones sobre las actividades o los dispositivos de atención, tienden a ser altamente positivas en el caso de los usuarios de centros de día, manifestando una satisfacción global con el recurso, sin hacer distinción entre diferentes intervenciones o profesionales.

“A mí me parece todo muy bien lo que hacéis aquí.” A07 en EF

Expresan con vehemencia los beneficios que les aportan estas actividades, y los cambios que ha supuesto en su vida el asistir a estos recursos; por ejemplo, en relación a su bienestar físico, social o psicológico.

“Para mí la gimnasia fue una de las cosas que mejor me hizo para las piernas, sobre todo la bicicleta. Yo antes no subía esta pierna para arriba, pero ahora me cuesta un poco, pero la subo.” A07 en EF

“Pois sempre tes máis memoria, e de falar coa xente e con todo.” A20 en EF

Algunos participantes también resaltan una disminución del sentimiento o sensación de “carga” que presentan o presentaban, asociado a la atención y supervisión que les brinda su familia en la actualidad, o que les brindaba en el pasado. Para ellos, acudir al centro de día o vivir en la residencia, supone una “liberación” para sus familiares y, en consecuencia, una sensación de mayor bienestar en ellos mismos.

“Yo estoy encantada. Para mí fue... Porque mira, les dejo libertad a ellos, para que hagan lo que quieran hacer, o lo que puedan, para ir a los sitios. Porque sí no: ‘Ay, no, que no quiero que te quedes sola. Te puedes caer.’” A07 en EF

Asimismo, se refleja en sus discursos la satisfacción de los propios familiares con su asistencia o residencia en estos recursos.

“(...) ó fillo tamén lle gusta que veña.” A20 en EF

Algunos participantes muestran una satisfacción general con los profesionales que trabajan en estas instituciones, resaltando con intensidad el apoyo recibido por su parte.

“¿Por qué de que se quita que un país vaya para delante? Tener trabajadoras así, y gente que te ayude a salir del pozo [en] que estás metido, o que te metieron.” B21 en EF

Otros, en cambio, establecen ciertas diferencias con respecto a la forma en que diferentes profesionales desarrollan las actividades o el modo en que tratan con ellos. Así, destacan la influencia que tienen las habilidades de la persona que dirija las actividades, sobre el crecimiento y desarrollo de los usuarios o los grupos.

“La que dirige el taller es una buena directora y hace que todos crezcamos.” A09 en EF

En menor medida, se identifican algunas dificultades para participar en las actividades o intervenciones llevadas a cabo, como ya se ha mencionado en la categoría *Un proceso de construcción colectiva: “Dar y recibir”*, al abordar la importancia de realizar actividades con grupos reducidos y no excesivamente numerosos.

Necesidad de cambios y propuestas de futuro

Como se ha podido apreciar en las categorías anteriores, las impresiones de los participantes sobre el Programa de EA son en general positivas, destacándose numerosos beneficios y aportaciones en diferentes esferas de sus vidas, y mostrándose globalmente satisfechos con las características de la intervención desarrollada.

“Yo no me sé expresar, pero sí sé comprender... las cosas bien. Las comprendo perfectamente. Lo que pasa que yo ahora, quisiera expresarme mejor contigo, para decirte todo lo que me gustaba.” A02 en EF

“[¿Cómo fue la experiencia para ti?] Muy bonita.” B18 en EF

No obstante, el análisis de los datos recopilados a través de las diferentes técnicas utilizadas, mostró la necesidad de realizar ciertos cambios en el programa de intervención

llevado a cabo. Las necesidades identificadas se acompañaron de algunas propuestas de mejora, que cabe tomar en consideración para el futuro desarrollo de intervenciones similares.

En primer lugar, algunas personas manifiestan que, en el caso de participar de nuevo en esta experiencia o en otra similar en el futuro, tendrían interés por hacer nuevas actividades, diferentes a las ya realizadas, abordando otros contenidos y temáticas. Esto puede estar relacionado con la necesidad y las ganas de aprender cosas nuevas y curiosar, reflejada en categorías anteriores.

“Cambiar hay que cambiar, para ver otras cosas. Porque eso ya lo vimos. Para seguir viendo cosas. Eso, cambiarlo hay que cambiarlo, digo yo.” B21 en EF

Otros participantes indican la posibilidad de llevar a cabo estas actividades con una mayor frecuencia o de aumentar la duración de las sesiones, lo cual refuerza la satisfacción de las personas mayores con el Programa de EA llevado a cabo, ya comentada previamente.

“A mí si todos los días hubiera una cosita así, encantada. (...) Por lo menos así con más frecuencia.” B13 en EF

“Estaría bien más veces a la semana, o sesiones más largas.” A21 en RS

Sin embargo, también se encontraron ciertas dificultades en muchos participantes para la detección de aspectos de mejora o para la sugerencia de propuestas futuras, al considerar que no presentan el rol o las capacidades necesarias para “criticar” o “juzgar” las actividades llevadas a cabo.

“(…) ya no estoy para cambiar. Pero estoy para decir que me gustan mucho, y lo pasé muy bien.” B11 en EF

Finalmente, se recogen algunas necesidades de cambio o propuestas de mejora manifestadas por la doctoranda del trabajo en su cuaderno de campo y en los registros de sesión elaborados. Los aspectos identificados por la doctoranda tratan de contribuir a que la intervención esté más centrada en las necesidades, intereses, demandas y capacidades de cada uno de los participantes en el programa. Se hace referencia, por un lado, a la importancia de poder realizar una valoración en el domicilio de cada persona y/o de disponer de material gráfico sobre el mismo, con el fin de mejorar las actividades y recursos utilizados en el *Programa de seguridad y vida saludable*.

“Se reflexiona sobre la necesidad o importancia de que el terapeuta que dirija esta intervención pueda realizar una valoración del domicilio de la persona y de su desempeño en dicho entorno o en otros habituales. En el caso de no ser posible, se

sugiere complementar la descripción por escrito de las características de la vivienda, realizada por otros profesionales, con material audiovisual (fotografías, vídeos, etc.).

Este material permitiría mejorar la detección de necesidades individuales, y podría además incorporarse a los contenidos y recursos digitales empleados a lo largo de la intervención.” D en CC

Por otro lado, se hace alusión a la importancia que tiene la colaboración e implicación de los familiares en las fases tanto de evaluación como de intervención, siendo personas muy próximas a los participantes, que pueden contribuir en gran medida a la recogida de información sobre sus entornos o su desempeño ocupacional, y a la generalización del aprendizaje adquirido en su día a día.

“Al participar en la escuela de familias que se lleva a cabo en el centro, se pudo recoger información muy valiosa sobre algunos usuarios, pudiendo orientar así algunos contenidos a las necesidades detectadas por los familiares, las cuales no se conocían previamente.” D en CC

V.4. Síntesis de resultados

En este apartado, se sintetizan y exponen de forma resumida los principales resultados obtenidos en este trabajo, derivados de la implementación de diferentes diseños metodológicos, tanto cuantitativos como cualitativos, y la aplicación de diversas técnicas de recogida de datos.

En primer lugar, se ha podido extraer un perfil característico de la población estudiada, útil para establecer comparaciones con otros estudios o experiencias similares.

Así, la mayoría de los participantes son mujeres, con una media de edad de 84 años, siendo el estado civil más frecuente la viudez. Aproximadamente dos de cada tres personas son usuarias de centro de día y una de cada tres, usuaria de residencia o de modalidad combinada. Dentro del grupo de usuarias de centro de día, es más frecuente la convivencia con familiares, principalmente los hijos, que la residencia en hogares unipersonales.

Con respecto al estado de salud, la muestra presenta una media de seis enfermedades crónicas, siendo las más prevalentes la hipertensión arterial y la artrosis. También aparecen con una elevada frecuencia restricciones a nivel visual.

La valoración media de la calidad de vida, reflejada en la EVA del EQ-5D, es de aproximadamente 62 puntos, siendo positivas las valoraciones sobre el estado de salud en 4 de cada 5 participantes. El nivel de gravedad más representativo de las cinco dimensiones del sistema es la presencia de “algunos problemas”. La dimensión mejor valorada es el *Dolor/malestar*, siendo el *Cuidado personal* y las *Actividades cotidianas* los dominios que reciben las peores puntuaciones. La calidad de vida y la autovaloración del estado de salud parecen estar relacionadas con el tipo de recurso al que acude la persona, el nivel de dependencia/independencia en las ABVD, el riesgo de caídas y la identificación de problemas en las dimensiones de *Cuidado personal*, *Actividades cotidianas*, *Dolor/malestar* y *Ansiedad/depresión*.

La mayoría de la muestra presenta dependencia moderada en las ABVD, siendo el baño o ducha, el vestido y bajar/subir las escaleras las actividades en las que aparecen los porcentajes más elevados de personas que necesitan ayuda física parcial o total. Las actividades en las que se registran los mayores niveles de independencia son la deambulación (en la mayoría de casos, con el uso de productos de apoyo), la alimentación y el uso del inodoro. Por otro lado, 4 de 5 participantes presentan riesgo de caídas, siendo en la mitad de la muestra un riesgo elevado.

Un gran porcentaje de la muestra utiliza entre 1 y 2 productos de apoyo en su vida diaria, fundamentalmente para la visión y la movilidad, siendo significativamente inferiores las proporciones de aquellos que no utilizan ningún producto de apoyo, o de aquellos que usan entre 3 y 4. Entre los productos de apoyo para la movilidad, destaca el bastón, al ser el de uso más frecuente.

Los principales intereses de los participantes en relación a su ocio y tiempo libre son: la lectura, escuchar música, ver la televisión, leer la prensa o revistas, y caminar. También aparecieron con elevada frecuencia la costura, la calceta, escuchar la radio, e ir al cine o ver películas de cine.

Las restricciones que identifican en mayor medida para el desarrollo de actividades de ocio de su interés son: limitaciones a nivel visual, dificultades en la identificación de intereses, limitaciones a nivel físico, falta de motivación y falta de exploración previa de sus intereses a lo largo de la vida. La mayor parte de las actividades de ocio se llevan a cabo en el domicilio y/o en el recurso de atención al que acude la persona.

Con respecto a la participación social, los participantes mantienen, fundamentalmente, relaciones con familiares y con personas que forman parte del entorno del centro de día y/o residencia. En general, estas relaciones se perciben como buenas o muy buenas.

En las siguientes imágenes, se presenta un resumen gráfico de los resultados comentados en relación a la situación inicial de la muestra (Figura 1, Figura 2, Figura 3 y Figura 4).

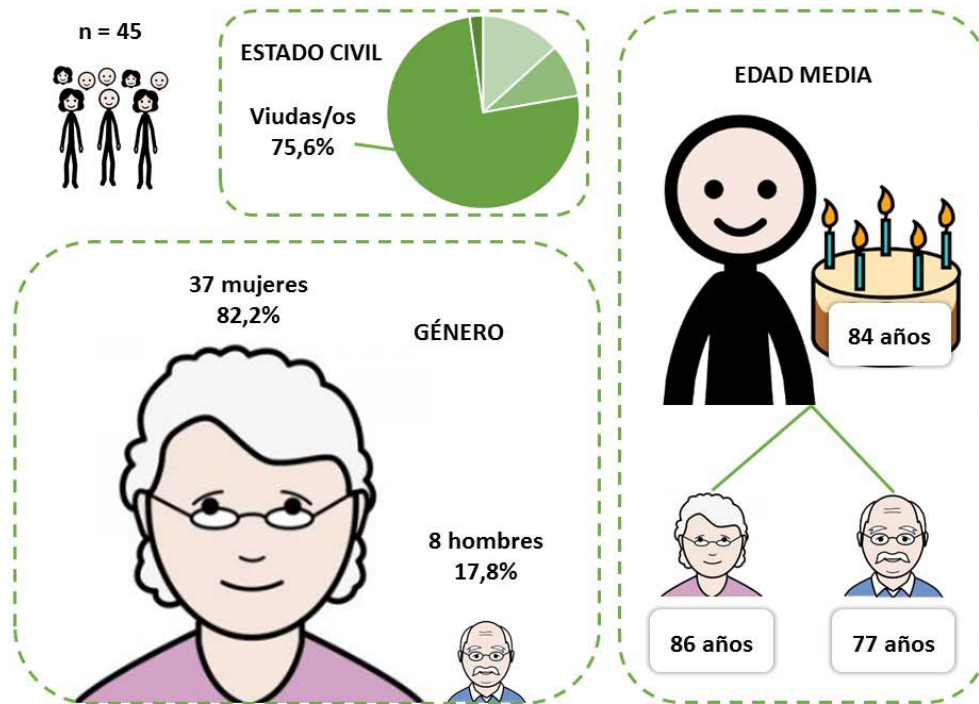


Figura 1. Resumen gráfico de la situación inicial de la muestra (1)

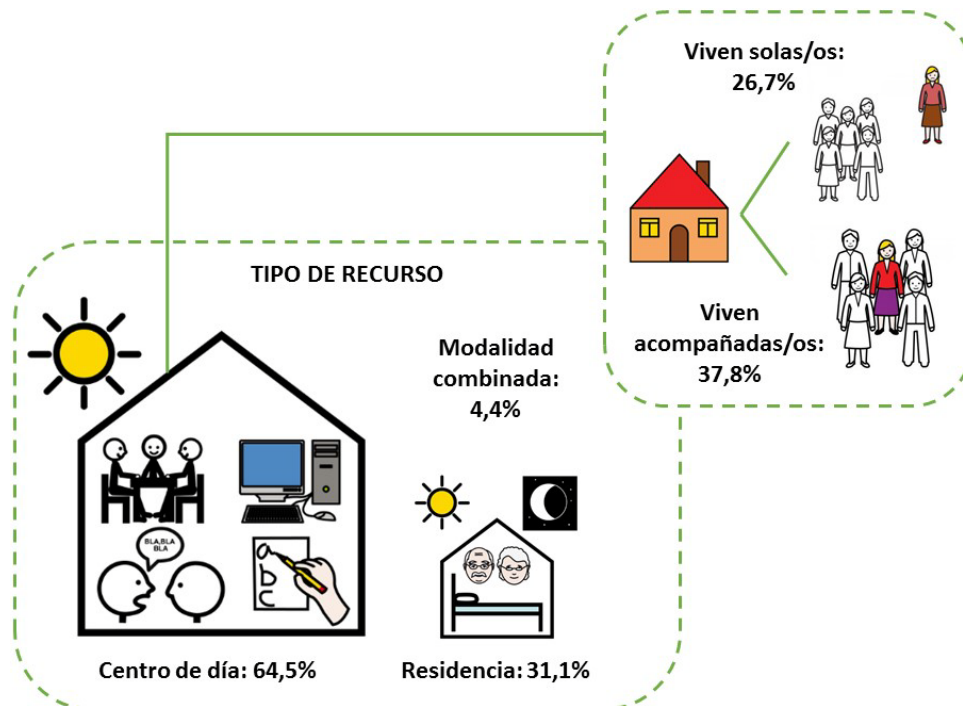


Figura 2. Resumen gráfico de la situación inicial de la muestra (2)

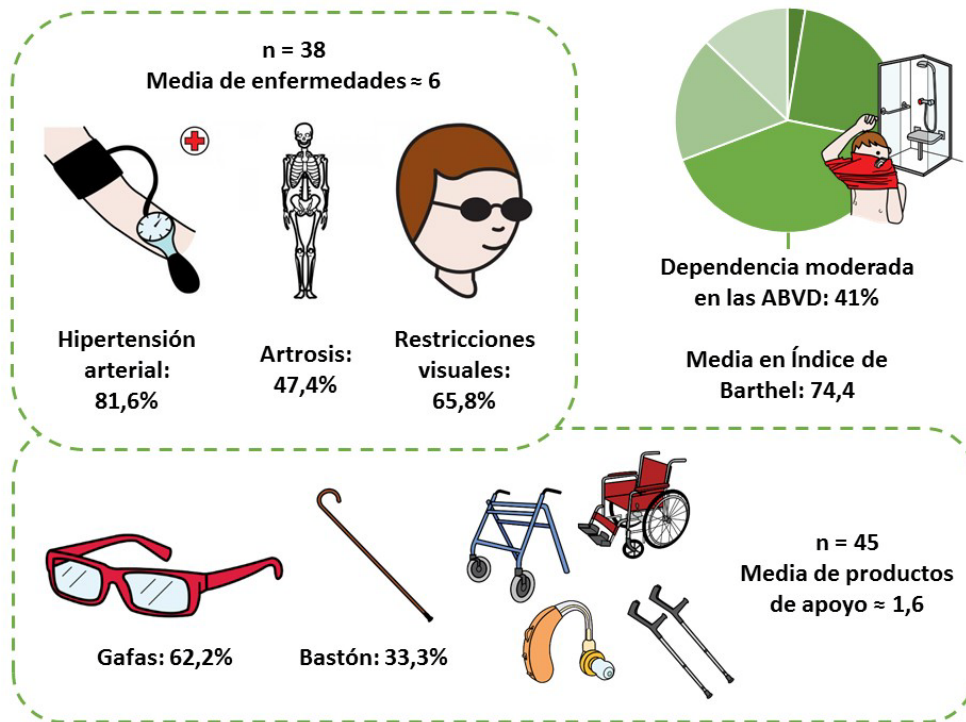


Figura 3. Resumen gráfico de la situación inicial de la muestra (3)

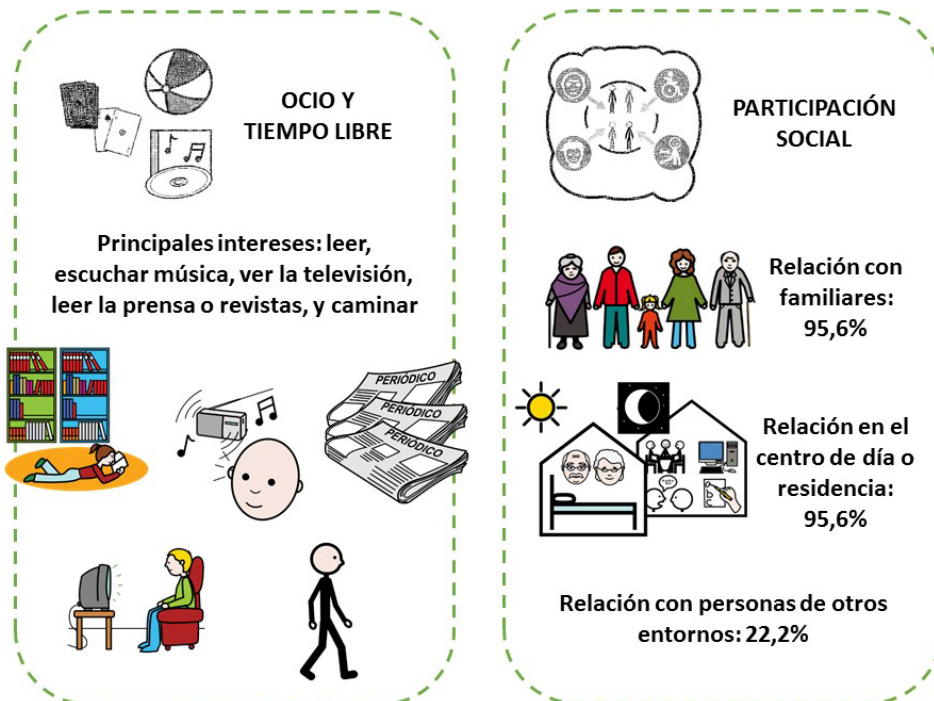


Figura 4. Resumen gráfico de la situación inicial de la muestra (4)

Por otro lado, los resultados presentados en esta tesis muestran el impacto del programa de envejecimiento activo llevado a cabo a través de herramientas tecnológicas (principalmente,

una PDI), en diferentes aspectos y dimensiones de la calidad de vida y el desempeño ocupacional de las personas mayores participantes.

Con respecto a la calidad de vida, analizada a través del EQ-5D, se obtuvieron mejoras en la valoración global del estado de salud, en el índice de valor social asociado para cada estado de salud y en las dimensiones de *Movilidad* y *Cuidado personal*, aunque las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas. También se produjo un mantenimiento en la dimensión de *Ansiedad/depresión*.

Los cambios relacionados con las dos dimensiones mencionadas, la movilidad y el cuidado personal, se asocian, a su vez, con algunos beneficios identificados a través del análisis a nivel cualitativo, como la estimulación de la memoria, el aprendizaje de nuevos contenidos, o la generalización y aplicabilidad de conocimientos vinculados con la ejecución segura de actividades y la prevención de riesgos, especialmente en relación a las caídas.

En relación al comportamiento ocupacional, se produjeron mejoras tras la implementación del programa de intervención, tanto en la puntuación global de la COTE como en la puntuación correspondiente a cada tipo de comportamiento, especialmente en el comportamiento interpersonal. Estos resultados permiten afirmar que el programa de EA conlleva un impacto relevante sobre todas las dimensiones del comportamiento de la persona en el desarrollo de sus ocupaciones.

Algunas de estas mejoras también se observaron en los resultados obtenidos a través del análisis cualitativo, identificándose aportaciones relacionadas con las relaciones interpersonales, la motivación, o la capacidad de atención y concentración, ítems que también aparecen recogidos en la COTE.

Las percepciones y vivencias de los participantes permitieron conocer otras aportaciones y beneficios del programa de EA llevado a cabo, reflejadas en las siguientes categorías: *Mantener viva la memoria*; *La oportunidad de aprender cosas nuevas y explorar*; *Relajarse y “desconectar”*; *Cambios en las interacciones en el centro*; y *Aportaciones a otros agentes del entorno*.

Los beneficios identificados se relacionaron con las propiedades y posibilidades ofrecidas por la PDI, el nivel de motivación y compromiso de los propios participantes, los beneficios brindados por el trabajo en grupo, la personalización del programa de intervención, la satisfacción de las necesidades y demandas individuales y las contribuciones de las propias personas mayores.

Estos aspectos se muestran en las siguientes categorías: *Las aportaciones de la pizarra mágica*; *Compromiso e implicación en la actividad*; *Un proceso de construcción colectiva: “Dar y recibir”*; *El valor de la individualidad*; y *Aportaciones a otros agentes del entorno*.

La *Generalización y aplicabilidad en el día a día*, que conforma otra de las categorías extraídas, se extiende a muchas de las aportaciones y beneficios mencionados, y se vincula tanto con los contenidos del PSVS, como con aquellos pertenecientes al POPS. No obstante, se identificaron ciertas barreras en la generalización del aprendizaje adquirido, como la presencia de ciertas limitaciones a nivel cognitivo, que restringen la capacidad de asimilación y recuperación de la información explicada, o un nivel elevado de resistencia o reticencia en algunas personas para abandonar sus hábitos y rutinas.

Por último, cabe tomar en consideración los resultados que emergieron en relación a la *Percepción general sobre el centro de día o residencia* y la *Necesidad de cambios y propuestas de futuro*, al ofrecerse información valiosa y de interés para el desarrollo, tanto de intervenciones similares a la aquí expuesta como de otras experiencias e iniciativas con personas mayores.

En la siguiente figura (Figura 5), se presenta un mapa conceptual en el que se muestran las relaciones entre las diferentes categorías extraídas, así como el vínculo con los resultados obtenidos a nivel cuantitativo, obtenidos a través del EQ-5D y la COTE.

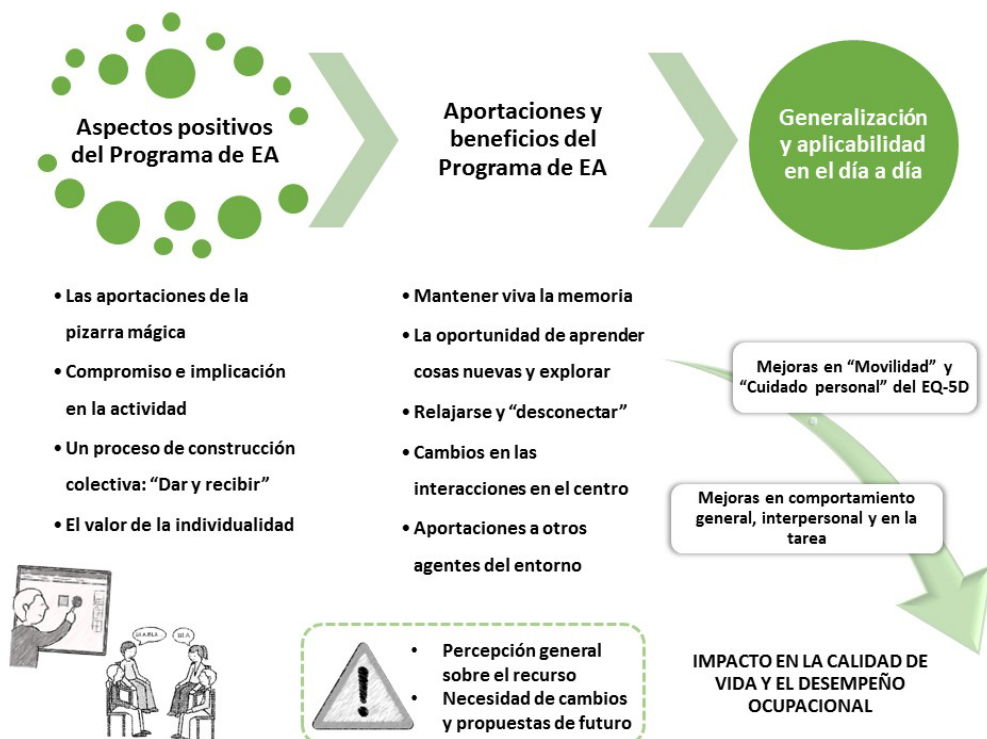


Figura 5. Mapa conceptual sobre el impacto del Programa de EA

Capítulo VI.- Discusión

Capítulo VI.- Discusión

En primer lugar, se comparan con otros estudios e informes los resultados alcanzados con respecto a la situación inicial de la muestra, con el fin de ofrecer una perspectiva más completa sobre el perfil de los participantes en este trabajo y su representatividad en relación al total de la población mayor. Después, se analizan las características del programa de EA en relación con experiencias similares. Finalmente, se presenta la discusión entre los resultados alcanzados tras esta intervención, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, y los hallazgos de otras investigaciones similares.

VI.1. Características sociodemográficas, estado de salud y desempeño ocupacional de las personas mayores

En primer lugar, cabe destacar las diferencias halladas en la edad media de los participantes en función de su género y la elevada tasa de viudez registrada, asociada con el predominio de mujeres en la muestra, aspectos que ya han sido muy estudiados y explicados por diferentes organismos internacionales, investigadores y profesionales, desde gran variedad de disciplinas. Así, entre los motivos que explican este fenómeno, se encuentra una esperanza de vida más elevada en el caso de las mujeres, o la tendencia existente en nuestra sociedad a que muchos varones se casasen con mujeres más jóvenes en décadas anteriores, lo que conlleva a que éstas sobrevivan en mayor medida a sus parejas [50].

Por otro lado, se han encontrado diferencias significativas entre la edad media de la muestra de estudio, que es de aproximadamente 84 años, y el promedio de edad de otras muestras de personas mayores participantes en estudios similares, que tiende a situarse entre los 70 y los 75 años [69, 98, 99, 105, 117, 167]. Uno de los factores que podría explicar estas diferencias es el ámbito en el que se ha llevado a cabo el estudio, ya que sería posible esperar que en el medio institucional, especialmente en residencias, se encuentre a personas de edad más avanzada, a diferencia de algunos de los estudios mencionados, que fueron desarrollados en el medio comunitario, con personas que no se encontraban en situación de dependencia o disfunción ocupacional [69, 98, 99, 117].

Por otro lado, el conocimiento sobre la composición de los hogares en los que viven las personas mayores ha sido y continúa siendo una cuestión esencial en la planificación de los servicios gerontológicos, así como un aspecto de especial interés para los responsables de las políticas sociales o los investigadores de distintas ramas [50]. Este conocimiento se centra, en muchas ocasiones, en aquellas personas mayores que viven solas, al asociar esta

condición con el riesgo social, el abandono familiar, o con situaciones no deseadas, entre otros aspectos [50].

En la presente investigación, se encontró que el 26,7% de la muestra vivía sola, porcentaje similar al determinado por el IMSERSO en su estudio sobre las condiciones de vida de las personas mayores, llevado a cabo en el año 2006: un 21,4%. Estos datos muestran un cambio sustancial en los modelos de convivencia seguidos por la población mayor, existiendo una tendencia cada vez mayor a residir en hogares unipersonales. Así, el porcentaje de personas mayores que viven solas se ha duplicado desde la realización del anterior estudio en 1998, en el cual se situaba en el 14,2% [50].

En el estudio llevado a cabo en 2006, se apunta también hacia un descenso considerable del porcentaje de personas que viven en casa de algún(a) hijo/a; se encontró que un 5% de los encuestados residen bajo esta modalidad, siendo mayor la proporción en el estudio previo de 1998, un 9,3%. En ambos trabajos, se observó una mayor representación de personas mayores que vivían con su pareja (41,8% en 2006 y 41,3% en 1998) o en hogares multigeneracionales constituidos en su propio hogar (25,6% en 2006 y 26,4% en 1998) [50].

A diferencia de ambas investigaciones, en el presente trabajo más de un tercio de la muestra (un 35,6%) vive con alguno de sus descendientes; en la mayoría de los casos, la persona mayor reside en el domicilio de su familiar y no en su propia vivienda, estando acompañada por su propia pareja y/o por sus hijos o nietos en su propio hogar en pocas ocasiones.

En cuanto a la prevalencia de enfermedades crónicas, los resultados alcanzados en este trabajo muestran un mayor número de patologías o trastornos por persona, siendo la media de 5,6, mientras que en otros estudios se sitúa en 1,2 [69]. Al analizar por separado las diferentes enfermedades o síndromes, destaca la elevada presencia de algunas de ellas, especialmente la hipertensión arterial, la artrosis y el deterioro cognitivo leve. También se registró en un porcentaje considerable de la muestra la presencia de trastornos depresivos, un 21,1%, lo cual representa a uno de cada cinco participantes. Esta proporción, no obstante, es inferior a la observada en otros estudios, en los cuales la depresión aparece en aproximadamente la mitad de las personas mayores evaluadas [69].

Con respecto al área de ocio y tiempo libre, aparecieron entre los principales intereses de la muestra: ver la televisión (53,3%) la lectura de prensa o revistas (42,2%) y escuchar la radio (20%). Estas actividades se encuadran, según Barrio, Sancho y Abellán, en el grupo de “ocio inactivo”, el cual incluye actividades vinculadas con el consumo de medios de comunicación. Según estos autores, este tipo de ocio se presenta en el 37,7% de las

personas mayores, dato significativamente inferior al encontrado en este trabajo [168]. Si se mide por separado el total de personas que tienen interés por una o varias de estas actividades, se obtiene un porcentaje de 75,6%, siendo éste el tipo de ocio predominante en la muestra estudiada.

Estos autores también hacen referencia al “ocio social”, que incluye actividades como pasear, bailar, o ir a cafeterías, estando presente en el 16,5% de la población mayor [168]. En este trabajo, se encontró que caminar era una actividad de interés para el 40% de los participantes, llevándola a cabo con mayor o menor frecuencia. También se halló interés por el baile en el 15,6% de los casos; sin embargo, varios de los participantes que refirieron predilección por esta actividad, manifestaron no poder llevarla a cabo por limitaciones a nivel físico.

En el estudio realizado por Gómez y Gómez en 2013, los intereses de ocio que aparecieron con mayor frecuencia, en más de un 50% de la muestra, fueron: las manualidades, viajar, ir al teatro, la gimnasia y la pintura [69]. Por otro lado, Horgas, Wilms y Baltés afirmaron que otras actividades de ocio que la población mayor suele realizar con frecuencia son: la jardinería, pasear, la observación de acontecimientos deportivos o la participación en actividades sociales [169].

Varias de las actividades o intereses identificados por estos trabajos coinciden con los detectados en la presente investigación, como la pintura y la gimnasia, que aparece en un 13,3% de los casos, o viajar, que es mencionado por un 8,9% de los participantes.

En el trabajo desarrollado por Acosta y González-Celis, publicado en el año 2009, se recogieron las siguientes actividades de interés en relación con esta área ocupacional: a) Actividades recreativas mentales: ver la televisión, leer, jugar a juegos de mesa, hacer manualidades, pintar o dibujar, hacer yoga, coser o bordar, ir al cine; b) Actividades recreativas físicas: hacer ejercicio, bailar o cantar, hacer jardinería, salir de viaje, jugar con niños, hacer reparaciones domésticas, pasear o caminar, etc. y c) Actividades sociales: por ejemplo, ir a fiestas, ir a la iglesia, o hablar con familiares, vecinos o amigos [170].

Los tres tipos de actividades propuestos por estos autores aparecen reflejados en los resultados correspondientes a la muestra de este estudio. Prácticamente todas las actividades incluidas en el primer grupo son identificadas como intereses de ocio de los participantes, especialmente la lectura, ver la televisión, la costura y la calceta. Algunas de las actividades de tipo recreativo físico también son mencionadas por la muestra de este trabajo, como pasear o hacer ejercicio, este último en relación a las actividades de gimnasia

que realizan en el centro de día o residencia. El interés por las actividades sociales emergió en menor medida; tan sólo un 8,9% de la muestra mencionó interés por estar con amistades o realizar actividades vinculadas con sus creencias religiosas, aunque en algunos casos este aspecto hacía alusión a la lectura de libros religiosos, por ejemplo, y no exclusivamente a la participación en actividades religiosas en la comunidad.

Algunos de los intereses identificados por los participantes en este trabajo no aparecen reflejados en la bibliografía consultada, como es el caso de escuchar música, escribir y llevar a cabo las tareas del hogar, intereses que aparecieron en el 53,3%, 13,3% y 8,9% de los casos, respectivamente.

Al analizar la bibliografía, alguna de ella reciente y otra que se remonta a comienzos de la década de los 70, se puede observar que muchas de las actividades o intereses de ocio de las personas mayores se mantienen a lo largo de los años, apareciendo de forma recurrente en diferentes épocas y contextos. Al mismo tiempo, se puede apreciar que los principales intereses de ocio, o los más frecuentes, varían en gran medida entre una y otra investigación.

Por ello, es importante recordar que los intereses o actividades desarrollados por las personas mayores van a depender en gran medida del contexto o entorno social y cultural en que se encuentre cada persona y, especialmente, de sus factores y preferencias individuales. Resultará de especial relevancia conocer los intereses y necesidades particulares de la población con la que se vayan a desarrollar intervenciones de TO dirigidas a favorecer el desempeño de actividades de ocio significativas, si se busca que realmente sean personalizadas y se alcancen con éxito los objetivos perseguidos.

Como se ha podido observar en los resultados de este trabajo, también es especialmente importante conocer las restricciones que las personas mayores puedan tener para participar en actividades de ocio de su interés. Algunas de las barreras encontradas en este trabajo para la participación en estas actividades, coinciden con ciertas limitaciones ya descritas en la literatura en relación a la participación de las personas mayores en actividades o dinámicas llevadas a cabo en los recursos a los que acuden. Así, se citan los siguientes obstáculos o barreras: carencia de “opciones para participar en actividades que sean de su interés”; falta de alternativas adaptadas a las capacidades visuales, auditivas, físicas o cognitivas de la persona; falta de oportunidades para elegir o decidir sobre las actividades que se llevan a cabo; carencia de mobiliario apropiado; falta de personal y/o instalaciones; o problemas de accesibilidad en dichas instalaciones [54].

También se ha identificado, aunque en un reducido porcentaje de la muestra (11,1%), la falta de desarrollo o exploración previa de intereses de ocio, como uno de los factores limitantes o que actúan como barrera en el desempeño en esta área, así como una proporción considerable de personas que mencionaron las tareas del hogar entre sus principales actividades de interés. Estos resultados parecen apoyar la afirmación de Alegre, que refiere que “las personas mayores han crecido en un ambiente en el que el trabajo era el único medio y fin de sus vidas”, encontrando en la actualidad dificultades para utilizar y organizar su ocio y tiempo libre [95].

Por otro lado, en un 17,8% de los casos emergieron dificultades en la identificación de intereses propios. Además, tal y como se observó en los resultados relacionados con la COTE, un gran número de participantes presentaban dificultades en la toma de decisiones y la capacidad de elección. Sin embargo, tal y como refiere Moreno, el ocio se caracteriza por “un sentimiento de libertad y autodesarrollo”, lo cual implica que la persona sea capaz y tenga oportunidades para elegir las actividades que quiere realizar [95]. Por ello, resulta de especial importancia desarrollar intervenciones dirigidas a abordar estos aspectos y ofrecer oportunidades para favorecer la libertad de elección de cada individuo, con el fin de optimizar la participación de las personas mayores en actividades de ocio significativas para ellas.

VI.2. Características del programa de envejecimiento activo

Con respecto a los contenidos y temáticas en los que se centró la fase de intervención, cabe comentar, en primer lugar, la investigación desarrollada por Clark y otros autores en 1996, en la que se identificaron diez dominios de la vida a los que las personas mayores participantes concedían una mayor importancia: actividades de la vida diaria; adaptación al entorno multicultural; uso del tiempo libre; enfermedad grave y muerte - espiritualidad; mantenimiento de la salud; mantenimiento de la movilidad; finanzas personales; seguridad personal; bienestar personal y felicidad; y relaciones con otros. En esta misma investigación, se hace referencia a que varios de estos dominios son comunes a los que se suelen identificar en el ser humano en general; no obstante, también se resalta que algunos parecen característicos de la población mayor, como puede ser la seguridad personal. Por ello, los autores recomiendan que los terapeutas ocupacionales tengan en consideración estos aspectos y las estrategias de adaptación relacionadas, a la hora de diseñar planes de intervención, centrando en mayor medida el foco en asuntos que no suelen abordarse en los programas de TO, como la espiritualidad [171].

Las actividades y contenidos abordados a través del Programa de EA implementado en el presente trabajo han considerado, en mayor o menor medida, varios de los dominios citados, en concreto: las actividades de la vida diaria, el uso del tiempo libre, la espiritualidad, el mantenimiento de la salud o de la movilidad, la seguridad personal y las relaciones con otros. Los resultados obtenidos a nivel cualitativo muestran que la intervención desarrollada respondió a las necesidades y demandas individuales y grupales de la muestra, tal y como se refleja en la categoría de *El valor de la individualidad*. Esto significa que las personas mayores participantes en este estudio, también conceden valor a gran parte de los dominios identificados por Clark y colaboradores, mostrándose altamente satisfechos con las actividades y contenidos trabajados a lo largo del Programa de EA.

Estos contenidos también coinciden con los de otros trabajos similares. Por ejemplo, en el estudio llevado a cabo por Dahlin Ivanoff, Sonn y Svensson, en el que se implementó un programa de educación para la salud dirigido a personas mayores con limitaciones visuales, se abordaron categorías como: el cuidado personal, la orientación y la movilidad, o la alimentación [94]; temáticas que también se contemplan en el proyecto *Vida activa y salud* [167] y en la intervención que aquí se presenta. Asimismo, el programa de envejecimiento activo *EnvejeHaciendo* comprende algunos módulos que también se relacionan con las temáticas trabajadas en la presente intervención; por ejemplo: hábitos saludables, espiritualidad o relaciones sociales [172].

Por otro lado, los resultados alcanzados en el presente trabajo, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, inciden en la importancia de que las intervenciones sean significativas y se adapten al contexto y a la vida cotidiana de la persona, lo cual refuerza la afirmación de Clark y otros colaboradores de que “no es la actividad per se lo que aumenta la salud y el bienestar” [117], sino la actividad con sentido y significado para la persona.

En otras experiencias similares, como en *el Designing a Life of Wellness Program* (en adelante, DLWP) [119], en el programa *EnvejeHaciendo* [172] o en el *Well Elderly Study* [173], se obtuvieron también resultados positivos asociados al abordaje de la ocupación significativa y la participación social y comunitaria, y su importancia en la promoción de la calidad de vida. En este estudio, igual que en el DLWP, se identificó además la relevancia de eliminar las barreras personales o del entorno que estén restringiendo el desempeño o las oportunidades a nivel ocupacional de la persona [119].

La implicación e involucración de las personas mayores a lo largo de todo el proceso de intervención parece ser otra de las fortalezas del programa de EA desarrollado,

coincidiendo con otras investigaciones en las que se ha comprobado la efectividad de incorporar a los participantes en el proceso de diseño y desarrollo de los programas de intervención [94]. Se refuerza así la idea de que las personas mayores, o cualquier persona en general, son las que mejor conocen su funcionamiento ocupacional y “las que mejor pueden expresar sus necesidades, o tomar decisiones, en relación a sus ocupaciones” [94]. Esta perspectiva coincide con la sostenida por Rodríguez y colaboradores, quienes enfatizan la importancia de que la persona mayor sea quien detecte la necesidad y proponga cambios para transformar la realidad con ayuda de los profesionales [172].

En esta línea, Bolaños y Sánchez refieren: “Al decidir qué quiere hacer, el adulto mayor crea la conciencia necesaria de sus recursos y de aquello que, aunque le cuesta trabajo realizar, vale la pena seguir haciendo, porque es una forma de mantenerse activo y constituye una fuente de motivación para continuar, ya que *mientras esté en sus manos* poder hacer las ocupaciones que le gustan, se sentirá en la mejor disposición para participar en el ambiente que lo rodea” [54].

Estos resultados refuerzan la aplicación de modelos basados en la autogestión, concepto que representa, de forma básica, la participación activa de la persona en su propio cuidado o tratamiento [127, 174]. Los programas de autogestión tienen como objetivo ayudar a las personas a “adquirir y mejorar las habilidades necesarias para asumir un papel protagonista en la gestión de su enfermedad, lo cual implica (...) dotarles de la capacidad para actuar frente a posibles problemas, monitorizar su evolución, y cambiar sus comportamientos o hábitos” [127]. Entre los componentes principales de estos programas, se encuentra la provisión de información, los cambios en el estilo de vida o el apoyo social [127, 174].

Con respecto a la utilización de la pizarra digital interactiva, en el programa de intervención desarrollado por ASISPA, se evidenciaron resultados positivos en la participación y motivación de los usuarios al realizar actividades que implicasen el manejo directo de esta herramienta [154]. En el presente trabajo emergió también el valor otorgado a diferentes oportunidades ofrecidas por la PDI; entre ellas, la posibilidad de escribir y plasmar así las aportaciones del grupo durante el desarrollo de la sesión, pudiendo retomarlas en un momento posterior de la misma, o en sesiones futuras. Sin embargo, no se concedió una especial importancia a la interacción de las propias personas mayores con la pizarra digital, salvo en ocasiones puntuales, lo que refleja que también puede ser útil y viable plantear actividades en las que sea el profesional el que interactúe con la tecnología.

En la intervención llevada a cabo en ASISPA, se identificó asimismo la necesidad de descartar el visionado de telenovelas, debido a que los participantes no eran “capaces de continuar la trama” [154]. En el programa de EA desarrollado en este trabajo, se planteó tanto el visionado de películas completas, como la visualización de determinadas escenas seleccionadas previamente, de películas y de obras de teatro de interés para cada grupo, siendo la segunda modalidad la que mayor aceptación tuvo en los participantes, tal y como se refleja en la categoría *La oportunidad de aprender cosas nuevas y explorar*. Los resultados de ambos trabajos parecen recomendar la selección de determinados fragmentos y descartar la visualización de películas, series u obras de teatro en su totalidad, especialmente en el caso de personas con deterioro cognitivo. La elección de una u otra modalidad dependerá, no obstante, del interés de los participantes y la finalidad de la actividad que se quiera llevar a cabo.

En este estudio, emergió también el valor de la realización de actividades grupales y las numerosas posibilidades ofrecidas por la propia PDI en cuanto a visualización de contenidos, evocación de recuerdos y aprendizaje de nuevos conocimientos, siendo otros aspectos positivos que destacan en gran medida los participantes.

Con respecto a la modalidad de trabajo en grupo, es un aspecto también destacado en el DLWP, en el que se considera que los cambios en la participación y el funcionamiento social se relacionan con las posibilidades de socialización e interacción ofrecidas por el grupo [119]. En la presente investigación se destacan además las oportunidades de aprendizaje que ofrece esta modalidad de intervención, así como el apoyo que se pueden brindar unos compañeros a otros, siendo éstos aspectos valorados con gran intensidad por los participantes. En este sentido, manifiestan su preferencia por el trabajo en grupos reducidos, frente a grupos muy numerosos, aspecto que coincide con el enfoque de otras intervenciones similares, como la planteada en el proyecto *EnvejeHaciendo*, en la que se realizan actividades con pequeños grupos con el fin de garantizar la generación de un número suficiente de ideas y, a su vez, una correcta operatividad del grupo. Se resalta, además, la importancia de poder profundizar e indagar con mayor intensidad en las diferentes perspectivas o ideas sobre un determinado tema, las cuales se pueden posteriormente incorporar a la planificación del programa de intervención [172].

Asimismo, en el *Well Elderly Study*, se destaca la efectividad de metodologías o dinámicas también empleadas en este trabajo, como las presentaciones didácticas, el intercambio entre iguales o la exploración personal, y la importancia de estructurar y diseñar los programas de intervención basándose en las verdaderas necesidades de la población diana [173].

Además, se hace referencia al valor de las habilidades y destrezas de los profesionales a la hora de conducir los grupos o guiar a los participantes, como la escucha activa o la empatía [173]. En este trabajo también emergieron narrativas vinculadas a la influencia de las destrezas profesionales y personales en el éxito y crecimiento de cada grupo.

Finalmente, en las investigaciones citadas se identificaron otras características positivas de las intervenciones de TO, que no emergieron en el presente trabajo, como por ejemplo la sensibilidad cultural del programa [173].

VI.3. Impacto en la calidad de vida y el desempeño ocupacional

Como ya se ha explicado anteriormente en este documento, en estudios previos se recoge la fuerte influencia de factores como la depresión [166, 175], la pérdida de independencia en las AVD [67-70, 175], el deterioro cognitivo [69, 71], el sexo femenino [67] o la edad avanzada de la persona [62, 67, 176] en su calidad de vida o CVRS, produciéndose un empeoramiento en la mayor parte de dimensiones que conforman estos constructos según aumentan los años del individuo o según se presentan los factores mencionados.

Los resultados del presente trabajo muestran también la existencia de cierta relación entre el desempeño en las ABVD y la calidad de vida, reflejada en la asociación encontrada entre las puntuaciones en el Índice de Barthel y el IVES obtenido en el EQ-5D. En concreto, se halló que se obtienen valores mayores para este índice, cuanto más elevado es el nivel de independencia de la persona en las ABVD. No obstante, no se obtuvo ninguna relación significativa en relación a los resultados de la EVA, que reflejan la valoración global de la persona sobre su estado de salud.

También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la autovaloración de la calidad o CVRS y la asignación de problemas en las dimensiones de *Cuidado personal*, así como en *Actividades cotidianas* y *Dolor/malestar*, siendo más positivas las valoraciones en el caso de no presentar ningún problema o presentar tan sólo algunos problemas en estos dominios. A su vez, se encontró una fuerte relación entre las puntuaciones del Índice de Barthel y las correspondientes a la dimensión de *Cuidado personal*, siendo más frecuente la identificación de problemas en esta área en aquellas personas con dependencia en las ABVD. Esta asociación muestra, además, la correspondencia entre la autovaloración de la persona sobre su autocuidado reflejada en el EQ-5D, y la evaluación efectuada por las terapeutas ocupacionales mediante el Índice de Barthel.

En el caso del diagnóstico de depresión, se encontró, por un lado, una cierta asociación, aunque no estadísticamente significativa, con la autovaloración de la calidad de la vida, reflejada en la EVA del EQ-5D. Por otro lado, se detectó que existe relación estadísticamente significativa entre dicha valoración y la asignación de problemas en la dimensión de *Ansiedad/depresión*, por lo que este factor parece tener cierta influencia en la calidad de vida de la persona.

Los hallazgos de este trabajo en relación a la influencia del desempeño en las ABVD y la depresión sobre la calidad de vida de las personas mayores, coinciden con los resultados de investigaciones previas, citadas al comienzo de este apartado.

A diferencia de estos estudios, en el presente trabajo no se encontró ninguna relación entre el deterioro cognitivo y la edad de la persona, y su calidad de vida. Tampoco se halló ninguna asociación con otras variables sociodemográficas como el género o el núcleo de convivencia, o con las patologías crónicas analizadas. En cambio, los resultados alcanzados por Lorenzo [176] y Sánchez [175], en estudios realizados también con población mayor de la comunidad gallega, mostraron la relación existente entre la percepción del estado de salud o calidad de vida y el número de enfermedades crónicas; así como con determinadas patologías: enfermedades del tejido conectivo [175], trastornos respiratorios, trastornos genitourinarios e insomnio [176].

Los resultados obtenidos también permiten observar la relación entre las puntuaciones alcanzadas en la Escala de Tinetti y el Índice de Valor social para cada Estado de Salud, aumentando éste según disminuye el riesgo de caídas de la persona. Asimismo, se encontró una menor frecuencia de problemas en la dimensión de *Cuidado personal* en las personas que no presentan riesgo de caídas. Sin embargo, no se halló ninguna relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de *Movilidad*.

Por otro lado, se encontró una fuerte relación entre el tipo de recurso al que asiste la persona, y su valoración de las dimensiones de *Movilidad* y *Actividades cotidianas*, identificando los usuarios de residencia con mayor frecuencia problemas graves en la primera dimensión, y asignando mayores niveles de gravedad en la segunda dimensión los usuarios de centro de día.

En relación al impacto del programa de EA sobre la calidad de vida o CVRS, cabe mencionar que se obtuvieron ciertas mejoras, aunque reducidas, en la autovaloración global de la salud, el índice de valor social para cada estado de salud y las dimensiones de *Movilidad* y *Cuidado personal*. Estas variaciones no fueron estadísticamente significativas, por lo que no

permiten establecer conclusiones definitivas al respecto, aunque sí apuntan hacia una tendencia a la mejora y un posible beneficio en la calidad de vida de los participantes, lo cual coincide con los hallazgos de otras investigaciones previas [98, 99, 103, 105, 117, 118, 119, 172].

En algunos de estos estudios, se evidenció un impacto significativo de la intervención de TO en las dimensiones de funcionamiento físico [98, 99, 105, 117] y en la independencia en el autocuidado [103]. En estas investigaciones, se recogieron también resultados positivos en torno al funcionamiento psicológico o mental [98, 99, 105, 117, 119] y el dolor corporal [98, 99], dimensiones que no se vieron significativamente alteradas en el caso de este trabajo.

Los estudios consultados muestran también mejoras en el rol emocional [98, 99, 117], el funcionamiento social [98, 99, 117, 119, 172], el sentimiento de pertenencia [98, 99, 117], y en dimensiones relacionadas con el entorno [105] y la vitalidad [98, 99, 117, 119], aspectos estrechamente vinculados con algunos de los resultados obtenidos a nivel cualitativo en esta tesis. Así, los participantes manifestaron beneficios y aportaciones relacionados con los cambios en las interacciones en el centro, las aportaciones a otros agentes del entorno, el sentimiento de pertenencia al grupo, o mejoras en el estado anímico o emocional. Estos resultados refuerzan los alcanzados por los estudios citados, mostrando el impacto del programa de intervención en tales dimensiones de la calidad de vida.

Con respecto a las mejoras que tuvieron lugar en el estado anímico de algunos participantes tras la realización del programa de EA a través de la PDI, cabe resaltar que fueron extraídas a partir del análisis cualitativo (principalmente, en la categoría *Relajarse y “desconectar”*), a pesar de que, como ya se ha dicho, no se vieron reflejadas en las puntuaciones relativas a la ansiedad o la depresión del EQ-5D.

En otras investigaciones relacionadas con el uso de herramientas tecnológicas, se observó también una tendencia de disminución en la depresión, además una reducción de las situaciones de soledad y aislamiento, y un fortalecimiento de las redes de apoyo social, en algunos casos tras la realización de intervenciones basadas en el uso de Internet o de la tecnología en general [121-124].

Según reflejan estos estudios, la tecnología permite a los mayores mejorar su participación social y comunicarse con familiares o amigos de manera fácil, económica y con mayor frecuencia [121], ofreciéndoles además la posibilidad de llevar a cabo actividades de ocio, que les permiten distraerse y alejarse de sus sentimientos de soledad [123].

En el estudio de Gómez y García, se produjo también una disminución en los niveles de depresión y soledad de los participantes, acompañada de un incremento en la satisfacción vital, tras la realización de diferentes talleres de ocio en un centro de día para personas mayores [20].

En el presente trabajo de investigación, se recogieron beneficios vinculados con la participación social y el fortalecimiento de las redes de apoyo de la persona, reflejados en la mejora del comportamiento interpersonal, evaluado a través de la COTE, y en las narrativas que conforman la categoría de *Cambios en las interacciones en el centro*. Cabe destacar que las mejoras obtenidas en la COTE, en relación al comportamiento o desempeño ocupacional de la persona, fueron muy llamativas, y estadísticamente significativas, lo que permite establecer que el programa de EA presenta un impacto considerable sobre los aspectos valorados por esta herramienta, especialmente, sobre aquellos relacionados con el *Comportamiento interpersonal*.

Las mejoras manifestadas por los participantes en cuanto a su estado anímico y su participación social, se vincularon también con la realización de actividades de ocio a lo largo del programa de intervención, igual que en el estudio desarrollado por Fokkema y Knipscheer [123], o en el trabajo realizado por García y Gómez [20].

Estos resultados corroboran las conclusiones extraídas por estos autores, quienes manifestaron que las actividades de ocio repercuten positivamente en el bienestar subjetivo y en la calidad de vida de las personas mayores, permitiéndoles desempeñar roles más activos, promoviendo su participación en la educación y formación de forma continua, y favoreciendo su integración en el centro, al fomentar dinámicas participativas que acogen a personas mayores de diferente edad, género, nivel educativo o condición social [20].

A diferencia de los estudios mencionados anteriormente [121-124], en los resultados de la presente investigación apenas se hace referencia a las posibilidades a nivel de comunicación ofrecidas por la tecnología o por Internet en general, apareciendo éstas asociadas a las posibilidades ofrecidas por la PDI en cuanto a visualización de contenidos, evocación de recuerdos y aprendizaje de nuevos conocimientos. Estas posibilidades, unidas al valor otorgado a la realización de actividades grupales y a la implicación en actividades significativas a nivel individual, no sólo de ocio, son los factores que en mayor medida condicionan las mejoras en el estado anímico, la experimentación de vivencias positivas y los cambios en las interacciones y relaciones en el centro.

Estos hallazgos refuerzan los resultados expuestos por Sampedro en relación a la implementación de programas de actividades grupales a través de pizarras digitales, los cuales muestran un incremento en las relaciones interpersonales, debido al establecimiento de vínculos y relaciones sociales, y la estimulación del lenguaje expresivo, la evocación de hechos del pasado, o la puesta en común de experiencias de vida [154].

Por otro lado, los resultados muestran como una de las principales aportaciones del programa *La oportunidad de aprender cosas nuevas y explorar*, un aspecto valorado con intensidad por los participantes en el estudio. Según Rodríguez, “aunque es cierto que la oferta de oportunidades socioeducativas en España ha crecido de modo espectacular en los últimos años, también lo es que todavía queda mucho camino por recorrer si deseamos mejorar la calidad de las oportunidades de formación y de desarrollo personal de los ciudadanos de más edad” [32].

En la intervención llevada a cabo, se han abordado la mayor parte de las finalidades indicadas por la OMS en el abordaje de la educación en el marco del EA, en concreto: la educación continua como aprendizaje durante toda la vida, la educación relacionada con las nuevas tecnologías, la educación intergeneracional, la educación sobre EA, o la educación básica y conocimientos mínimos para la mejora del estado de salud [55, 177].

En los resultados a nivel cualitativo se puede observar como los participantes destacan el aprendizaje adquirido en relación a algunas de estas temáticas, como la educación relacionada con las nuevas tecnologías, o con la mejora del estado de salud. También se destaca el aprendizaje adquirido con respecto a la seguridad en la realización de ocupaciones diarias, coincidiendo este hallazgo con los resultados de Dahlin Ivanoff, Sonn y Svensson. En su estudio, se produjo una mejora en la percepción de la seguridad en diferentes ocupaciones en un grupo de personas mayores, tras la realización de un programa de educación para la salud, en el que se abordaron temáticas similares al programa aquí expuesto, y en el que se siguieron algunas pautas metodológicas comunes [94].

Los resultados que emergen en relación a las oportunidades de aprendizaje y estimulación, por un lado, y relajación y distracción, por otro, aluden también a la importancia del equilibrio ocupacional, considerándose imprescindible un adecuado “balance entre actividad, descanso y recreación para mantener” el “bienestar físico, mental y emocional” [54], tal y como reflejan numerosos autores y organismos a nivel internacional.

Se reflejan además otros resultados vinculados con el bienestar a nivel emocional y mental, en relación a la evocación de recuerdos y vivencias significativas, que conforman parte de la categoría *Mantener viva la memoria*. Estas aportaciones del programa de EA refuerzan la idea de que “sólo aquellos acontecimientos que para una persona han tenido una relevancia emocional muy especial se recuerdan todavía bien en la vejez” [9].

La evocación de recuerdos conlleva en muchos participantes sentimientos de logro, competencia o satisfacción, asociados a la posibilidad de recordar contenidos y vivencias representativos para ellos, o que formaron parte de otras etapas de su vida. Tal y como manifiestan Bolaños y Sánchez, se requiere un ambiente que proporcione a las personas mayores oportunidades, integrando conocimientos y enfoques variados y creativos, que les brinde satisfacción y sentido en sus vidas, generando “experiencias personales que les lleven a realizar las cosas con maestría, es decir, con dominio, independientemente de la etapa de la vida en que se encuentre” [54].

Asimismo, la evocación de recuerdos se vincula con los *Cambios en las interacciones en el centro*, coincidiendo con los resultados obtenidos por Sampedro, que reflejan la influencia que tiene el recuerdo de hechos del pasado y la puesta en común de experiencias de vida, en el incremento de las relaciones interpersonales [154].

Los resultados de este trabajo también muestran las aportaciones que las propias personas mayores consideran que pueden ofrecer a otras personas de su entorno o a la sociedad en general, emergiendo la importancia de incorporar a otras poblaciones en los programas de intervención llevados a cabo. Tal y como se ha mencionado, esto se puede lograr fomentando la participación de alumnado de prácticas, voluntarios u otros profesionales del centro en la totalidad del programa o en determinadas sesiones o dinámicas, así como de familiares u otras personas próximas a las personas mayores participantes (amistades, cuidadores, etc.), aspecto considerado como fundamental en intervenciones de terapia ocupacional [178] o en iniciativas planteadas desde el modelo de AICP.

También se considera primordial la realización de programas intergeneracionales, que se definen como “vehículos para el intercambio determinado y continuado de recursos y aprendizaje entre las generaciones más viejas y más jóvenes”. Para que estas iniciativas tengan éxito, se considera que deben demostrar beneficios mutuos para todos los participantes; establecer nuevos roles sociales y/o nuevas perspectivas; involucrar a múltiples generaciones, incluyendo por lo menos a dos generaciones no adyacentes y sin lazos familiares; promover el conocimiento y la comprensión entre las generaciones más

jóvenes y aquellas de mayor edad, así como la autoestima en ambos grupos; y desarrollar relaciones intergeneracionales, entre otros aspectos [179].

Los participantes mencionan además las posibilidades ofrecidas en cuanto a la conexión con el entorno y la realidad que les rodea, reforzando los resultados alcanzados por este equipo de investigación en otros estudios previos, en los que emergieron narrativas similares [128, 129].

Otro de los aspectos que los participantes expresan con vehemencia es la *Generalización y aplicabilidad en el día a día* de los resultados alcanzados. Esto refuerza los hallazgos del *Well Elderly Study*, en el que también se identificó como un aspecto esencial de la intervención la oportunidad de aplicar de forma activa el aprendizaje y las destrezas adquiridas [173].

Por último, cabe señalar la posible influencia en los discursos de los informantes, de la *Percepción general sobre el centro de día o residencia*, positiva en la mayor parte de los casos, tal y como se reflejó en una de las categorías que conforman los resultados del presente trabajo. Este aspecto pudo favorecer, en cierto modo, la generación de percepciones positivas en torno al programa de EA, al desarrollarse éste en un entorno cómodo y familiar para las personas mayores. Al analizar estas percepciones, cabe también considerar las dificultades señaladas en la categoría *Necesidad de cambios y propuestas de futuro*, en relación con la capacidad de crítica y la expresión de propuestas de mejora o sugerencias de cambio.

Para finalizar, se ve necesario resaltar que muchos de los estudios revisados se centran en personas mayores que presentan demencia u otras enfermedades crónicas, o que se encuentran en situación de dependencia [103, 104, 105, 108, 118]. Así, son escasas las intervenciones de TO enmarcadas en un enfoque preventivo o de promoción de la salud, el cual se dirige de forma especial a aquellas personas mayores que no presentan ningún tipo de discapacidad o de limitaciones que interfieran en su desempeño ocupacional.

No obstante, se han encontrado algunas investigaciones llevadas a cabo con personas mayores que no estaban en situación de dependencia o discapacidad, en las que se ha evidenciado el impacto positivo de la TO sobre su estado funcional y su calidad de vida [51-54, 94]. En la muestra del presente trabajo, también fue incluido un porcentaje de personas independientes en la realización de las ABVD, o con niveles muy reducidos de dependencia, lo que refuerza los resultados alcanzados por dichas investigaciones.

Capítulo VII.- Conclusiones

Capítulo VII.- Conclusiones

Por un lado, se ha podido extraer información muy valiosa sobre la situación inicial de las personas mayores participantes; en concreto, en relación a su salud, su calidad de vida y su desempeño ocupacional. Estos resultados tratan de contribuir al conocimiento existente sobre las personas mayores, con el fin de mejorar su comprensión y atención.

Por otro lado, se ha desarrollado un programa de EA a través de herramientas tecnológicas, que cumple con los objetivos establecidos al inicio de la investigación, siguiendo una metodología adaptada a las capacidades, intereses, potencialidades y ritmos de aprendizaje de la población mayor, y basada en las necesidades detectadas en la evaluación inicial y a lo largo de todo el estudio. Los contenidos y materiales que han sido elaborados o utilizados en el desarrollo de esta intervención también cumplen con las finalidades del trabajo, respetando los criterios de accesibilidad y usabilidad establecidos de forma previa.

Los resultados alcanzados tras la implementación del programa de EA, muestran un impacto positivo sobre la calidad de vida y, especialmente, en el comportamiento ocupacional de las personas mayores participantes. Desde la perspectiva de los propios participantes, también se han identificado otros beneficios o aportaciones, de gran interés en el marco del EA, la TO o la AICP, como: el aprendizaje de nuevos conocimientos, muchos de ellos vinculados con la seguridad en el desempeño ocupacional y el seguimiento de hábitos de vida saludable; la importancia del compromiso e implicación en la actividad; el valor de la individualidad y del trabajo en grupo; o las aportaciones de las personas mayores a otros agentes de su entorno.

La obtención de estos resultados permite establecer que el programa de intervención responde en gran medida a las necesidades de las personas mayores en su desempeño ocupacional, favoreciendo una mayor responsabilidad y participación activa en sus ocupaciones y en su proceso de salud y envejecimiento. Los beneficios mencionados, así como las impresiones positivas que emergieron en relación a las actividades realizadas o la PDI, refuerzan la importancia de continuar desarrollando experiencias y estudios similares, con el fin de profundizar en sus efectos y posibilidades.

Se concluye, por lo tanto, que el programa de EA desarrollado a través de herramientas tecnológicas, presenta un impacto positivo sobre diferentes aspectos y dimensiones de la calidad de vida, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema sanitario y social, así como a la potenciación de los cuatro pilares fundamentales del concepto de EA: la salud, la participación, la seguridad y el aprendizaje a lo largo de toda la vida.

Capítulo VIII.- Futuros desarrollos

Capítulo VIII.- Futuros desarrollos

En base a los resultados y conclusiones extraídas en el presente trabajo, se estima necesario implementar los futuros desarrollos que se indican a continuación, con el fin de seguir explorando y analizando los beneficios de este tipo de intervenciones, tratando además de solventar las limitaciones existentes.

- Disponer de uno o varios grupos control, que permitan establecer comparaciones con respecto al grupo experimental. Estos grupos pueden ser usuarios que no reciban ningún tipo de intervención similar, o participantes que reciban otra intervención diferente, de forma aislada o en combinación con el programa de EA aquí expuesto.
- Realizar evaluaciones de seguimiento a medio y largo plazo, que permitan contrastar los resultados obtenidos en el período inmediatamente posterior al fin de la intervención, por ejemplo, a los 3, a los 6 o a los 12 meses, como sugieren estudios similares. Estas evaluaciones incluyen la presentación y devolución de los resultados a los participantes en el estudio, tratando de confrontar los datos alcanzados a nivel cualitativo y cuantitativo, a través de entrevistas individualizadas, grupos de discusión u otro tipo de técnicas.
- Incorporar en el análisis otras variables sociodemográficas y relativas al desempeño ocupacional y al estado de salud, que permitan profundizar en las características y necesidades de la población mayor.
- Ampliar el ámbito del estudio al medio comunitario, desarrollando intervenciones similares en otros contextos como centros cívicos o clubes sociales.
- Incluir nuevos grupos de informantes que complementen con sus percepciones la exploración sobre el programa de intervención desarrollado y las aportaciones y beneficios del mismo. Se propone, por lo tanto, aplicar determinadas técnicas de recogida de datos, como la entrevista individualizada o grupos de discusión, con agentes del entorno de los participantes en este estudio: familiares, profesionales y voluntarios del centro, alumnado de prácticas, etc. También se sugiere incorporar al entorno familiar o a los cuidadores en los procesos de evaluación e intervención, con el fin de personalizar en mayor medida el programa de EA y extender sus beneficios a otros agentes del entorno de la persona mayor.
- Analizar el coste-efectividad de la intervención llevada a cabo, comparando sus efectos y los gastos necesarios para implementarla, con los de otras terapias farmacológicas y no farmacológicas.

Bibliografía y créditos

Bibliografía

- [1] Frolkis VV, Bezrukov VV. Aging of the central nervous system. *Interdisciplinary Topics in Gerontology*. 1979; 16: 58-60.
- [2] Alvarado AM, Salazar AM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos* [revista en Internet] 2014 [acceso octubre de 2014]; 25 (2): [57-62]. DOI 10.4321/S1134-928X2014000200002.
- [3] Bourlière F. *Gérontologie: biologie et clinique*. Paris, Francia: Flammarion Médecine-Sciences; 1982.
- [4] Matellanes B, Díaz U, Montero JM. *El proceso de envejecer. Una perspectiva integradora: evaluación e intervención biopsicosocial*. Bilbao, España: Universidad de Deusto; 2010.
- [5] Millán JC, Maseda A. Envejecimiento. En: Millán JC. *Gerontología y geriatría. Valoración e intervención*. Madrid, España: Médica Panamericana; 2011. p. 1-19.
- [6] Manuel J, Mateo A, coordinadores. *La participación social de las personas mayores*. Madrid, España: IMSERSO, Ministerio de Educación, Política Social y Deporte; 2008. Colección Estudios Serie Personas Mayores: 11005.
- [7] Cornachione MA. *Vejez: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. 2ª ed. Córdoba, Argentina: Brujas; 2008.
- [8] Martínez A, Gil L, Serrano P, Ramos JM, coordinadores. *Nuevas miradas sobre el envejecimiento*. Madrid, España: IMSERSO, Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Colección Manuales y Guías. Serie Personas Mayores: 31005.
- [9] Pfäfflin-Müllenhoff U. Anciano. En: Köther I, Gnamm E. *Manual de Geriatría. El cuidado de las personas mayores*. Madrid, España: Editex; 2003.
- [10] Alberich T. Envejecimiento físico, psicológico y social. En: Barranco A, Funes E, coordinadoras. *Intervención social y sanitaria con mayores. Manual para el trabajo con la 3ª y 4ª edad*. Madrid, España: Dykinson; 2008. p. 17-47.
- [11] Ribera JM, Milán A, Ruiz M. Conceptos esenciales del envejecimiento. *Medicine* [revista en Internet] 2006 [acceso septiembre de 2014]; 9 (62): [4003-10]. DOI 10.1016/S0211-3449(06)74369-7.

- [12] Organización Mundial de la Salud (OMS). Planificación y organización de los servicios geriátricos. Ginebra, Suiza: OMS; 1974. Serie de informes técnicos: 548.
- [13] García A, Rabadán JA, Sánchez AM. Dependencia y vejez. Madrid, España: Arán; 2006.
- [14] Mayán JM. Gerontología gallega en cifras. A Coruña, España: Deputación Provincial de A Coruña; 2003.
- [15] Miquel J. Integración de teorías del envejecimiento (Parte I). Rev Esp Geriatr Gerontol [revista en Internet] 2006 [acceso octubre de 2014]; 41 (1): [55-63]. DOI 10.1016/S0211-139X(06)72923-7.
- [16] Erikson E. El ciclo vital completado. España: Paidós Ibérica; 2000.
- [17] Belsky JK. Psicología del envejecimiento. Barcelona, España: Masson; 1996.
- [18] Neugarten B, Havighurst R, Tobin S. The measurement of life satisfaction. J Gerontol. 1961; 16 (2): 134-43. DOI 10.1093/geronj/16.2.134.
- [19] Oddone MJ. Antecedentes teóricos del envejecimiento activo. Madrid, España: Envejecimiento en red; 2013. Informes Envejecimiento en red: 4.
- [20] García MA, Gómez L. Efectos de los talleres de ocio sobre el bienestar subjetivo y la soledad en las personas mayores. Revista de Psicología Social [revista en Internet] 2003 [acceso junio de 2014]; 18 (1): [35-48]. DOI 0.1174/02134740360521769.
- [21] Cumming E, Henry WE. Growing Old, the Process of Disengagement. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books; 1961.
- [22] Giró J, coordinador. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva pluridisciplinar. Logroño, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de La Rioja; 2004.
- [23] Birren JE, Zarit J. Concepts of health, behavior and aging. En: Birren JE, Livingston JM, editors. Cognition, stress and aging. Prentice-Hall; 1985.
- [24] Máximo N, Pérez de Heredia M, Gutiérrez M. Atención en el hogar de personas mayores. Manual de terapia ocupacional. Salamanca, España: Ediciones Témpera; 2004.
- [25] Barranco A. Aspectos sanitarios e intervención en la vejez. En: Barranco A, Funes E, coordinadoras. Intervención social y sanitaria con mayores. Manual para el trabajo con la 3ª y 4ª edad. Madrid, España: Dykinson; 2008. p. 125-71.

- [26] González B, Ruiz MA. Cómo mantener una buena salud mental: Guía de ayuda para personas mayores. Madrid, España: Síntesis; 2004.
- [27] Bazo MT. Políticas sociosanitarias y el debate entre público y privado. En: Bazo MT, coord. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. Madrid, España: Médica Panamericana; 1998. p. 103-29.
- [28] Levy B. Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [revista en Internet] 2003 [acceso enero de 2014]; 58 (4): [203-11]. DOI 10.1093/geronb/58.4.P203.
- [29] Hernández G. Jubilación y alternativas para un ocio creativo. En: Giró Miranda J, coordinador. Envejecimiento, tiempo libre y gestión del ocio. Logroño, España: Universidad de la Rioja; 2009. p. 43-63.
- [30] Hernández G. Cese de la actividad profesional y preparación para la jubilación. *Cuadernos de Relaciones Laborales* [revista en Internet] 2009 [acceso octubre de 2013]; 27 (2): [63-81]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA>
- [31] Vizcaíno J. Envejecimiento y atención social. Barcelona, España: Herder; 2000.
- [32] Bermejo L, coordinadora. Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores. Guía de buenas prácticas. Madrid, España: Médica Panamericana; 2010.
- [33] Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G, Wu Y, Prina M. World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Londres, Reino Unido: Alzheimer's Disease International; 2015.
- [34] Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión. Washington DC, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
- [35] Garre J. Criterios diagnósticos de demencia: a las puertas del cambio de paradigma. *Alzheimer. Real Invest Demenc* [revista en Internet] 2007 [acceso octubre de 2013]; 35: [4-11]. Disponible en: <http://www.revistaalzheimer.com/PDF/0161.pdf>
- [36] American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5. 5ª ed. Arlington VA, Estados Unidos: APA; 2013.

- [37] Caamaño JL. Trastornos psicológicos y conductuales. En: Millán JC. Gerontología y geriatría. Valoración e intervención. Madrid, España: Médica Panamericana; 2011. p. 269-83.
- [38] Olazarán-Rodríguez J, Agüera-Ortiz LF, Muñiz-Schwochert R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol [revista en Internet] 2012 [acceso enero de 2014]; 55 (10): [598-608]. PMID: 23143961.
- [39] López-Pousa S, Lombardía C. ¿Demencia o trastorno neurocognitivo mayor? Alzheimer. Real Invest Demenc [revista en Internet] 2014 [acceso enero de 2015]; 56: [3-6]. DOI 10.5538/1137-1242.2014.56.3.
- [40] Millán JC. Epidemiología y prevención en geriatría. En: Millán JC. Gerontología y geriatría. Valoración e intervención. Madrid, España: Médica Panamericana; 2011. p. 57-76.
- [41] Berrueta LM, Ojer MJ, Trébol A. Terapia ocupacional en geriatría y gerontología. TOG (A Coruña) [revista en Internet] 2009 [acceso octubre de 2013]; 6 (Supl. 4): [215-58]. Disponible en: www.revistatog.com
- [42] Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and Successful. Science. 1987; 237 (4811): 143-9. DOI 10.1126/science.3299702.
- [43] Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. The Gerontologist. 1997; 37 (4): 433-40. DOI 10.1093/geront/37.4.433.
- [44] Vaillant GE, Mukamal K. Successful aging. Am J Psychiatry [revista en Internet] 2001 [acceso octubre de 2013]; 158 (6): [839-47]. PMID: 11384887.
- [45] Bowling A. What is successful aging and who should define it? BMJ [revista en Internet] 2005 [acceso enero de 2014]; 331: [1548-51]. DOI 10.1136/bmj.331.7531.1548.
- [46] World Health Organization (WHO). Active Ageing: A Policy Framework. Ginebra, Suiza: WHO; 2002.
- [47] Causapé D, Balbontín A, Porrás M, Mateo A. Envejecimiento activo. Libro Blanco. Madrid, España: IMSERSO; 2011.

- [48] International Longevity Centre Brazil (ILC-Brazil). Active ageing: a Policy Framework in Response to the Longevity Revolution. Río de Janeiro, Brasil: ILC-Brazil; 2015.
- [49] Cordero P. 2012, Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional. Humanismo y Trabajo Social [revista en Internet] 2012 [acceso enero de 2014]; 11: [101-17]. Disponible en: <http://www4.unileon.es/trabajo-social/resumen.asp?identif=8401>
- [50] Abellán A et al. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006. Madrid, España: IMSERSO; 2007. Colección Estudios Serie Documentos Estadísticos: 22009.
- [51] Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra, Suiza; 1986.
- [52] Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Yakarta; 1997.
- [53] Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Glosario. Ginebra, Suiza; 1998.
- [54] Bolaños CH, Sánchez CE. Actividades para el cuidado de la salud con adultos mayores. Desde la perspectiva de Terapia ocupacional. México DF, México: Limusa; 2010.
- [55] Zamarreño C. Terapia ocupacional y envejecimiento activo. Agathos. 2012; 3: 12-8.
- [56] Rodríguez P, Vilà A, coordinadores. Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad. Madrid, España: Tecnos; 2014.
- [57] Rodríguez P. La atención integral y centrada en la persona. Fundación Pilares para la autonomía personal; 2013. Papeles de la fundación: 1.
- [58] Leichsenring K. La atención integral como base de los sistemas emergentes de asistencia de larga duración en Europa. En: Arriba A, Moreno FJ, coordinadores. El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos. Madrid, España: IMSERSO; 2009. Colección Estudios Serie Dependencia: 12007. p. 95-122.

- [59] Sancho M et al. Cuadernos prácticos: Modelo de Atención Centrado en la Persona 1.- ¿En qué consiste este modelo de atención? Gobierno Vasco, Matia Fundazioa; 2014.
- [60] The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. Soc Sci Med [revista en Internet] 1995 [acceso septiembre de 2013]; 41 (10): 1403-9. PMID 8560308.
- [61] Ferreira P. A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Universidade de Coimbra; 1995.
- [62] Yanguas JJ. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Madrid, España: IMSERSO; 2006. Colección Estudios Serie Personas Mayores: 11002.
- [63] De Juanas A, Limón MR, Navarro E. Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. Pedagogía Social [revista en Internet] 2013 [acceso septiembre de 2014]; (22): [153-68]. DOI 10.7179/PSRI_2013.22.02.
- [64] Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Atención Primaria [revista en Internet]; 2001 [acceso agosto de 2013]; 28 (6): [425-30]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-euroqol-5d-una-alternativa-sencilla-13020211>
- [65] EuroQol Group. EuroQol - A new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy. 1990; 16 (3): [199-208]. PMID 10109801.
- [66] Wada T et al. Depression, activities of daily living and quality of life of community dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan. Arch Gerontol Geriatr [revista en Internet] 2005 [acceso septiembre de 2014]; 41 (3): [271-80]. DOI 10.1016/j.archger.2005.03.003.
- [67] Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life Scale. Med Clin (Bar) [revista en Internet] 1999 [acceso agosto de 2013]; 112 Supl. 1: [79-85]. PMID 10618804.

- [68] Gómez J. Health-related quality of life. The end of the iceberg of the complex assessment of care in the oldest old patients. *Med Clin (Bar)* [revista en Internet] 2010 [acceso septiembre de 2014]; 135 (4): [162-4]. DOI 10.1016/j.medcli.2009.11.025.
- [69] Gómez M, Gómez J. Evaluación de áreas de intervención desde terapia ocupacional en un centro de mayores mediante el enfoque de envejecimiento activo. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet] 2013 [acceso abril de 2014]; 10 (18): [17 p]. Disponible en: www.revistatog.com
- [70] Andersen CK, Wittrup-Jensen KU, Lolk A, Andersen K, Kragh-Sørensen P. Ability to perform activities of daily living is the main factor affecting quality of life in patients with dementia. *Health Qual Life Outcomes* [revista en Internet] 2004 [acceso junio de 2014]; 2 (1): 52. DOI 10.1186/1477-7525-2-52.
- [71] Novella JL et al. Quality of life in dementia: state of the knowledge. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* [revista en Internet] 2012 [acceso noviembre de 2014]; 10 (4): [365-72]. DOI 10.1684/pnv.2012.0375.
- [72] Hurt C et al. Patient and caregiver perspectives of quality of life in dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* [revista en Internet]. 2008 [acceso noviembre de 2014]; 26 (2): [138-46]. DOI 10.1159/000149584.
- [73] Bernardo EM. Envelhecimento no Concelho da Guarda: um estudo sobre qualidade de vida [tesis doctoral]. Salamanca, España: Universidad Pontificia de Salamanca; 2012.
- [74] Barry A, McGwire S, Porter K. Global AgeWatch Index 2015. Insight report. Londres, Reino Unido: HelpAge International; 2015.
- [75] Martín JM et al. Informe España 2013. Una interpretación de su realidad social. Madrid, España: Fundación Encuentro; 2013.
- [76] Instituto Nacional de Estadística [base de datos en Internet]. Madrid: INE; 2015 [acceso julio de 2015]. Estadística del padrón continuo - Datos provisionales a 1 de enero de 2015. Disponible en: <http://www.ine.es>
- [77] Instituto Nacional de Estadística [base de datos en Internet]. Madrid: INE; 2015 [acceso julio de 2015]. Indicadores demográficos básicos - Indicadores de crecimiento y estructura de la población - Datos provisionales 2015. Disponible en: <http://www.ine.es>

- [78] Instituto Nacional de Estadística [base de datos en Internet]. Madrid: INE; 2015 [acceso julio de 2015]. Proyecciones de población. Disponible en: <http://www.ine.es>
- [79] Ribera JM. Valoración del paciente anciano. En: Millán JC. Gerontología y geriatría. Valoración e intervención. Madrid, España: Médica Panamericana; 2011. p. 21-35.
- [80] Instituto Nacional de Estadística [base de datos en Internet]. Madrid: INE; 2008 [acceso julio de 2015]. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008. Disponible en: <http://www.ine.es>
- [81] World Federation of Occupational Therapists (WFOT). Statement on Occupational Therapy [monografía en Internet]. WFOT; 2010 [acceso enero de 2015]. Disponible en: <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>
- [82] American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd edition). Am J Occup Ther [revista en Internet] 2014 [acceso abril de 2015]; 68: [S1-S48]. DOI 10.5014/ajot.2014.682006
- [83] Townsend E, Polatajko H. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice through Occupation. 2ª ed. Ottawa, Ontario, Canadá: CAOT Publications ACE; 2013.
- [84] Unruh AM. Reflections on: “So... what do you do?” Occupation and the construction of identity. Can J Occup Ther [revista en Internet] 2004 [acceso enero de 2014]; 71 (5): [290-5]. PMID 15633879.
- [85] Hooper B, Wood W. The philosophy of occupational therapy: A framework for practice. En: Boyt Schell BA, Gillen G, Scaffa M, editores. Willard and Spackman's occupational therapy. 12ª ed. Philadelphia, Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. p. 35-46.
- [86] Wilcock AA, Townsend EA. Occupational justice. En: Boyt Schell BA, Gillen G, Scaffa M, editores. Willard and Spackman's occupational therapy. 12ª ed. Philadelphia, Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. p. 541-52.
- [87] Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra, Suiza: OMS; 2001.

- [88] Law M et al. Core concepts of occupational therapy. En: Townsend E., editor. *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa, Ontario, Canadá: CAOT Publications ACE; 1997.
- [89] Gómez S. La ocupación y su significado como factor influyente de la identidad personal. *Revista chilena de Terapia Ocupacional [revista en Internet]* 2003 [acceso enero de 2014]; (3): [5]. Disponible en: <http://www.revistaterapiaocupacional.cl>
- [90] Christiansen C, Baum MC, Bass-Haugen J, editores. *Occupational therapy: performance, participation, and well-being*. Thorofare, NJ, Estados Unidos: Slack; 2005.
- [91] Boyt Schell BA, Gillen G, Scaffa M, editores. *Willard and Spackman's occupational therapy*. 12ª ed. Philadelphia, Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
- [92] Simó S. Terapia Ocupacional al Sur del Alma. *Terapia Ocupacional. Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales*. 2005; (38): 25-35.
- [93] Kaminsky T. The Role of Occupational Therapy in Successful Aging. *OT Practice [revista en Internet]* 2010 [acceso junio de 2013]; 15 (6): [11-4]. Disponible en: <http://www.aota.org/Publications-News/OTP.aspx>
- [94] Dahlin Ivanoff S, Sonn U, Svensson E. A health education program for elderly persons with visual impairments and perceived security in the performance of daily occupations. En: Corcoran M, editor. *Geriatric Issues in occupational therapy*. Baltimore, Estados Unidos: AOTA; 2003. p. 108-20.
- [95] Corregidor AI. *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología: Bases conceptuales y aplicaciones prácticas*. Madrid, España: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2010.
- [96] Yanguas J, Sancho MT, Leturia FJ. Aspectos psicosociales del envejecimiento. En: Durante P, Pedro P, editores. *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*. Barcelona, España: Masson; 1998. p. 59-66.
- [97] Driessen MJ, Dekker J, Lankhorst GJ et al. Diagnostic findings and treatment goals in occupational therapy in hospital based care. En: Driessen MJ, editor. *Occupational Therapy in Hospital Based Care in the Netherlands*. Amsterdam, Holanda: Free University; 1997. p. 43-63.

- [98] Clark F et al. Occupational therapy for independent-living older adults: A randomized controlled trial. *JAMA* [revista en Internet] 1997 [acceso agosto de 2013]; 278 (16): [1321-6]. PMID 9343462.
- [99] Jackson J, Carlson M, Zemke R, Mandel D, Clark F. Occupation in lifestyle redesign: The USC Well Elderly Study Occupational Therapy Program. *Am J Occup Ther* [revista en Internet] 1998 [acceso agosto de 2013]; 52 (5): [326-36]. PMID 9588257.
- [100] Cumming RG, Thomas M, Szonyi G, Frampton G, Salkeld G, Clemson L. Adherence to occupational therapist recommendations for home modifications for falls prevention. *Am J Occup Ther* [revista en Internet] 2001 [acceso junio de 2013]; 55 (6): [641-8]. PMID 12959228.
- [101] Korczak D, Habermann C, Braz S. The effectiveness of occupational therapy for persons with moderate and severe dementia. *GMS Health Technol Assess* [revista en Internet] 2013 [acceso octubre de 2014]; 9: [7 p.]. DOI 10.3205/hta000115.
- [102] Wilkins S, Jung B, Wishart L, Edwards M, Gamble S. The effectiveness of community-based occupational therapy education and functional training programs for older adults: A critical literature review. *Can J Occup Ther* [revista en Internet] 2003 [acceso junio de 2013]; 70 (4): [214-25]. PMID 14619761.
- [103] Dooley NR, Hinojosa J. Improving quality of life for personas with Alzheimer's disease and their family caregivers: brief occupational therapy intervention. *Am J Occup Ther* [revista en Internet] 2004 [acceso enero de 2014]; 58 (5): [561-9]. PMID 15481783.
- [104] Baldelli MV, Boiardi R, Ferrari P, Bianchi S. Dementia and occupational therapy. *Arch Gerontol Geriatr* [revista en Internet] 2007 [acceso junio de 2013]; 44 (Supl. 1): [45-8]. DOI 10.1016/j.archger.2007.01.006
- [105] Kumar P et al. Novel occupational therapy interventions may improve quality of life in older adults with dementia. *Int Arch Med* [revista en Internet] 2014 [acceso enero de 2015]; 7:26: [7 p.]. DOI 10.1186/1755-7682-7-26.
- [106] Kim SY, Yoo EY, Jung MY, Park SH, Park JH. A systematic review of the effects of occupational therapy for persons with dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *NeuroRehabilitation* [revista en Internet] 2012 [acceso abril de 2014]; 31 (2): [107-15]. DOI 0.3233/NRE-2012-0779.

- [107] Ávila AI. Terapia asistida con animales (TAA). Una experiencia del equipo de investigación internacional en técnicas no farmacológicas (TAA, psicomotricidad, acciones recreativas basadas en la comunidad - ARBC -, musicoterapia e intervención del arte). TOG (A Coruña) [revista en Internet] 2011 [acceso octubre de 2014]; 8 (Supl. 7): [146-55]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/>
- [108] Ávila AI. Valoración de los efectos de la terapia ocupacional sobre algunos trastornos neurológicos: Un estudio a través del LOTCA y del Barthel [tesis doctoral]. A Coruña: Universidade da Coruña; 2012.
- [109] Law M et al. Effectiveness of activity programmes for older persons with dementia. A critical review of the literature by the Occupational Therapy Evidence-based Practice Research Group, McMaster University, Hamilton, Ontario. Canadian Occupational Therapy Foundation.
- [110] Carlson M, Fanchiang SP, Zemke R, Clark F. A meta-analysis of the effectiveness of occupational therapy for older persons. Am J Occup Ther [revista en Internet] 1996 [acceso marzo de 2014]; 50 (2): [88-98]. DOI 10.5014/ajot.50.2.89.
- [111] Graff MJ et al. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. BMJ [revista en Internet] 2006 [acceso octubre de 2013]; 333 (7580). DOI 10.1136/bmj.39001.688843.BE.
- [112] Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, Leemrijse CJ, Ende CHM. Evidence of the efficacy for occupational therapy in different conditions: an overview of systematic reviews. Clin Rehabil [revista en Internet] 2005 [acceso agosto de 2013], 19 (3): [247-54]. DOI 10.1191/0269215505cr870oa.
- [113] Voigt-Radloff S, Schochat T, Heiss HW. Controlled trials on the efficacy of occupational therapy with elderly. Part I: Research question, search strategy and methodological quality of trials. Z Gerontol Geriatr [revista en Internet] 2004 [acceso noviembre de 2013]; 37 (6): [444-9]. PMID 15614596.
- [114] Voigt-Radloff S, Schochat T, Heiss HW. Controlled trials on the efficacy of occupational therapy with elderly. Part II: Evidence for prioritized diseases and disabilities. Z Gerontol Geriatr [revista en Internet] 2004 [acceso noviembre de 2013]; 37 (6): [450-8]. PMID 15614597.

- [115] Gregory MD. Occupational behavior and life satisfaction among retirees. *Am J Occup Ther* [revista en Internet] 1983 [acceso octubre de 2014]; 37 (8): [548-53]. DOI 10.5014/ajot.37.8.548.
- [116] Kunz K, Brayman S. *The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation*. En: Hemphill-Pearson B, editora. *Assessments in occupational therapy mental health. An integrative approach*. Estados Unidos: Slack Incorporated; 1999.
- [117] Clark F et al. Embedding Health-Promoting Changes Into the Daily Lives of Independent-Living Older Adults: Long-Term Follow-Up of Occupational Therapy Intervention. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [revista en Internet] 2001 [acceso octubre de 2014]; 56 (1): 60-3. DOI 10.1093/geronb/56.1.P60.
- [118] Graff MJ et al. Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [revista en Internet] 2007 [acceso octubre de 2013]; 62 (9): [1002-9]. PMID 17895439.
- [119] Matuska K, Giles-Heinz A, Flinn N, Neighbor M, Bass-Haugen J. Outcomes of a pilot occupational therapy wellness program for older adults. En: Corcoran M, editor. *Geriatric Issues in occupational therapy*. Baltimore: AOTA; 2003. p. 242-9.
- [120] Draper B. Occupational therapy is cost-effective for older people with dementia and their caregivers. *Evid Based Ment Health* [revista en Internet] 2008 [acceso mayo de 2014]; 11: [83]. DOI 10.1136/ebmh.11.3.83.
- [121] White H, McConnell E, Clipp E, Branch LG, Sloane R, Pieper C et al. A randomized controlled trial of the psychosocial impact of providing internet training and access to older adults. *Aging Ment Health* [revista en Internet] 2002 [acceso junio de 2013]; 6 (3): [213-21]. DOI 10.1080/13607860220142422.
- [122] Karavidas M, Kim N, Katsikas S. The effects of computers on older adult users. *Computers in Human Behavior* [revista en Internet] 2005 [acceso junio de 2013]; 21 (5): [697-711]. DOI 10.1016/j.chb.2004.03.012.
- [123] Fokkema T, Knipscheer K. Escape loneliness by going digital: A quantitative and qualitative evaluation of a Dutch experiment in using ECT to overcome loneliness among older adults. *Aging Ment Health* [revista en Internet] 2007 [acceso mayo de 2013]; 11 (5): [496-504]. DOI 10.1080/13607860701366129.

- [124] Shapira N, Barak A, Gal I. Promoting older adults' well-being through Internet training and use. *Aging Ment Health* [revista en Internet] 2007 [acceso mayo de 2013]; 11 (5): [477-84]. DOI 10.1080/13607860601086546.
- [125] Hanson VL. Web access for elderly citizens. En: *Proceedings of the 2001 EC/NSF workshop on Universal accessibility of ubiquitous computing: providing for the elderly*. Nueva York, Estados Unidos: ACM Press; 2001. p. 14-18.
- [126] DeOllos I, Morris DC. The Internet as an information resource for older adults. *J Educ Tech Syst* [revista en Internet] 1999 [acceso junio de 2013]; 28 (2): [107-20]. DOI 10.2190/7HX4-M84A-JEN2-VKHN.
- [127] Hernández C. Innovación TIC para las personas mayores. Situación, requerimientos y soluciones en la atención integral de la cronicidad y la dependencia. España: Fundación Vodafone; 2011.
- [128] Groba B, Nieto L. Integración de las tecnologías de la información y las comunicaciones. Experiencia en el Centro de Día de Mayores de Cruz Roja de A Coruña. En: Nieto L, Groba B, Pousada T, Pereira J, editores. A Coruña, España: Servizo de Publicacións da Universidade da Coruña, Fundación Orange; 2012. p. 43-56.
- [129] Nieto L, Groba B, Servia F. Experiences using Information and Communication Technologies with elderly people. En: *Handbook of Research on Personal Autonomy Technologies and Disability Informatics*. Nueva York, Estados Unidos: Medical Information Science Reference; 2011. p. 346-57.
- [130] Millán JC et al. Los mayores y las nuevas tecnologías de la comunicación. *Rev Mult Gerontol* [revista en Internet] 2003 [acceso mayo de 2013]; 13 (1): [37-42].
- [131] Mate-Kole CC et al. Use of computer assisted and interactive cognitive training programmes with moderate to severely demented individuals: A preliminary study. *Aging Ment Health* [revista en Internet] 2007 [acceso mayo de 2013]; 11 (5): [485-95]. DOI 10.1080/13607860701368422.
- [132] Groba B, Nieto L, Pereira J, Pousada T, Moreiras A, Mourelos I. Proyecto In-TIC: Integración de las Personas con Diversidad Funcional en las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet] 2009 [acceso mayo de 2015]; 6 (10): [28 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/>

- [133] Miranda R. Los mayores en la Sociedad de la Información: situación actual y retos de futuro. Madrid: Fundación AUNA; 2004.
- [134] Grande R, Pereira MA, Mato V, Pazos A. Accesibilidad de las personas mayores a las tecnologías de la información y la comunicación: Situación actual en España. En: Pereira J, Martínez LA, Fuertes JL, Vázquez JM (editores). Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en la Autonomía Personal, Dependencia y Accesibilidad. Santiago de Compostela, España: Fundación Alfredo Brañas; 2008. p. 93-114.
- [135] Wu Y, Damnée S, Kerhervé H, Ware C, Rigaud AS. Bridging the digital divide in older adults: a study from an initiative to inform older adults about new technologies. Clin Interv Aging [revista en Internet] 2015 [acceso abril de 2015]; 10: [193-201]. DOI 10.2147/CIA.S72399.
- [136] Villar F. Personas mayores y ordenadores: valoración de una experiencia de formación. Rev Esp Geriatr Gerontol [revista en Internet] 2003 [acceso junio de 2013]; 38 (2): [86-94]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124>
- [137] Nugent CD. ICT in the elderly and dementia [editorial]. Aging Ment Health [revista en Internet] 2007 [acceso mayo de 2013]; 11 (5): [473-6]. DOI 10.1080/13607860701643071.
- [138] Travieso JL, Planella J. La alfabetización digital como factor de inclusión social: una mirada crítica. UOCpapers [revista en Internet] 2008 [acceso junio de 2013]; (6): [1-9]. Disponible en: http://www.uoc.edu/uocpapers/6/dt/esp/travieso_planella.pdf
- [139] Varela P, Nieto L. Intervención a través de las tecnologías de la información y las comunicaciones en el Centro de Día de Mayores de la Cruz Roja de A Coruña. En: Congreso Internacional sobre Envejecimiento Activo “Preparando nuestro futuro”. A Coruña, España: Xunta de Galicia, Consellería de Trabajo e Benestar, Secretaría Xeral de Política Social; 2012. p. 163-78.
- [140] Boarini MN, Cerda EP, Rocha S. La educación de los adultos mayores en TICs. Nuevas Competencias para la Sociedad de Hoy. TE&ET [revista en Internet] 2006 [acceso junio de 2013]; (1): [7 p.]. Disponible en: <http://teyet-revista.info.unlp.edu.ar/>

- [141] Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información. Declaración de Principios. 2003. Disponible en: <http://www.itu.int/wsis/index-es.html>
- [142] Millán JC. Telegerontología. En: Congreso Internacional sobre Envejecimiento Activo “Preparando nuestro futuro”. A Coruña, España: Xunta de Galicia, Consellería de Traballo e Benestar, Secretaría Xeral de Política Social; 2012. p. 67-73.
- [143] Varela J, Braña T, Olivar C, Rial A. MiAvizor - sistema de teleprevención sociosanitaria. En: Congreso Internacional sobre Envejecimiento Activo “Preparando nuestro futuro”. A Coruña, España: Xunta de Galicia, Consellería de Traballo e Benestar, Secretaría Xeral de Política Social; 2012. p. 75-81.
- [144] Groba B et al. Proyecto In-TIC. Facilitación del acceso y manejo de las TIC en personas con diversidad funcional. Maremagnum. 2009; 13: 139-54.
- [145] Cruz A. Método RETAD: Rehabilitación y Entrenamiento con Tecnologías para Alzheimer y otras Demencias. Buenas Prácticas Modelo y Ambiente. Disponible en: http://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/docs/bbpp/BP54RETAD_Asispa.pdf
- [146] Bainbridge E, Bevans S, Keeley B, Oriel K. The effects of the Nintendo Wii Fit on community-dwelling older adults with perceived balance deficits: A pilot study. Phys Occup Ther Geriatr [revista en Internet] 2011 [acceso octubre de 2014]; 29 (2): [126-35]. DOI 10.3109/02703181.2011.569053.
- [147] Dulac J et al. La pizarra digital. Interactividad en el aula. Madrid, España: Cultiva libros; 2009.
- [148] Dulac J. Referencial de buenas prácticas para los proyectos con pizarra digital. Educación y Futuro [revista en Internet] 2011 [acceso junio de 2013]; 25: [211-229]. Disponible en: <http://www.cesdonbosco.com/educacion-y-futuro.html/>
- [149] La pizarra interactiva como recurso en el aula. Ministerio de Industria, Trabajo y Comercio, Red.es; 2006.
- [150] Gjaere EA, Lillebo B. Designing privacy-friendly digital whiteboards for mediation of clinical progress. BMC Medical Informatics and Decision Making [revista en Internet] 2014 [acceso enero de 2015]; 14:27 (1): [15 p.]. DOI 10.1186/1472-6947-14-27.

- [151] Yakubova G, Taber-Doughty T. Brief report: learning via the electronic interactive whiteboard for two students with autism and a student with moderate intellectual disability. *J Autism Dev Disord* [revista en Internet] 2013 [acceso noviembre de 2014]; 43 (6): [1465-72]. DOI 10.1007/s10803-012-1682-x.
- [152] Perlich A, Von Thienen J, Meinel C. Supporting talk-based mental health interventions with digital whiteboards. *Stud Health Technol Inform* [revista en Internet] 2014 [acceso febrero de 2015]; 205: [433-7]. DOI 10.3233/978-1-61499-432-9-433.
- [153] García R. La Pizarra Digital en las residencias de la tercera edad. Caso de Éxito - Residencias de la tercera edad [monografía en Internet]. StudyPlan. Disponible en: <http://www.studyplan.es/wp-content/uploads/casos-exito/Caso-exito.pdf>
- [154] Sampedro E. Programa de tecnología de la información y comunicación adaptado a Alzheimer u otras demencias. Buenas Prácticas Modelo y Ambiente. Disponible en: http://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/catalogo/prod_apoyo_tic.php
- [155] Vázquez ML, coordinadora. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona, España: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona; 2006.
- [156] Whalley Hammell K, Carpenter C, Dyck I, editors. Using qualitative research. A practical introduction for Occupational and Physical Therapists. China: Churchill Livingstone; 2000.
- [157] Gubrium J, Sankar A, editores. Qualitative methods in aging research. SAGE Publications; 1994.
- [158] Polgar S, Thomas SA. Introducción a la investigación en las ciencias de la salud. Elsevier; 2014.
- [159] Bogdan RC, Biklen SK. Qualitative research for education: an introduction to theory and methods. 3ª ed. Boston, USA: Allyn & Bacon; 1998.
- [160] Hall BL. Participatory research, popular knowledge and power: a personal reflection. *Convergence*. 1981; 14 (3): 6-17.
- [161] Whalley Hammell K, Carpenter C, editors. Qualitative research in evidence-based rehabilitation. China: Churchill Livingstone; 2004.

- [162] Morse J, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods* [revista en Internet] 2002 [acceso junio de 2013]; 1 (2): [13-22]. Disponible en : <https://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/index>
- [163] Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Vivar CG. Investigación cualitativa. Manual para principiantes. Pamplona, España: Eunate; 2012.
- [164] Brayman SJ, Kirby TF, Misenheimer AM, Short MJ. Comprehensive occupational therapy evaluation scale. *Am J Occup Ther*. 1976; 30 (2): [94-100]. PMID 1258973.
- [165] Ruiz-Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. 2ª ed. Bilbao, España: Universidad de Deusto; 1999.
- [166] Macchi RL. Introducción a la Estadística en Ciencias de la Salud. Argentina: Médica Panamericana; 2001.
- [167] García L, Gutiérrez CJ, Miguel B. Proyecto “Vida activa y salud para nuestros mayores”. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet] 2010 [acceso septiembre de 2013]; 7 (Supl. 6): [177-94]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/>
- [168] Barrio E, del Sancho M, Abellán A. Estilos de vida entre las personas mayores. El fin de la uniformidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [revista en Internet] 2008 [acceso octubre de 2014]; 43 (1): [1-162].
- [169] Horgas A, Wilms H, Baltes M. Daily life in very old age. Everyday activities as expression of successful aging. *Gerontologist* [revista en Internet] 1998 [acceso septiembre de 2014]; 38 (5): [556-67]. PMID 9803644.
- [170] Acosta CO, González-Celis ALM. Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicología y Salud* [revista en Internet] 2009 [acceso enero de 2014]; 19 (2): [289-93]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215980010>
- [171] Clark F et al. Life domains and adaptive strategies of a group of low-income, well older adults. *Am J Occup Ther* [revista en Internet] 1996 [acceso enero de 2014]: 50 (2): [99-108]. DOI 10.5014/ajot.50.2.99.
- [172] Rodríguez M, Pulido MJ, Bravo AI, Fernández AJ, Rubio V, Alberto MJ. EnvejeHaciendo. Buenas Prácticas Modelo y Ambiente. Disponible en:

<http://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/docs/bbpb/BP80Envejeamiento.pdf>

- [173] Clark F, Jackson J, Carlson M. Occupational Science, Occupational Therapy and Evidence-based Practice: What the Well Elderly Study has Taught Us. En: Molineux M, editor. Occupation for occupational therapists. Cornwall: Blackwell Publishing Ltd; 2004.
- [174] Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. Patient Educ Couns [revista en Internet] 2002 [noviembre de 2014]; 48 (2): [177-87]. PMID 12401421.
- [175] Sánchez AB. Características sociosanitarias asociadas al envejecimiento: factores predictores y de riesgo [tesis doctoral]. A Coruña, España: Universidade da Coruña; 2014.
- [176] Lorenzo T. Predictores de la percepción de salud en una población mayor de 65 años en España: Influencias sociodemográficas y del apoyo social [tesis doctoral]. A Coruña, España: Universidade da Coruña; 2010.
- [177] Sánchez M. La educación de las personas mayores en el marco del envejecimiento activo. Principios y líneas de actuación. Madrid, España: Portal Mayores; 2005. Informes Portal Mayores: 26.
- [178] Morgani MH, Alves G. Intervenções de terapeutas ocupacionais junto a idosos com doença de Parkinson. Rev Ter Ocup Univ São Paulo [revista en Internet] 2009 [acceso octubre de 2014]; 20 (1): [29-35]. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rto/>
- [179] Hatton-Yeo A, Ohsako T. Programas intergeneracionales: Política pública e implicaciones de la investigación. Una perspectiva internacional [monografía en Internet]. The Beth Johnson Foundation, Instituto de la UNESCO para la educación; 2001 [acceso mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.unesco.org/education/uie/pdf/intergenspa.pdf>

Créditos

La elaboración del Gráfico 3 se ha realizado mediante un mapa descargado de la página web *Blank map of the world country* (<http://english.freemap.jp/>). La licencia de utilización es de tipo [CC \(BY\)](#). El mapa está disponible para su descarga en: <http://english.freemap.jp/item/europe/spain.html>

Para el desarrollo de los materiales empleados a lo largo del programa de Envejecimiento Activo, se han utilizado pictogramas procedentes del portal web ARASAAC (<http://catedu.es/arasaac/>). La autoría de los pictogramas corresponde a Sergio Palao, y la licencia de utilización es de tipo [CC \(BY-NC-SA\)](#). Parte de los materiales creados aparece reflejado en los dossiers explicativos sobre el *Programa de seguridad y vida saludable* (Anexo II) y el *Programa de ocio y participación social* (Anexo III), así como en las *Recomendaciones para el desarrollo del programa de EA*, que se muestran en el Anexo IV. Estos pictogramas también han sido empleados en la elaboración del *Dossier de evaluación inicial* (Anexo I) y en el diseño de los resúmenes gráficos que aparecen en el apartado V.4.

En muchas de las actividades del *Programa de seguridad y vida saludable*, se han utilizado fotografías y vídeos de elaboración propia, que fueron grabados en diferentes espacios del Centro de Día de Mayores de Cruz Roja de A Coruña y en la Facultade de Ciencias da Saúde de la Universidade da Coruña. En estas grabaciones colaboraron Sandra Pereira, Mariana Fernández y alumnas de tercero y cuarto curso del Grado en Terapia Ocupacional.

Para el diseño y creación de algunas actividades prácticas, pertenecientes tanto al *Programa de seguridad y vida saludable* (Anexo II) como al *Programa de ocio y participación social* (Anexo III), se utilizó el programa Edilim, desarrollado por Francisco Macías y disponible para su descarga en: <http://www.educalim.com/edilim.htm>.

Las imágenes que aparecen en la Figura 44, situada en el Anexo IV, han sido extraídas de la página web oficial de eBeam®, desarrollada por la empresa StudyPlan®: <http://www.studyplan.es/pizarras-digitales/ebeam%C2%AE/>.

Anexos

Anexo I. Dossier de evaluación inicial



Código:

Edad:

Género:

Recurso:

Fecha de evaluación:

<p>Estado civil</p>	<p>Soltera/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Viuda/o <input type="checkbox"/> Separada/o <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/></p>
<p>Núcleo de convivencia</p>	<p>Vive sola/o <input type="checkbox"/> Vive acompañada/o <input type="checkbox"/> <i>Indicar por quién:</i> Pareja <input type="checkbox"/> Hija/o(s) <input type="checkbox"/> Hermana/o(s) <input type="checkbox"/> Nieta/o(s) <input type="checkbox"/> Sobrina/o(s) <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p>
<p>Diagnóstico(s) médico(s)</p>	

Áreas de desempeño ocupacional



Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

- Independencia en:

- Dependencia en:

- Tipo de ayuda necesaria:

[En el caso de haber señalado la existencia de dependencia para alguna ABVD o AIVD, indicar el tipo de ayuda necesario y a continuación la actividad correspondiente]

Planificación de la actividad

Preparación de los materiales

Supervisión

Guía verbal

Apoyo físico parcial

Apoyo físico total

- Otras observaciones:

Descanso y sueño

[Señalar, si corresponde, si la persona presenta alguna alteración del sueño, el número de horas dedicadas durante la semana y en el fin de semana, y la calidad del descanso o sueño]



Ocio y tiempo libre

- Intereses actuales:



- Intereses en el pasado:

- Actividades desempeñadas en la actualidad:

- Entorno(s):

- Tiempo dedicado y frecuencia:

- Dificultades identificadas para el desempeño del ocio:

Participación social

- Relaciones familiares:
- Relaciones en el centro:
- Participación en la comunidad:
- Otras relaciones:
- Entorno(s):



Educación y trabajo

- Nivel de estudios alcanzado:
- Actividades laborales previas:

Entornos y contextos

Entorno social



Entorno físico

- Tipo de vivienda:
- Accesibilidad en el exterior del domicilio:

Adaptaciones:

Barreras arquitectónicas:

- Accesibilidad en el interior del domicilio:

Adaptaciones:

Barreras arquitectónicas:

- Otros entornos habituales:

Contexto virtual

[Indicar disponibilidad de productos tecnológicos, nivel de manejo, frecuencia de utilización, lugares en que los emplea y finalidad]

Patrones de ejecución

Hábitos y rutinas

Roles

Características de la persona - Destrezas de ejecución

[Reflejar aspectos relevantes en relación a Valores, creencias y espiritualidad; Funciones y Estructuras corporales; Destrezas sensoriales y perceptuales; Destrezas motoras y praxis; Destrezas de regulación emocional; Destrezas cognitivas; y Destrezas de comunicación y sociales]

Utilización de productos de apoyo

Bastón Muleta(s) Andador Silla de ruedas
Gafas Audífono(s) Pastillero Pinzas de alcance

Otros:

[En el caso de que utilice algún producto de apoyo, indicar las características de dicho producto, los lugares en que lo emplea y el nivel de seguridad en su utilización]

Utilización de otros servicios

Servicio de ayuda a domicilio

Sí No

[En caso afirmativo, indicar finalidad del servicio, frecuencia, nº de personas que lo llevan a cabo y perfil - informal o profesional]

Servicio de teleasistencia

Sí No

[En caso afirmativo, indicar si la persona lo utiliza correctamente o no]

Otros servicios

Otros datos de interés

Caídas o situaciones de riesgo

[Indicar el nº y tipo de situaciones de riesgo, lugar en el que ocurrieron, causa o motivo de que se produjeran, consecuencias y reacción ante de dichas situaciones]

Hábitos de vida saludable

- Alimentación e hidratación:

- Práctica de actividad física:

Resultados en instrumentos de evaluación estandarizados

Instrumento	Evaluación inicial		Evaluación final	
	Fecha	Punt.	Fecha	Punt.
EQ-5D				
COTE				
Escala de Tinetti				
Índice de Barthel				

Anexo II. Dossier del Programa de seguridad y vida saludable (PSVS)

Objetivos del PSVS

El objetivo principal de este programa de actividades es reforzar la seguridad de las personas mayores en su desempeño ocupacional y favorecer una mayor responsabilidad, implicación y participación activa de la persona en la realización de sus ocupaciones y en su proceso de salud.

Como objetivos específicos se plantean:

- Prevenir la aparición de caídas u otras posibles situaciones de riesgo, como atragantamientos o intoxicaciones.
- Proporcionar estrategias de actuación ante una caída u otras emergencias.
- Reforzar la seguridad de las personas mayores en el desempeño de sus ocupaciones diarias, tanto en sus hogares como en otros entornos habituales.
- Potenciar la orientación temporal, espacial y personal, con el fin de favorecer la seguridad en el desempeño de diferentes actividades de la vida diaria, tanto en el domicilio, centro de día y/o residencia como en otros espacios habituales.
- Promover la adopción de hábitos y pautas saludables de alimentación e hidratación.
- Mostrar pautas específicas a seguir por aquellas personas que presenten diagnósticos o situaciones médicas específicas como diabetes, hipertensión arterial o estreñimiento.
- Reforzar la importancia del ejercicio físico y facilitar la elección de actividades ajustadas a sus capacidades e intereses.
- Fomentar la responsabilidad y seguridad en la toma de medicación.
- Facilitar la generalización y aplicabilidad del aprendizaje adquirido en el día a día de las personas mayores participantes.

Descripción de sesiones del PSVS

Sesión nº 1.- Presentación del programa

Esta sesión tiene como objetivos principales: establecer la primera toma de contacto entre los participantes de cada grupo y la terapeuta ocupacional; favorecer la aproximación de los usuarios a las distintas herramientas tecnológicas que se emplearán en estas actividades; y fomentar la participación e implicación de los participantes en el programa de intervención con la PDI.

La dinámica de esta sesión se centra en presentar las temáticas centrales del *Programa de envejecimiento activo*, mostrando por un lado los contenidos y actividades enmarcados en el *Programa de seguridad y vida saludable* y, por otro lado, los correspondientes al *Programa de ocio y participación social*.

A lo largo de esta presentación, se analizará de forma conjunta con los participantes, sus impresiones, intereses y necesidades en relación a los temas expuestos. Se tratará también de recoger información que los usuarios no hayan aportado durante el proceso de evaluación, y que sea relevante para el desarrollo del programa, así como posibles sugerencias por su parte de nuevos contenidos o actividades a realizar.

Al final, se recogerán las impresiones sobre la exposición realizada, y se definirá con cada grupo los contenidos a abordar en la próxima sesión.

Si es posible, se sugiere llevar a cabo al principio de la actividad una dinámica de presentación de los diferentes miembros de cada grupo, en la que solicitará que cada uno aporte la información que desee sobre sí mismo para presentarse al resto de compañeros. Esta presentación podrá apoyarse con una diapositiva en la que se muestren las fotografías de cada persona y el nombre correspondiente, y/o con diapositivas en blanco en la que cada uno vaya escribiendo la información que aporte al presentarse. También se puede complementar con una dinámica de captación de fotografías, en la que cada persona saque una fotografía a otro compañero, fomentando así la interacción entre los participantes y la implicación en la actividad.

Sesión nº 2.- Reconocimiento de personas y espacios

Esta sesión se llevará a cabo con aquellos usuarios que presenten dificultades en la orientación espacial o personal, con el fin de que éstas interfieran lo menos posible en su desempeño ocupacional y en su seguridad en el centro de día/residencia o en el domicilio.

Las actividades, tanto expositivas como prácticas, que conforman esta sesión, se dirigen a favorecer el reconocimiento de los compañeros y profesionales del centro, y de sus diferentes espacios (comedor, sala de terapia ocupacional/fisioterapia/otras intervenciones, baños, etc.), con el fin de mejorar la seguridad y responsabilidad de la persona en el desempeño de sus ocupaciones en el recurso.

Las actividades también se pueden orientar al reconocimiento de personas y espacios propios de otros entornos habituales para los usuarios del grupo, en cuyo caso será necesario disponer del material audiovisual correspondiente.

En las imágenes que se muestran a continuación (Figura 6 y Figura 7), se pueden observar algunos ejemplos de posibles ejercicios o actividades a realizar.



Figura 6. PSVS - Sesión nº 2.- Actividad práctica en Power Point (1)



Figura 7. PSVS - Sesión nº 2.- Actividad práctica en Power Point (2)

Sesión nº 3.- Prevención de caídas

Se comenzará esta sesión llevando a cabo un análisis grupal de las experiencias previas de cada usuario en relación con la presentación de caídas: número de caídas, motivo por el que sucedieron, reacciones ante ellas, consecuencias de las mismas, etc.

A continuación, se expondrán a través de distintas presentaciones en Power Point las diferentes pautas que se han de seguir para desplazarse de forma segura (sin apoyos o con bastón, muletas o andador) y para levantarse o sentarse (de una silla o de una cama) de manera adecuada. También se abordarán recomendaciones para prevenir caídas en el hogar. En las siguientes imágenes, se muestran algunos ejemplos de las diapositivas utilizadas para el desarrollo de esta sesión (Figura 8, Figura 9 y Figura 10).

Cómo desplazarnos - Con bastón o muletas

- Agarrar adecuadamente las empuñaduras



Empuñadura en forma de T



Empuñadura en forma de T, con depresiones para facilitar la colocación de los dedos



Empuñadura anatómica

- Son las más recomendables
- La parte más alargada debe situarse hacia atrás

Figura 8. PSVS - Sesión nº 3.- Presentación teórica en Power Point (1)

Cómo levantarnos de una silla con reposabrazos

1. Separar la espalda del respaldo
2. Acercar las nalgas poco a poco hacia delante hasta llegar al borde de la silla
3. Llevar los pies hacia atrás, ligeramente por detrás de las rodillas
4. Apoyarse en reposabrazos
5. Inclinar el tronco hacia delante hasta notar que se despega del asiento



Figura 9. PSVS - Sesión nº 3.- Presentación teórica en Power Point (2)

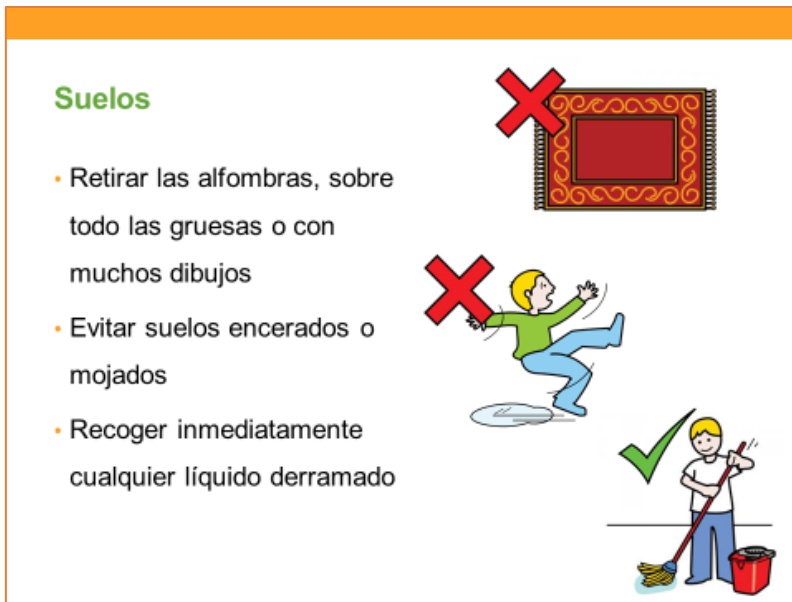


Figura 10. PSVS - Sesión nº 3.- Presentación teórica en Power Point (3)

Se complementará esta exposición teórica con la visualización de fotografías y vídeos, de elaboración propia (Figura 11) o extraídos de Internet, en los que se muestre cómo ejecutar determinadas acciones de forma segura (desplazarse, sentarse, calzarse, etc.), o en los que se analicen los motivos de una determinada caída: falta de iluminación, presencia de alfombras, cables u objetos de reducido tamaño en el suelo, etc.



Figura 11. PSVS - Sesión nº 3.- Vídeo de elaboración propia: "Cómo desplazarse de forma segura"

Antes o después de la exposición teórica, se podrán llevar a cabo una serie de ejercicios prácticos en Power Point o LIM para reforzar la asimilación de los contenidos abordados (Figura 12 y Figura 13). Algunos de estos ejercicios consistirán en la identificación de situaciones y actuaciones peligrosas que pueden conllevar una caída, o la selección de calzado y prendas de ropa seguras.

Prevención de caídas

Cómo desplazarnos - Con bastón, muletas o andador



Elija aquellas imágenes en que se esté usando correctamente el andador


✓ ← 7 →

Figura 12. PSVS - Sesión nº 3.- Actividad práctica en LIM (1)

Prevención de caídas

Consejos para evitar caídas en casa

¿En qué imagen se está subiendo de forma segura las escaleras?



- 1** En la imagen A
- 2** En la imagen B
- 3** En ninguna
- 4** En las dos imágenes

Escoja la opción correcta para esta pregunta

✓ ← 15 →

Figura 13. PSVS - Sesión nº 3.- Actividad práctica en LIM (2)

También se podrá llevar a cabo el entrenamiento en sala de cómo desplazarse, sentarse y levantarse de forma segura. Por último, se realizará una puesta en común grupal para reforzar la asimilación de las pautas que se hayan ido mencionando y reflexionar de forma conjunta acerca de ellas.

Si es posible, se sugiere entregar a cada participante un documento en papel con un resumen de las principales recomendaciones abordadas, con el fin de que pueda consultarlas en su domicilio o en otros entornos cuando lo estime oportuno.

Sesión nº 4.- Actuación ante una caída

En esta sesión, se expondrán las pautas a seguir tras una caída, utilizando para ello una presentación en Power Point específicamente elaborada, en la que se recogen los cinco pasos a llevar a cabo, tanto en texto como en imágenes (pictogramas o fotografías reales). En las siguientes imágenes, se muestran algunos ejemplos de esta presentación (Figura 14 y Figura 15).

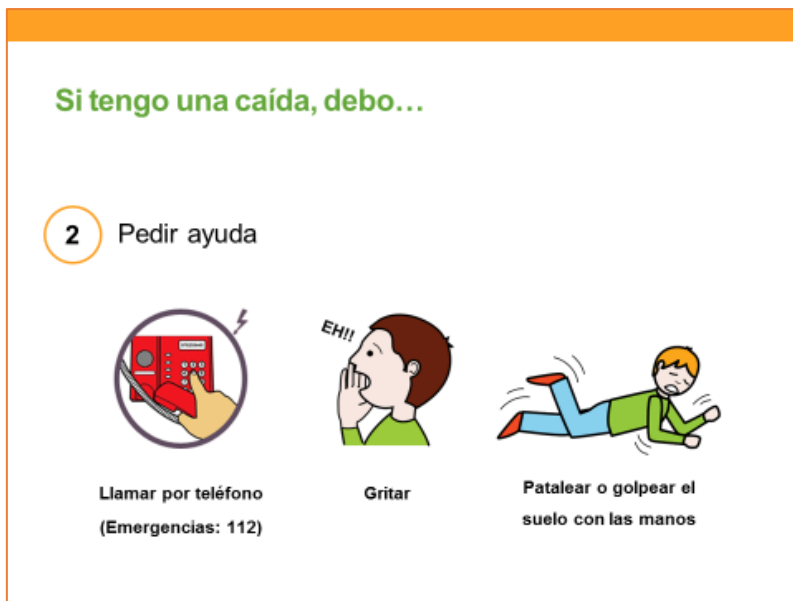


Figura 14. PSVS - Sesión nº 4.- Presentación teórica en Power Point (1)



Figura 15. PSVS - Sesión nº 4.- Presentación teórica en Power Point (2)

Se complementará la exposición teórica con la visualización de vídeos, de elaboración propia (Figura 16) o extraídos de Internet, en los que muestren los pasos a seguir tras una caída, o en los que se analice la forma de reaccionar de una persona en una situación hipotética o real.

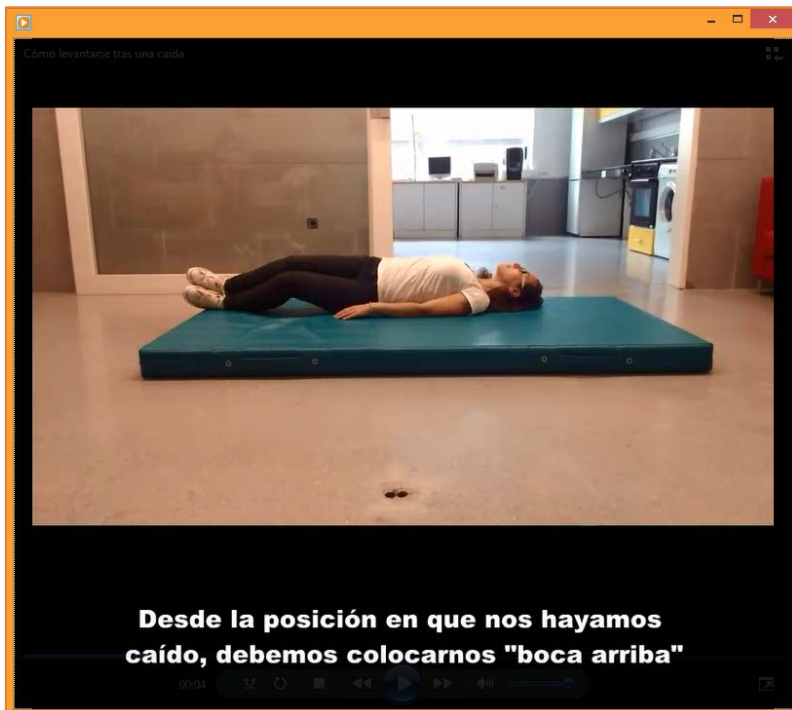


Figura 16. PSVS - Sesión nº 4.- Vídeo de elaboración propia: "Cómo levantarse tras una caída"

Se llevarán a cabo, además, ejercicios prácticos en colchoneta para observar cómo ha de levantarse una persona si se cae, y ejercicios prácticos en LIM o Power Point para reforzar la asimilación de las recomendaciones abordadas (Figura 17).

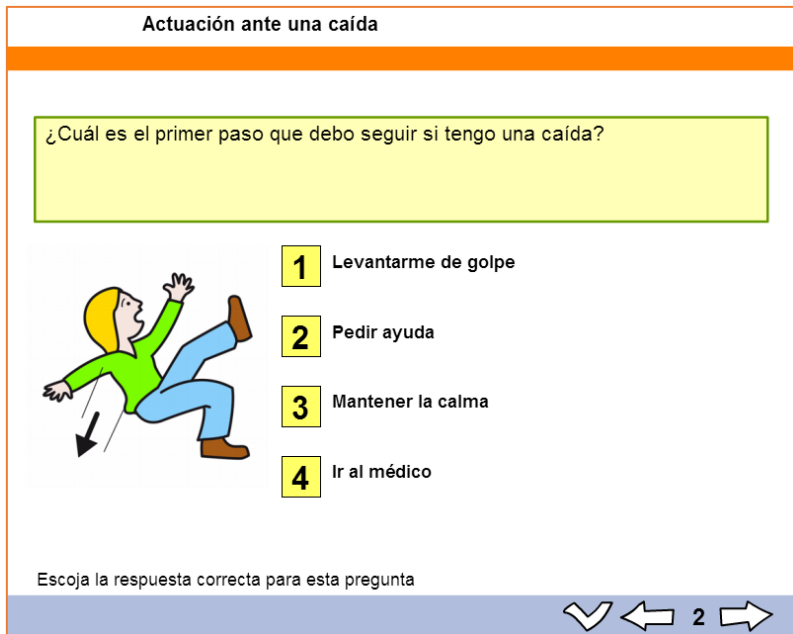


Figura 17. PSVS - Sesión nº 4.- Actividad práctica en LIM


Si es posible, se sugiere entregar una tarjeta plastificada o un documento en papel con un resumen, tanto en texto como en imágenes, de los cinco pasos a seguir tras una caída, con el fin de que los participantes puedan llevarlo consigo y consultar dicha información en el momento que lo necesiten.

Sesión nº 5.- Seguridad en el hogar

Esta sesión estará centrada en dar a conocer a los usuarios medidas de seguridad que se han de seguir en cada una de las partes de la casa para evitar posibles peligros (quemaduras, inundaciones, atragantamientos, intoxicaciones, etc.). También se recogerán pautas a seguir para la realización segura de actividades básicas de la vida diaria, como el baño o el vestido. Para ello, se harán demostraciones prácticas con productos de apoyo que puedan tener en su hogar, si se viese necesario, como la pinza de alcance o productos de apoyo para el vestido.

A continuación, se muestran algunos ejemplos de la presentación elaborada en Power Point para trabajar estas recomendaciones (Figura 18 y Figura 19).

En la cocina...




Cocina

- Al cocinar, girar los mangos de las ollas o sartenes hacia dentro
- No dejar sin vigilancia la grasa o el aceite en la sartén
- No echar nunca agua sobre el aceite hirviendo; se debe colocar una tapadera o cubrir con una manta
- Tener a mano un extintor o una manta para el fuego y aprender a usarlos

Figura 18. PSVS - Sesión nº 5.- Presentación teórica en Power Point (1)

Pautas para evitar atragantamientos



- Evitar ciertos alimentos: carnes difíciles de masticar o con muchos huesos, pescados con mucha espina, etc.
- Evitar reírse o hablar mientras se está masticando o tragando
- No descansar con caramelos o similares en la boca

Figura 19. PSVS - Sesión nº 5.- Presentación teórica en Power Point (2)


Se utilizarán asimismo imágenes que reflejen situaciones o actuaciones de riesgo en el hogar, con el fin de que los usuarios identifiquen qué se está haciendo mal, qué consecuencias podría tener esa actuación, y cómo se han de hacer dichas actividades de manera correcta.

Para reforzar la asimilación de los contenidos abordados, se realizarán ejercicios prácticos en Power Point o LIM (Figura 20 y Figura 21).

Seguridad en el hogar

En la cocina...

¿Qué precaución tenemos que tomar al utilizar el microondas?



- 1 No hay que tomar ninguna precaución
- 2 Hay que tener cuidado al tocar el recipiente porque suele estar más caliente que el líquido que está dentro
- 3 Hay que tener cuidado al ingerir el líquido porque suele estar más caliente que el recipiente

Escoja la respuesta correcta para esta pregunta

✓ ← 5 →

Figura 20. PSVS - Sesión nº 5.- Actividad práctica en LIM (1)

Seguridad en el hogar

En el cuarto de baño...

Hay que mantener las _____ en sitios cerrados.

Es importante que haya una buena _____.

Los aparatos _____ no deben entrar en contacto con el agua.

Debemos evitar _____ temperaturas al ducharnos.

Se recomienda colocar un pestillo tipo "botón" que permita ser _____ desde fuera.

Hay que revisar periódicamente el _____.

calentador altas ventilación abierto cuchillas eléctricos

Coloque cada palabra en la frase correspondiente

✓ ← 6 →

Figura 21. PSVS - Sesión nº 5.- Actividad práctica en LIM (2)

Si es posible, se sugiere entregar a cada participante una hoja con un resumen de las principales pautas a seguir para prevenir situaciones de riesgo en el hogar, con el fin de que la coloquen en algún lugar visible de su domicilio y puedan consultarla en caso de ser necesario.

Sesión nº 6.- Seguridad en la calle

En esta sesión, se mostrarán pautas a seguir en la calle para prevenir la aparición de caídas o evitar otro tipo de situaciones peligrosas, como atropellos o accidentes al usar

un transporte público (Figura 22). Se reforzará la asimilación de dichas pautas a través de ejercicios prácticos en Power Point o en LIM (Figura 23 y Figura 24).

Pautas para evitar atropellos

- Mirar siempre a derecha e izquierda antes de cruzar
- Esperar siempre a que el vehículo se detenga por completo, asegurándonos de que el conductor nos ha visto
- Cruzar siempre por pasos de cebra debidamente señalizados
- Si hay semáforo, esperar a que se ponga en verde para los peatones





Figura 22. PSVS - Sesión nº 6.- Presentación teórica en Power Point

Seguridad en la calle



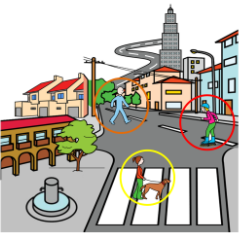
El objeto escondido le puede ayudar a llevar la compra a casa... ¿Cómo se llama?

✓ ← 2 →

Figura 23. PSVS - Sesión nº 6.- Actividad práctica en LIM (1)

Seguridad en la calle

En esta calle, ¿qué personas están circulando adecuadamente...?



- 1** La chica y su perro, rodeados por un círculo amarillo
- 2** La patinadora, rodeada por un círculo rojo
- 3** El hombre vestido de azul, rodeado por un círculo naranja
- 4** Los tres circulan adecuadamente

Escoja la respuesta correcta para esta pregunta

← 3 →

Figura 24. PSVS - Sesión nº 6.- Actividad práctica en LIM (2)

Sesión nº 7.- Seguridad en el centro de día/residencia

A través del planteamiento de diferentes situaciones del día a día, se reflexionará sobre la seguridad de los usuarios en el centro de día o residencia, según corresponda. Este planteamiento podrá realizarse mediante preguntas abiertas o preguntas tipo test, con una o varias opciones a escoger (Figura 25 y Figura 26). Se tratará de que los miembros del grupo identifiquen qué conductas o actuaciones pueden conllevar una situación peligrosa en este entorno, analizando cómo evitar dichos riesgos o cómo actuar si tienen lugar tales situaciones.

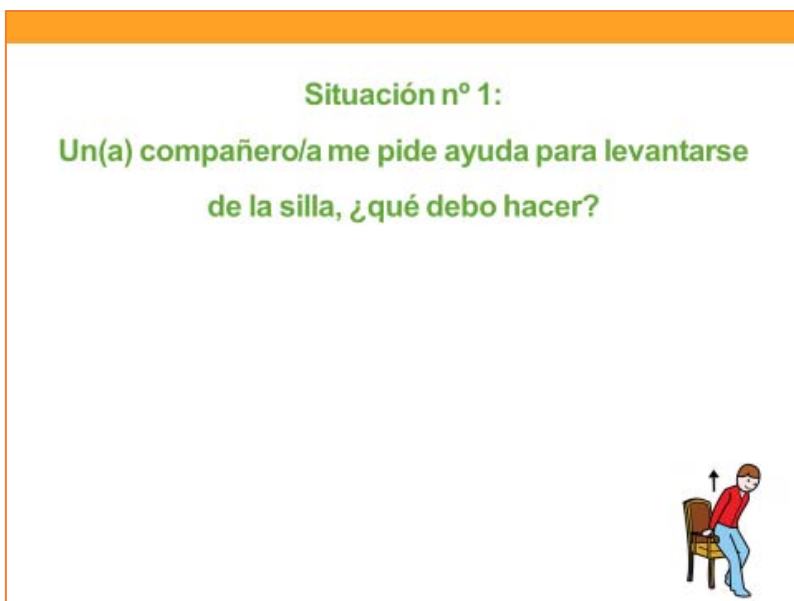


Figura 25. PSVS - Sesión nº 7.- Actividad práctica en Power Point (1)

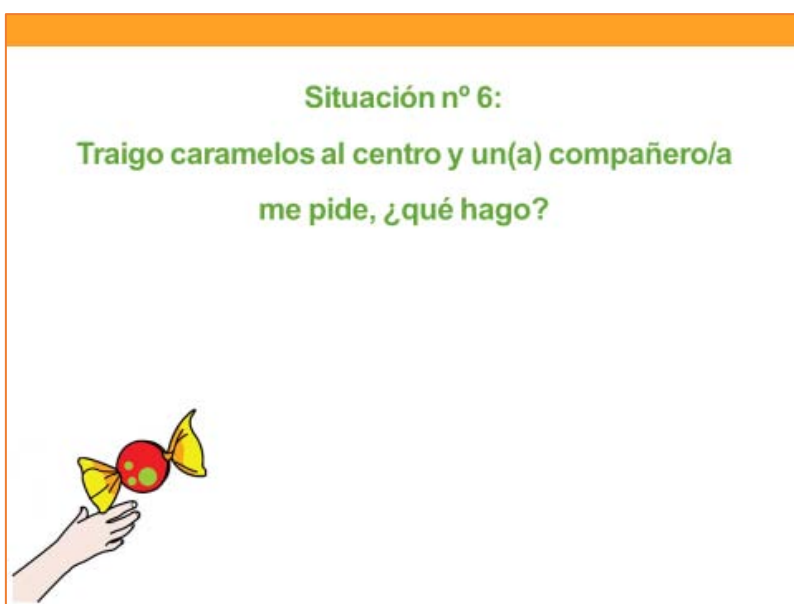


Figura 26. PSVS - Sesión nº 7.- Actividad práctica en Power Point (2)


Sesión nº 8.- Actuación ante una emergencia

Esta sesión se centra en proporcionarles a los usuarios conocimientos y estrategias para saber cómo actuar ante una posible emergencia o situación de peligro (incendios, quemaduras, heridas, hemorragias, atragantamientos, insolaciones, etc.), y cómo solicitar ayuda en caso de ser necesario (Figura 27 y Figura 28). Se presentarán diferentes recomendaciones a través de una presentación específica en Power Point, y

se reforzará su asimilación a través de actividades prácticas en este mismo programa o en LIM (Figura 29).

Si me quemo, debo...

- Echar agua fría sobre la zona del cuerpo que se haya quemado, durante 10 minutos aproximadamente
- Según la gravedad de la quemadura, acudir al centro de salud o llamar a emergencias (112)





 No debemos aplicar sobre la quemadura pasta de dientes, alcohol, barro, aceite, jabón u otros productos similares - Tampoco debemos aplicar ninguna pomada sin consultarlo antes con nuestro médico

Figura 27. PSVS - Sesión nº 8.- Presentación teórica en Power Point (1)


Si se atraganta otra persona, debo...

- Mantener la calma
- Pedir ayuda
- Indicarle que se levante
- Animarle a toser




1


¡No te pongas nerviosa/o!



2



3



4

Figura 28. PSVS - Sesión nº 8.- Presentación teórica en Power Point (2)

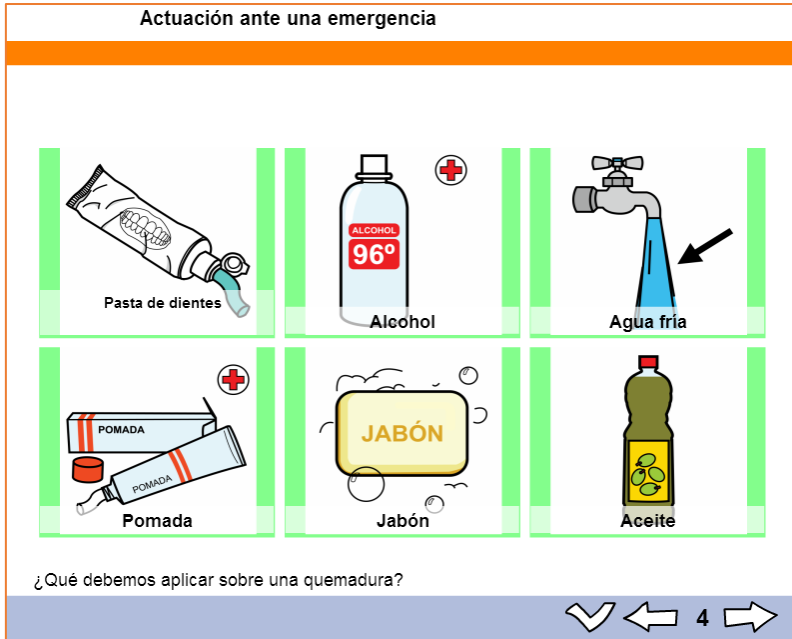


Figura 29. PSVS - Sesión nº 8.- Actividad práctica en LIM

Se propone también la utilización del juego online sobre primeros auxilios de Cruz Roja, en el que se exponen diferentes emergencias en situaciones cotidianas, y se plantea de forma dinámica e interactiva cómo reaccionar ante ellas, ofreciendo diferentes alternativas, entre las que los participantes podrán escoger, comprobando después cuál es la forma más idónea de actuar (Figura 30 y Figura 31).



Figura 30. PSVS - Sesión nº 8.- Juego interactivo de primeros auxilios de Cruz Roja (1)



Figura 31. PSVS - Sesión nº 8.- Juego interactivo de primeros auxilios de Cruz Roja (2)

Si es posible, se sugiere entregar a cada participante una tarjeta plastificada con los principales números de teléfono de interés ante una emergencia (Figura 32), con el fin de que puedan portarla consigo y disponer de ella en el momento que lo precisen.

Teléfonos de interés ante una emergencia

EMERGENCIAS	112
POLICÍA NACIONAL	091
POLICÍA LOCAL, MUNICIPAL O URBANA	092
BOMBEROS	080 / 085
GUARDIA CIVIL	062
CRUZ ROJA ESPAÑOLA	901 222222

Figura 32. PSVS - Sesión nº 8.- Material de entrega


Sesión nº 9.- El botiquín casero

Para el desarrollo de esta sesión, se utilizarán diapositivas en Power Point en las que se explicará de manera teórica lo que es un botiquín casero, qué productos contiene y en qué habitación de la casa ha de estar colocado. Se insistirá en la importancia de no guardar en el botiquín la medicación que se toma de forma diaria. A continuación, se


realizarán ejercicios prácticos digitales con el fin de reforzar la asimilación de los contenidos abordados. En las siguientes imágenes, se muestran algunos ejemplos del material empleado para la exposición teórica y de actividades prácticas en LIM (Figura 33 y Figura 34).

¿En dónde hay que guardar el botiquín?


- El espacio idóneo es un **lugar seco, fresco y preservado de la luz**
- El mejor lugar de la casa para colocarlo es el **dormitorio principal**



Dormitorio



Cocina



Baño

Figura 33. PSVS - Sesión nº 9.- Presentación teórica en Power Point

El botiquín casero






o	t	l	q	m	n	s	j	u	a	a	o
ç	e	b	e	g	j	z	j	g	n	r	w
u	r	f	s	ñ	y	k	d	b	t	h	k
e	m	ñ	p	s	x	f	k	i	i	h	n
n	ó	c	a	w	y	p	e	ç	s	g	t
v	m	a	r	d	a	i	l	e	é	n	y
e	e	j	a	o	l	n	o	j	p	f	x
n	t	a	d	r	g	z	m	e	t	m	u
d	r	b	r	q	o	a	g	s	i	x	m
a	o	ç	a	r	d	s	ñ	f	c	h	k
s	k	ç	p	u	ó	t	z	c	o	ñ	u
j	x	b	o	c	n	n	ç	t	f	i	a




Busque en la sopa de letras los productos que deben guardarse en el botiquín

← 5 →

Figura 34. PSVS - Sesión nº 9.- Actividad práctica en LIM

Por último, se llevará a cabo una actividad práctica con un botiquín real y diferentes productos, solicitando a los participantes que seleccionen aquellos que se deben

colocar dentro del botiquín, y aquellos que deben guardarse en otros espacios de la casa.

Si es posible, se sugiere entregar a cada participante una hoja en la que se muestren los productos que debe contener el botiquín, indicando además el lugar del domicilio en que debe guardarse, y el tipo de recipiente que se recomienda emplear.

Sesión nº 10.- Hábitos de vida saludable

En esta sesión, se expondrán de forma teórica contenidos relacionados con un estilo de vida saludable, insistiendo en la importancia de seguir una alimentación sana y equilibrada y una hidratación adecuada, y realizar de forma regular algún tipo de actividad física (Figura 35, Figura 36 y Figura 37). Se considerarán de forma especial ciertas condiciones de salud que requieran el seguimiento de pautas específicas de alimentación o ejercicio: diabetes, hipertensión, insomnio, estreñimiento, diarrea, etc.



Figura 35. PSVS - Sesión nº 10.- Presentación teórica en Power Point (1)

Pautas para una hidratación adecuada

- Tomar **6 - 8 vasos de agua al día**
- Aumentar su consumo en verano o en épocas con altas temperaturas
- Beber cada 2 horas aunque no se tenga sed

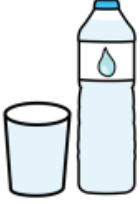


Figura 36. PSVS - Sesión nº 10.- Presentación teórica en Power Point (2)

Importancia de la actividad física

- Algunos ejemplos de actividades en las que se realiza ejercicio físico son:

- Caminar o pasear
- Natación
- Baile
- Subir o bajar escaleras
- Hacer las tareas de la casa
- Cuidar el jardín o el huerto
- Juegos populares, como la petanca o los bolos






Figura 37. PSVS - Sesión nº 10.- Presentación teórica en Power Point (3)

Se reforzará la asimilación y comprensión de los contenidos teóricos abordados mediante ejercicios prácticos en Power Point o LIM (Figura 38 y Figura 39). También se llevará a cabo un análisis individual de las pautas seguidas por cada miembro del grupo en relación a estos aspectos, tratando de fomentar una mayor responsabilidad y participación activa de cada persona en su estilo de vida.



Figura 38. PSVS - Sesión nº 10.- Actividad práctica en LIM (1)



Figura 39. PSVS - Sesión nº 10.- Actividad práctica en LIM (2)

Si es posible, se sugiere entregar a cada participante un documento con un resumen de las principales recomendaciones expuestas, en torno a la alimentación sana y equilibrada, la hidratación adecuada y la importancia de la actividad física.

Sesión nº 11.- Cierre del programa

Se dedicará la última sesión a realizar un repaso final de todos los contenidos abordados a lo largo del *Programa de seguridad y vida saludable*, a través de ejercicios de tipo práctico en Power Point o LIM. Se llevará a cabo una puesta en común de carácter grupal para valorar si todos los miembros del grupo han asimilado o no dichos contenidos, reforzando aquellos en los que hayan surgido más dificultades.

Finalmente, se recogerán las impresiones de los participantes sobre la intervención llevada a cabo, con el fin de comprobar si se han satisfecho sus intereses, necesidades y expectativas, e indagar en el impacto de la intervención desarrollada. También se recogerán sus sugerencias y propuestas para futuras actividades.

Material necesario para el desarrollo del PSVS

Sesión	Material necesario
2.- Reconocimiento de personas y espacios	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y ejercicios prácticos en PPT • Material audiovisual de personas y espacios del centro o de otros entornos habituales
3.- Prevención de caídas	<ul style="list-style-type: none"> • Presentaciones en PPT (3.1. <i>Cómo desplazarnos</i>, 3.2. <i>Cómo sentarnos y levantarnos</i> y 3.3. <i>Consejos para evitar caídas en casa</i>) • Ejercicios prácticos en LIM • Fotografías y vídeos (de elaboración propia o extraídos de Internet) para exposición de pautas correctas e identificación de situaciones de riesgo • Productos de apoyo: Pinzas de agarre y productos de apoyo para la movilidad • Material de entrega: Resumen de las pautas a seguir para desplazarse, sentarse y levantarse de forma segura, y de los consejos expuestos para prevenir caídas en el hogar
4.- Actuación ante una caída	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en PPT • Ejercicios prácticos en LIM • Fotografías y vídeos (de elaboración propia o extraídos de Internet) en los que se muestren los pasos a seguir tras una caída • Colchoneta • Material de entrega: Tarjeta plastificada o resumen de las principales pautas a seguir tras una caída
5.- Seguridad en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en PPT • Ejercicios prácticos en LIM • Fotografías y vídeos (de elaboración propia o extraídos de Internet) para exposición de pautas correctas e identificación de situaciones de riesgo

	<ul style="list-style-type: none"> • Productos de apoyo para la realización de actividades básicas de la vida diaria • Material de entrega: Resumen de las principales pautas a seguir para prevenir situaciones de riesgo en el hogar
6.- Seguridad en la calle	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en PPT • Ejercicios prácticos en LIM
7.- Seguridad en el centro de día / residencia	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en PPT
8.- Actuación ante una emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en PPT • Ejercicios prácticos en LIM • Juego online sobre primeros auxilios de la Cruz Roja • Fotografías y vídeos (de elaboración propia o extraídos de Internet) en los que se muestren los pasos a seguir tras una emergencia • Material de entrega: Tarjeta plastificada con números de teléfono de interés ante situaciones de emergencia
9.- El botiquín casero	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en PPT • Ejercicios prácticos en LIM • Botiquín real y diferentes productos, tanto aquellos que sí deben guardarse dentro como otros de uso habitual que no han de guardarse en el botiquín • Material de entrega: Hoja con la fotografía y el nombre de los productos que debe contener el botiquín casero
10.- Hábitos de vida saludable	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en PPT • Ejercicios prácticos en LIM • Fotografías y vídeos (de elaboración propia o extraídos de Internet) en los que se muestren pautas adecuadas de alimentación o de ejecución de ejercicios físicos • Material de entrega: Resumen de las principales recomendaciones en torno a la alimentación sana y equilibrada, la hidratación adecuada y la importancia de la actividad física

Fuentes adicionales de información del PSVS

Para el desarrollo de los contenidos pertenecientes al *Programa de seguridad y vida saludable*, se han tomado como referencia los documentos que se citan a continuación:

- *8 Consejos para una buena alimentación en personas mayores*. Entidad: Centro Virtual sobre el Envejecimiento.
- *Alimentación saludable y actividad física en personas mayores. Guía para una vida mejor*. Entidad: Junta de Castilla y León. Año: 2005.
- *Atropellos y personas mayores: lesiones, factores y propuestas*. Estudio de investigación. Entidad: Fundación Mapfre. Año: 2014.
- *Ayudas técnicas para el aseo e higiene personal. Los mayores y el cuarto de baño*. Entidad: Unidad de Autonomía Personal, Delegación del CEAPAT, CRMF de Albacete - IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año: 2003.
- *¿Cómo evitar accidentes fuera del domicilio en las personas mayores? Decálogo de recomendaciones*. Entidad: Fundación Mapfre.
- *Consejos para prevenir las caídas dentro y fuera del hogar en personas mayores*. Entidad: Osakidetza, Gobierno Vasco.
- *Consejos prácticos de prevención para personas mayores*. Entidad: Confederación Española de Organización de Mayores.
- *Consells de mobilitat per a la gent gran*. Entidad: Ajuntament de Barcelona.
- *Consells de seguretat per a la gent gran*. Entidad: Ajuntament de Barcelona.
- *Cosas que usted puede hacer para prevenir caídas*. Entidad: Center for Disease Control and Prevention.
- *Ejercicio físico para todos los mayores: "Moverse es cuidarse"*. Entidad: Ayuntamiento de Madrid. Año: 2007.
- *El juego de los primeros auxilios*. Entidades: Creu Roja Barcelona y Diputació de Barcelona. Disponible en: http://www.cruzroja.es/cre/2006_7_FR/matcurfad/juegoppaa/

- *Envejecimiento saludable. Información y consejos para promover la actividad física entre las personas mayores.* Entidades: Fundació Agrupació Mútua, Institut de l'Envelliment de la Universidad Autónoma de Barcelona. Año: 2009.
- *Envejecimiento saludable. Información y consejos para promover la alimentación saludable en las personas mayores.* Entidades: Fundació Agrupació Mútua, Institut de l'Envelliment de la Universidad Autónoma de Barcelona. Año: 2010.
- *Estudio de la accidentabilidad de las personas mayores fuera del hogar.* Entidad: Fundación Mapfre. Año: 2011.
- *Estudio de investigación sobre seguridad en el domicilio de personas mayores.* Entidad: Fundación Mapfre. Año: 2008.
- *Guía de alimentación para personas mayores.* Editores: Manuel Serrano y colaboradores. Año: 2010.
- *Guía de la alimentación saludable.* Entidad: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Año: 2004.
- *Guía de orientación. Corrección postural, prevención de la inmovilidad y fomento de la actividad física en personas mayores con demencia.* Entidad: Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias de Salamanca - IMSERSO, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Año: 2014.
- *Guía de prevención de accidentes en personas mayores.* Entidad: Fundación Mapfre. Año: 2013.
- *Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores.* Entidad: Servicio de Promoción de la Salud, Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Instituto de Salud Pública - Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- *Guía práctica de consejos para un envejecimiento activo. ¡Mayores con mucha vida!* Entidad: CEOMA, IMSERSO, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- *Guía sobre estilos de vida saludables.* Entidad: Asociación Nagusiak Martxan. Año: 2009.

- *Informe sobre las personas mayores y la seguridad en el hogar en la Comunidad de Madrid.* Entidad: Fundación Mapfre. Año: 2009.
- *La vivienda del mayor: Condiciones y riesgos.* Entidades: Fundación Mapfre, Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. Año: 2013.
- *Las personas mayores también pueden evitar los accidentes. ¿Cómo...?* Entidad: Junta de Castilla y León.
- *Los mayores y la cocina.* Entidad: Unidad de Autonomía Personal, Delegación del CEAPAT, CRMF de Albacete - IMSERSO, Ministerio de Sanidad y Política Social. Año: 2009.
- *Los mayores y las zonas de estar.* Entidad: Unidad de Autonomía Personal, Delegación del CEAPAT, CRMF de Albacete - IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año: 2003.
- *Los mayores y su hogar.* Entidad: Unidad de Autonomía Personal, Delegación del CEAPAT, CRMF de Albacete - IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Año: 2000.
- *Personas mayores.* Página web de la Obra Social La Caixa. Disponible en: http://obrasocial.lacaixa.es/ambitos/home/personasmayores_es.html
- *Prevenir es vivir.* Página web de Cruz Roja Española. Disponible en: <http://www.cruzroja.es/prevencion/>
- *Promoción de hábitos de vida saludables.* Página web del Grupo de Investigación en Gerontología de la Universidade da Coruña. Disponible en: http://gerontologia.udc.es/habitos_saludables/
- *Recomendacións para a alimentación das persoas maiores.* Entidad: Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia. Año: 2012.
- *Su salud nos importa. Una caída puede cambiarle la vida.* Entidad: Fundación Mapfre.
- Vídeos de la campaña “Con mayor cuidado” de la Fundación Mapfre: *Miren donde pisan; Prevenir los resbalones; Atención a los productos tóxicos; Cuidado con el gas; Riesgo eléctrico; Rigor con los medicamentos; Salir de visita.* Disponibles en:

http://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/campana/con-mayor-cuidado-campana-divulgativa/default.jsp

- Vídeos de la Federación Española de Párkinson. Disponibles en: <https://www.youtube.com/user/fedesparkinson/videos>
- *Xente con vida*. Página web de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia. Disponible en: <http://xenteconvida.sergas.es/>

Anexo III. Dossier del Programa de ocio y participación social (POPS)

Objetivos del POPS

Este programa de intervención tiene como objetivos generales promover la participación activa de las personas mayores en actividades de ocio significativas, y favorecer su participación social, tanto en el centro de día y/o residencia como en otros entornos habituales.

Se proponen los siguientes objetivos específicos:

- Promover la identificación y expresión de intereses, necesidades y demandas en relación a las áreas de ocio y participación social.
- Impulsar la utilización de las TIC como recurso de ocio o entretenimiento, como fuente de información y como medio de participación social, facilitando el acceso a aplicaciones y recursos web que puedan ser útiles en este sentido.
- Fomentar la participación e implicación en actividades de ocio significativas, favoreciendo la capacidad de elección y decisión en esta área de desempeño.
- Potenciar el compromiso e involucración individual en la actividad, así como la capacidad de atención y concentración, la motivación y el interés en la misma.
- Favorecer la participación e interacción grupal, reforzando habilidades y destrezas como el trabajo en equipo, la resolución común de problemas, la escucha o el respeto de turnos.

Descripción de sesiones del POPS

Sesión nº 1.- Presentación del programa

Esta sesión tiene como objetivos principales: establecer la primera toma de contacto entre los participantes de cada grupo y la terapeuta ocupacional; favorecer la aproximación de los usuarios a las distintas herramientas tecnológicas que se emplearán en estas actividades; y fomentar la participación e implicación de los participantes en el programa de intervención con la PDI.

La dinámica de esta sesión se centra en presentar las temáticas centrales del *Programa de envejecimiento activo*, mostrando por un lado los contenidos y actividades enmarcados en el *Programa de seguridad y vida saludable* y, por otro lado, los correspondientes al *Programa de ocio y participación social*.

A lo largo de esta presentación, se analizará de forma conjunta con los participantes, sus impresiones, intereses y necesidades en relación a los temas expuestos. Se tratará también de recoger información que los usuarios no hayan aportado durante el proceso de evaluación, y que sea relevante para el desarrollo del programa, así como posibles sugerencias por su parte de nuevos contenidos o actividades a realizar.

Al final, se recogerán las impresiones sobre la exposición realizada, y se definirá con cada grupo los contenidos a abordar en la próxima sesión.

Si es posible, se sugiere llevar a cabo al principio de la actividad una dinámica de presentación de los diferentes miembros de cada grupo, en la que solicitará que cada uno aporte la información que desee sobre sí mismo para presentarse al resto de compañeros. Esta presentación podrá apoyarse con una diapositiva en la que se muestren las fotografías de cada persona y el nombre correspondiente, y/o con diapositivas en blanco en la que cada uno vaya escribiendo la información que aporte al presentarse. También se puede complementar con una dinámica de captación de fotografías, en la que cada persona saque una fotografía a otro compañero, fomentando así la interacción entre los participantes y la implicación en la actividad.

Sesión nº 2.- Mi línea de vida

Esta sesión está destinada a facilitar la identificación y valoración de acontecimientos y momentos significativos de la vida de cada uno de los miembros del grupo. Se dirige también a promover la expresión de sentimientos y narrativas vinculadas a dichos acontecimientos.

Para ello, se elaborará de forma conjunta la línea de vida de cada miembro del grupo. Se representarán en una plantilla previamente elaborada (por ejemplo, en Power Point) los acontecimientos y momentos significativos de la vida de cada persona. Se utilizarán diferentes colores para representar la información relativa a cada participante; el color asignado a cada uno será escogido por la propia persona.

Los miembros del grupo irán exponiendo al resto los momentos que quieren representar, comentándolos de forma detallada si así lo desean, y tratando de situarlos de forma correcta en la línea temporal, y en la parte inferior o superior en función de si los consideran negativos o positivos. Se intentará que identifiquen cada acontecimiento con una sola palabra o término, y que reflejen también las sensaciones o vivencias que les trae dicho recuerdo.

Para facilitar la realización de la actividad, se empezará representando acontecimientos relacionados con la etapa de la infancia o adolescencia; a continuación, momentos relativos a la adultez y, por último, aquellos vinculados con la etapa actual. Según las características del grupo, puede ser oportuno invertir o alterar el orden de este proceso.

Una vez estén representados los eventos de cada persona, se unirán entre sí con una línea empleando el color escogido por cada uno. Al finalizar, se repasará la línea de vida de cada miembro del grupo, con el fin de que puedan añadir o completar la información recogida. También se llevará a cabo una reflexión grupal acerca de las diferencias observadas en las líneas de vida de cada uno, y de las dificultades que han podido encontrar a la hora de identificar aspectos relevantes de su vida o exponerlos al resto del grupo.

Si es posible, se sugiere entregar en la siguiente sesión a cada participante su correspondiente línea de vida en papel, tomando como referencia el color escogido por la persona y su forma de denominar los momentos clave de su vida.

Sesión nº 3.- Mis fechas importantes

Igual que la sesión anterior, ésta se dirige a facilitar la identificación y valoración de acontecimientos clave de la vida de cada miembro del grupo, promoviendo además la expresión de sentimientos y narrativas vinculadas a dichos acontecimientos.

En primer lugar, se completará de forma grupal una plantilla en Power Point previamente elaborada, en la que aparecen representados los doce meses del año (Figura 40). En la diapositiva correspondiente a cada mes, se anotarán las fechas significativas para cada usuario (cumpleaños, aniversarios, etc.), representándolas con los colores seleccionados por cada uno de ellos. Se reflejarán también fechas importantes de carácter histórico o festivo, representándolas con un color diferente a los escogidos por los participantes, si así lo desean.



Febrero						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29						

Figura 40. POPS - Sesión nº 3.- Actividad práctica en Power Point

Una vez se hayan cubierto todos los meses, se imprimirán todas las diapositivas, en las estarán incluidas las anotaciones correspondientes a todos los miembros del grupo, o las de cada participante por separado. Utilizando otros materiales, como cartulinas, tijeras, pegamentos, rotuladores, etc., se elaborará un calendario físico para que

participante pueda llevarse a casa, o para que quede disponible en el centro.

A lo largo de estas tareas se fomentará el trabajo en equipo y la interacción entre los miembros del grupo (toma de decisiones conjunta a la hora de escoger las cartulinas o colocar los elementos del calendario en las mismas; respeto de turnos en la utilización del material disponible; etc.), tratando además de que exploren su creatividad e imaginación a nivel individual.

Sesión nº 4.- Nuestros nombres y apellidos

En este caso, se propone realizar diferentes actividades o dinámicas vinculadas con los nombres y apellidos de los integrantes del grupo, o de otras personas de su entorno que sean importantes para ellos.

Algunos ejemplos de actividades que se pueden llevar a cabo a través de herramientas tecnológicas como la pizarra digital son:

- Búsqueda en Internet del origen y el significado del nombre y los apellidos de cada participante, así como de cualquier otra información o curiosidad relacionada. También se puede centrar la búsqueda en el nombre o los apellidos de otras personas de su entorno.
- Consulta de noticias o documentales sobre los apellidos más frecuentes en una determinada zona, o sobre aquellos que corren el riesgo de desaparecer.
- Búsqueda de personas que compartan el mismo apellido en una determinada localidad o comunidad autónoma.
- Audición de canciones en las que se mencione el nombre de alguno de los integrantes del grupo. Pueden buscarse canciones propuestas por los participantes en las que se mencione su nombre, o el nombre de algún compañero. También pueden reproducirse canciones previamente seleccionadas por el profesional, y solicitar que los usuarios identifiquen qué nombre se está mencionando.

Sesión nº 5.- Recuerdos de la infancia

Esta sesión gira en torno a las canciones, juegos populares, juguetes, libros o material escolar propios de la infancia de los participantes, con el fin de que evoquen recuerdos y experiencias relacionadas, y compartan vivencias que puedan tener en común.

En el marco de esta sesión, se propone la realización de distintas dinámicas, vinculadas con las temáticas mencionadas:

- Puesta en común grupal de los juegos a los que más le gustase jugar a cada participante, la forma en que elaboraban muñecos u otros juguetes, los libros o tebeos que acostumbrasen a leer, etc.
- Proyección de canciones, imágenes y vídeos relacionados.
- Demostración práctica de alguna de las canciones o juegos mencionados.
- Reconocimiento táctil de juguetes o elementos de determinados juegos populares.
- Comparación a través de fotografías de los juguetes, el material escolar o los espacios de juego que se emplean en la actualidad, y los que había disponibles en décadas anteriores.
- Debate y reflexión grupal sobre la importancia de los juegos populares y su presencia en la actualidad.

Sesión nº 6.- Exploración de lugares significativos

Esta sesión se dirige, por un lado, a potenciar el conocimiento sobre el contexto que rodea a los participantes, sobre todo, a nivel local o autonómico. Por otro lado, se pretende favorecer la exploración de diferentes lugares significativos para cada persona: su localidad de origen, otras ciudades o países en los que haya vivido, lugares que siempre haya querido visitar pero no ha podido, localidades en las que vive alguno de sus familiares o amistades, etc.

En el marco de esta sesión, se plantea la realización de diferentes actividades, destinadas a trabajar los objetivos mencionados: “Un viaje a nuestros orígenes”, “Ayer y hoy de nuestra ciudad”, “Conocer nuestro entorno: Galicia y España” y “La vuelta al mundo en un par de días”.

En cada una de estas actividades, se llevarán a cabo distintas dinámicas a través de la pizarra digital:

- Visualización de imágenes y vídeos de una determinada localidad o país, correspondientes tanto a la actualidad como a décadas anteriores.
- Consulta de información sobre la gastronomía típica de un lugar, sus verbenas y fiestas populares, sus bailes o estilos de música más representativos, sus monumentos emblemáticos, o cualquier otro tipo de información.
- Realización de actividades prácticas en torno a los aspectos mencionados; por ejemplo, identificar diferentes comidas, monumentos o bailes típicos en imágenes o vídeos proyectados en la pizarra, o asociar dichos elementos con los lugares de los que sean típicos.
- Acceso a diferentes lugares a través de Google Maps (por ejemplo, a su domicilio actual, a lugares cercanos a éste, o a su localidad de origen).
- Visitas virtuales a monumentos, paisajes, museos, etc. de cualquier lugar del mundo.
- Puesta en común de las vivencias y experiencias de cada participante en relación a las temáticas abordadas.

También se puede proponer a los miembros del grupo que traigan imágenes o cualquier otro recuerdo que tengan asociado a los lugares que sean significativos para ellos. Si el grupo lo desea, puede compartirse también este material con otras personas a través de alguna exposición física, proyectando las imágenes en la pizarra, o enviándolo a algún blog o página web.

Sesión nº 7.- Oficios tradicionales y artesanos

En esta sesión se puede comenzar realizando una puesta en común grupal sobre los oficios desempeñados por los participantes a lo largo de su vida, haciendo especial hincapié en los trabajos más tradicionales. Se ofrecerá también espacio para que comenten otros oficios artesanos que conozcan o recuerden de etapas anteriores de

sus vidas. Esta puesta en común se verá enriquecida si se proyectan imágenes relacionadas, traídas previamente por los participantes.

Por otro lado, se proyectarán imágenes, vídeos o noticias extraídos de Internet, que servirán como apoyo para recordar las características de algunos oficios, comentar aquellos que perviven y cuáles han desaparecido, evocar vivencias vinculadas con estas profesiones, etc.

Según el interés del grupo en la temática, se puede complementar esta actividad con la realización de charlas y/o talleres prácticos centrados específicamente en alguno de los oficios tradicionales abordados. Estas dinámicas pueden ser dirigidas por alguna persona externa, que sea invitada para tal fin, o por alguno de los propios participantes si así lo desea.

Sesión nº 8.- La banda sonora de nuestras vidas

Esta sesión se centra en la realización de diferentes actividades o dinámicas, vinculadas con los gustos y preferencias musicales de los participantes, así como con artistas o canciones significativos para ellos, o representativos de algún momento de sus vidas.

A continuación, se mencionan algunos ejemplos de estas actividades:

- Búsqueda libre de canciones y vídeos musicales según intereses y gustos de los miembros de cada grupo. Se utilizarán aplicaciones de Internet, por ejemplo, Youtube, para que los participantes puedan buscar y escuchar canciones que sean de su interés.
- Consulta de información sobre un determinado artista y visualización de imágenes y vídeos relacionados, tanto actuales como correspondientes a otras épocas de su vida.
- Análisis de un videoclip. Se seleccionará una canción de posible interés para los usuarios y se visualizará a través de Youtube su videoclip, haciendo posteriormente diferentes preguntas que orienten el análisis y la reflexión sobre el material visualizado (por ejemplo: ¿de qué cantante se trata?, ¿cómo se llama la canción?, ¿qué nos cuenta o qué trata de transmitir?, ¿en dónde se desarrolla la escena?,

¿con qué época se corresponde?, ¿qué se observa en la imagen además del grupo o cantante?).

- Asociación de canciones con su intérprete. Se escucharán diferentes canciones que los usuarios tendrán que relacionar con el grupo o cantante correspondiente, ofreciendo o no opciones para ello (Figura 41). Se introducirán además preguntas acerca de las canciones escuchadas, o de sus intérpretes.



Figura 41. POPS - Sesión nº 8.- Actividad práctica en Power Point (1)

- Clasificación de canciones según temática. Se escucharán un conjunto de canciones y posteriormente se clasificará cada una de ellas según la temática que aborden, tratando de que los usuarios se fijen en el título de la canción, la letra, el grupo o cantante al que pertenecen, etc.
- Identificación de canciones a partir de una palabra o imagen. Se le presentarán al grupo distintas palabras e imágenes, y se les pedirá que identifiquen canciones relacionadas. Se procederá, a continuación, a escuchar los temas identificados. También se puede mostrar una imagen o jeroglífico, y a partir de ahí reconocer una determinada canción (Figura 42).



Figura 42. POPS - Sesión nº 8.- Actividad práctica en Power Point (2)

Sesión nº 9.- Ciclos de cine, radio y teatro

Esta sesión comprende diferentes actividades que giran en torno a artistas y contenidos de cine, radio y teatro, de interés para los miembros del grupo.

- *“Conocer la trayectoria de...”*: Se propone, por un lado, llevar a cabo distintas dinámicas centradas en la trayectoria de un determinado artista: consulta de información sobre su biografía o trayectoria profesional; visualización de fotografías correspondientes a diferentes épocas de su vida; acceso a contenido audiovisual relativo a sus películas, obras de teatro, programas de radio o televisión, etc.
- *“Géneros de cine y teatro”*: Por otro lado, se plantea llevar a cabo diferentes actividades relacionadas con un determinado género cinematográfico, como puede ser el cine mudo, el de ciencia-ficción o de romance, o en torno a películas que compartan una temática común; por ejemplo, una etapa histórica concreta o un suceso de interés para el grupo, como puede ser la emigración.

Estas actividades pueden ser la consulta de información sobre los artistas, películas, directores, etc. representativos del género en cuestión, o la visualización de imágenes y escenas de algunas películas, en las que se fomentará el análisis y reflexión grupal sobre los fragmentos visualizados.

- “A fondo con...”: Finalmente, se propone realizar actividades centradas en una única película o programa de radio, visualizándola o escuchándolo en su totalidad (en un único día o en días separados), y comentando al final o durante su visualización/audición las diferentes temáticas abordadas.

A lo largo de todas las dinámicas explicadas, que conforman esta sesión de “Ciclos de cine, radio y teatro”, se favorecerá la valoración, expresión y puesta en común de acontecimientos clave o narrativas de vida de cada participante, proporcionando un espacio para el debate y la reflexión grupal. También se fomentará que manifiesten sus conocimientos en relación a las temáticas abordadas, tanto antes como después de presentar información textual o material audiovisual.

Sesión nº 10.- Prensa y televisión en Internet

Esta actividad se centra en acercar las posibilidades que ofrece Internet en relación al acceso a información y contenidos audiovisuales. Se llevará a cabo, para ello, la consulta de diferentes periódicos o canales de televisión en su versión digital, seleccionando aquellos que sean de interés para el grupo.

Con respecto a la lectura de prensa, se consultarán noticias de la portada del periódico o de otras secciones, que sean escogidas por los miembros del grupo. Se fomentará que los usuarios comenten aquellas que más les llamen la atención y que las comparen o vinculen con sus experiencias y vivencias. Podrá realizarse una lectura completa de la noticia, o de tan sólo algunos fragmentos, o consultar las imágenes y vídeos disponibles, facilitando de este modo el acceso de aquellos que no tengan lectoescritura. Las noticias podrán ser leídas en alto por el profesional que dirija la sesión o, preferiblemente, por los distintos participantes del grupo.

A lo largo de esta sesión, se potenciará la participación de todos los miembros del grupo y la interacción entre ellos, procurando en todo momento que se respeten los turnos y las opiniones de los compañeros.

Se incidirá además en mostrar las ventajas que ofrece la lectura de la prensa a través de Internet, o el acceso a las páginas web de canales de televisión que ven

habitualmente, con el fin de facilitar la generalización y aplicabilidad del aprendizaje adquirido en el día a día de los participantes.

Entre otras ventajas, se mencionarán las siguientes: el acceso a noticias, programas o series de televisión correspondientes a cualquier fecha, no únicamente la actual; la accesibilidad de los contenidos, especialmente textuales, en cuanto a tamaño y fuente de letra, contraste, etc.; la consulta de información a través medios audiovisuales, no dependientes de la capacidad de lectoescritura de la persona.

Sesión nº 11.- Juegos o pasatiempos

Esta sesión podrá ser implementada con aquellos participantes que tengan interés por los pasatiempos o por los juegos de mesa o por equipos, en el desarrollo de su ocio y tiempo libre.

Se les presentarán a los usuarios diferentes alternativas, teniendo en cuenta sus gustos y preferencias, y se les pedirá que se pongan de acuerdo para seleccionar aquellas que quieran realizar. Las alternativas a presentar podrán ser juegos o pasatiempos online, actividades elaboradas con Power Point o LIM, juegos interactivos en CD, etc.

Para cada uno de los juegos o actividades seleccionadas, se expondrán previamente las instrucciones a seguir y si es posible se hará una demostración por parte del profesional, repitiéndola las veces que sea necesario, con el fin de que los participantes comprendan por completo las instrucciones de la actividad y sean capaces de realizarla autónomamente.

Uno de los recursos que se sugiere para la implementación de esta sesión es el portal de actividades online “El Casal Digital”, dirigido a favorecer la autonomía de personas adultas con discapacidad intelectual, o personas mayores. Esta página contiene una serie de actividades o ejercicios que promueven el mantenimiento o mejora de determinados aspectos o funciones cognitivas (memoria, razonamiento, agilidad mental, etc.), y de habilidades a nivel social y comunicativo, tratando de vincular los contenidos con aspectos más funcionales para la persona, como el desempeño en actividades de la vida diaria. Las actividades se caracterizan principalmente por el predominio de imágenes, lo más significativas y realistas posibles, sin requerir un nivel

elevado de lectoescritura. El acceso a las mismas puede ser a través del ratón convencional o de pulsador.

Sesión nº 12.- Elaboración de recetas de cocina

Esta sesión se dirige a promover la participación e interacción entre los miembros del grupo, a través de la elaboración conjunta de una o varias recetas de cocina.

En primer lugar, se elegirá por consenso, sorteo o votación la receta a elaborar. A continuación, los participantes que lo deseen explicarán cómo se lleva a cabo dicha receta. Se reflejarán en la pizarra a lo largo de su explicación los ingredientes y pasos que vayan mencionando para su elaboración. Esta anotación podrá ser realizada por el profesional que dirija la sesión o, preferiblemente, por alguno de los participantes. Se incluirá, si es posible, fotografías o vídeos que acompañen la explicación textual de la receta.

Por último, se mostrarán posibles acciones a llevar a cabo con la(s) receta(s) elaboradas, como construir un recetario multimedia que esté disponible en el centro o que pueda llevarse a casa cada participante, o compartir el material diseñado con otras personas a través de una página web o un blog en Internet.

Sesión nº 13.- Actividades en torno a festividades

Esta sesión comprende distintas actividades, vinculadas con festividades representativas o de interés para los miembros del grupo, como la Navidad, el San Juan, la Semana Santa o el *Entroido*.

En primer lugar, se contextualizará, con el apoyo visual de uno o varios calendarios, la época del año en que tiene lugar la celebración en cuestión, resaltando las fechas o eventos más señalados. También se comentará, si procede, el origen de dicha festividad o las denominaciones que recibe en distintos lugares.

Después, se hará una puesta en común grupal dirigida a que los miembros del grupo comenten cómo celebran ellos mismos dicha celebración, o cómo se celebra en el entorno que les rodea: gastronomía típica, personajes representativos, canciones o bailes característicos, etc.

A continuación, se mostrará información textual o contenidos audiovisuales vinculados con la festividad en cuestión, presentando tanto tradiciones típicas del entorno que rodea a los participantes como de otros lugares del mundo.

Finalmente, se presentarán, si se considera oportuno, noticias digitales dirigidas a mostrar algún suceso de actualidad relacionado con la celebración de la(s) festividad(es) en la(s) que se centre la sesión, o la programación de actividades para dicha festividad en la localidad en la que residan los usuarios.

Sesión nº 14.- Debates de actualidad

En esta sesión, se propone la realización de debates sobre diferentes temáticas de actualidad o de interés para los miembros del grupo, como pueden ser: “La influencia de la publicidad en nuestras vidas”, “El ser humano y la naturaleza”, “Acontecimientos históricos importantes en Galicia y España”, “El envejecimiento activo y el aprendizaje intergeneracional”, “La espiritualidad y la religión”, “La evolución de la moda en las últimas décadas”, etc.

Se apoyará esta actividad con la presentación de información textual en la pantalla, la consulta de noticias digitales relacionadas, o la visualización de contenidos audiovisuales, así como con la anotación en la pizarra de los principales temas que se vayan abordando, con el fin de facilitar el seguimiento y concentración de los participantes en la actividad.

También se pueden plantear actividades prácticas relacionadas con la temática sobre la que verse el debate, para afianzar los conocimientos de los usuarios y facilitar su participación en la actividad.

En la siguiente imagen (Figura 43), se puede observar una actividad práctica de ejemplo relacionada con el tema “El ser humano y la naturaleza”, en el cual se aborda, entre otros aspectos, la importancia del reciclaje. En el ejercicio planteado, los participantes han de escoger el contenedor adecuado para depositar diferentes tipos de materiales, en este caso, una botella de aceite.



Figura 43. POPS - Sesión nº 14.- Actividad práctica en Power Point

Sesión nº 15.- Cierre del programa

Se dedicará la última sesión a realizar un repaso final de todas las actividades realizadas a lo largo del *Programa de ocio y participación social*, para lo cual se ofrecerá apoyo visual a través de texto e imágenes en la pizarra digital. A lo largo de este repaso, se recogerán las impresiones de los participantes sobre la intervención llevada a cabo, con el fin de comprobar si se han satisfecho sus intereses, necesidades y expectativas, e indagar en el impacto de la intervención desarrollada. También se recogerán sus sugerencias y propuestas para futuras actividades.

Fuentes adicionales de información del POPS

Para el desarrollo de las actividades pertenecientes al *Programa de ocio y participación social*, se han utilizado, además de materiales de elaboración propia, numerosos recursos disponibles en diferentes páginas web.

Se resaltan a continuación algunas de estas páginas, ya que contienen gran cantidad de información y materiales audiovisuales relacionados con las temáticas de interés para los participantes en este estudio. Estos recursos pueden ser de gran utilidad para la realización de determinadas sesiones del programa, aunque su utilización dependerá de los intereses del grupo con el que se esté trabajando.

- *360 cities*. Dirección: <http://www.360cities.net/>
- *Abueling*. Dirección: <http://www.abueling.com/>
- *AirPano*. Dirección: <http://www.airpano.com/>
- *Apellidos de Galicia*. Dirección: <http://apellidosgalicia.org/>
- *Brinquedia. Rede Galega do Xogo Tradicional*. Dirección: <http://brinquedia.net/>
- *Cartografía dos apelidos de Galicia*. Proyecto del Instituto de Lengua Galega de la Universidade de Santiago de Compostela. Dirección: <http://ilg.usc.es/cag/index.jsp>
- *Casa dos Oficios do Rosal*. Dirección: <https://casadosoficiosdorosal.wordpress.com/>
- *Cine con clase*. Proyecto de la Universidad de Virginia. Dirección: <http://hitchcock.itc.virginia.edu/SpanishFilm/principal.html>
- *Cine historia*. Dirección: <http://www.cinehistoria.com/>
- *Colección de juguetes antiguos*. Página web de Juan C. Requena. Dirección: <http://www.juguetes-antiguos.es/>
- *Conoce los oficios artesanos*. Sección dentro de la página web de Días Europeos de la Artesanía 2015. Dirección: <http://www.diasdeartesania.es/conoce-los-oficios-artesanos>
- *De quen ves sendo?* Programa disponible en la página web de RTVG. Dirección: <http://www.crtvg.es/tvg/programas/de-quen-ves-sendo>

- *Documentales*. Sección dentro de la página web de NosTV Coruña. Dirección: <http://www.nostvcoruna.com/#!documentales/cdqu>
- *Documentales*. Sección dentro de la página web de RTVE. Dirección: <http://www.rtve.es/alacarta/documentales/>
- *El desván de Rafael Castillejo. Museo digital de recuerdos compartidos*. Dirección: <http://rafaelcastillejo.com/>
- *El medio sonoro*. Dirección: <http://elmediosonoro.blogspot.com.es/>
- *El mejor cine español - Directores, actrices y actores*. Blog de Ricardo Tecela
Dirección: <http://ricardotecela.blogspot.com.es/>
- *Fonoteca de radio*. Página web. Dirección: <http://www.fonotecaderadio.com/>
- *Fonoteca de radio*. Blog. Dirección: <http://fonotecaradio.blogspot.com.es/>
- *Fotos antiguas de España*. Sección de la página web de Plusesmás.com. Dirección: <http://www.plusesmas.com/fotos-antiguas/>
- *Guía práctica de consejos para un envejecimiento activo. ¡Mayores con mucha vida!* Entidad: CEOMA, IMSERSO, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- *Historias de Galicia*. Programa disponible en la página web de RTVG. Dirección: <http://www.crtvg.es/tvg/programas/historias-de-galicia>
- *Holismo planetario en la web*. Dirección: <http://holismoplanetario.com/>
- *Juegos antiguos*. Dirección: <http://www.juegosantiguos.es/>
- *Juegos tradicionales*. Sección dentro de la página web de EduCaixa. Dirección: <http://www.educaixa.com/-/juegos-tradicionales>
- *La memoria revivida. Juegos, juguetes y recuerdos*. Dirección: <http://www.lamemoriarevivida.com/>
- *La portada de Madridejos*. Dirección: <http://www.madridejos.net/>
- *Los juegos de mis abuelos*. Dirección: <http://juegosdeabuelos.wikispaces.com/>

- *Museo del niño*. Página web del Museo Pedagógico y del Niño de Castilla-La Mancha. Dirección: <http://www.museodelnino.es/>
- *Nuestros juguetes antiguos*. Dirección: <http://www.juguetesantiguos.net/>
- *Oficios tradicionales*. Página web de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Dirección: <http://www.oficiostradicionales.net/es/>
- *Películas relacionadas*. Sección dentro de la página web de AFACO. Dirección: <http://afaco.es/peliculas-relacionadas>
- *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. . Entidades: Fundació Agrupació Mútua, Institut de l'Envel·liment de la Universidad Autónoma de Barcelona. Año: 2011.
- *Videoteca*. Sección dentro del blog TO's en formación. Dirección: <http://www.terapeutas-ocupacionales.com/2010/12/listado-videoteca.html>
- *Visitas virtuales, el tiempo y el espacio sin barreras*. Artículo dentro de la página web de la Consejería de Educación y Empleo de la Junta de Extremadura. Dirección: <http://rincones.educarex.es/ccss/index.php/home/cajon-de-sastre/item/46-visitas-virtuales,-el-tiempo-y-el-espacio-sin-barreras>
- *World Tour 360º*. Dirección: <http://www.worldtour360.com/>
- *World Wonders*. Proyecto del Google Cultural Institute. Dirección: <https://www.google.com/culturalinstitute/u/0/project/world-wonders>

Anexo IV. Recomendaciones para el desarrollo del programa de EA

A continuación, se presentan algunas recomendaciones que se proponen con el fin de que el programa de EA se desarrolle satisfactoriamente. Su aplicación dependerá de las características de los participantes con los que se lleve a cabo la intervención y de la actividad o sesión que se vaya a realizar.

- Tal y como se ha explicado en los Dossiers del PSVS y del POPS, la primera sesión del programa persigue, entre otros objetivos, la aproximación de los usuarios a las distintas herramientas tecnológicas que se emplearán a lo largo de las actividades. Por ello, se sugiere incluir en la presentación de esta sesión, un conjunto de diapositivas o de imágenes que muestren los principales materiales con los que se trabajará en estas actividades, dedicando especial atención a explicar el funcionamiento de la pizarra digital interactiva (Figura 44).



Figura 44. Diapositiva de ejemplo para presentación de materiales

- Se recomienda comenzar la sesión con una portada (Figura 45) o diapositiva en la que se indique la temática que se va a abordar, la fecha y el lugar en que se está realizando la actividad.

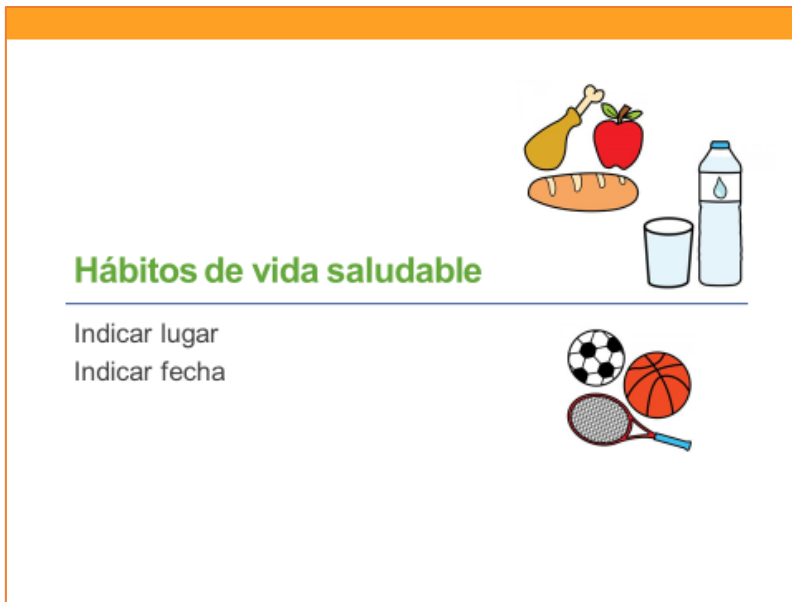


Figura 45. Diapositiva de ejemplo para presentación inicial de temática

- Se puede añadir a continuación una diapositiva que sirva para trabajar la orientación temporal y espacial al comienzo de la sesión, en caso de que se considere necesario por las características de los participantes. En esta diapositiva, se puede preguntar por el día y el lugar en que se está llevando a cabo la sesión. En el espacio en blanco que aparece debajo de cada pregunta se pueden escribir las respuestas de los participantes (Figura 46), o mostrar las respuestas correctas al pulsar con el ratón (Figura 47).



Figura 46. Diapositiva de ejemplo para contextualización temporal y espacial (1)

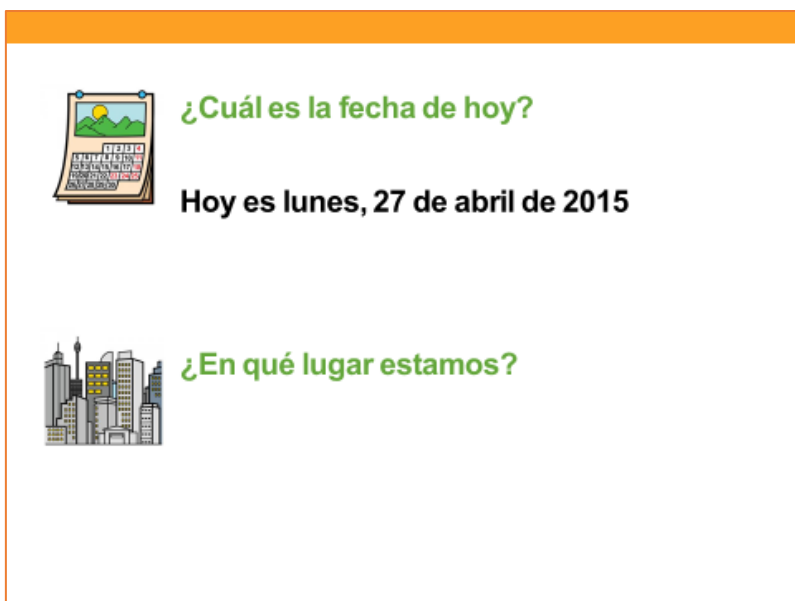


Figura 47. Diapositiva de ejemplo para contextualización temporal y espacial (2)

- En el inicio de la sesión, puede resultar conveniente llevar a cabo un repaso de la actividad realizada o la temática abordada en la(s) sesión(es) anterior(es), especialmente si se trabaja siguiendo un hilo conductor a través de las diferentes sesiones, lo cual favorece la concentración e implicación de los participantes en la actividad. Inicialmente, se puede realizar este repaso preguntando de forma abierta a los usuarios qué recuerdan haber llevado a cabo en la última sesión (Figura 48), pudiendo anotar sus respuestas en la pizarra y ofrecer posteriormente apoyo visual a través de texto y/o imágenes, al pulsar con el ratón (Figura 49).

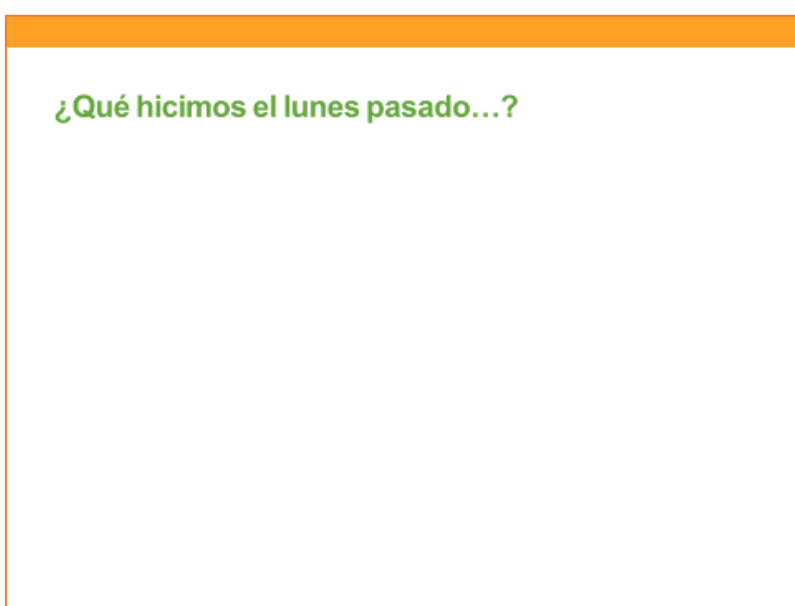


Figura 48. Diapositiva de ejemplo para repaso de sesión anterior (1)

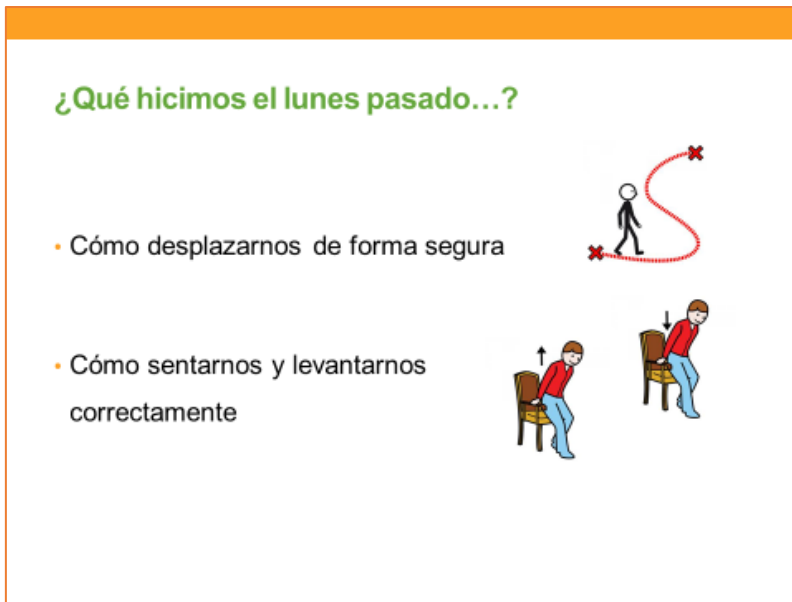


Figura 49. Diapositiva de ejemplo para repaso de sesión anterior (2)

- Durante el desarrollo de las actividades, puede aprovecharse para profundizar en información recogida individualmente en la fase de evaluación inicial, como puede ser en relación a las caídas que tuvieron previamente los participantes, los hábitos de vida saludable que siguen en su día a día, o sus intereses y preferencias a nivel de ocio y tiempo libre (Figura 50 y Figura 51).

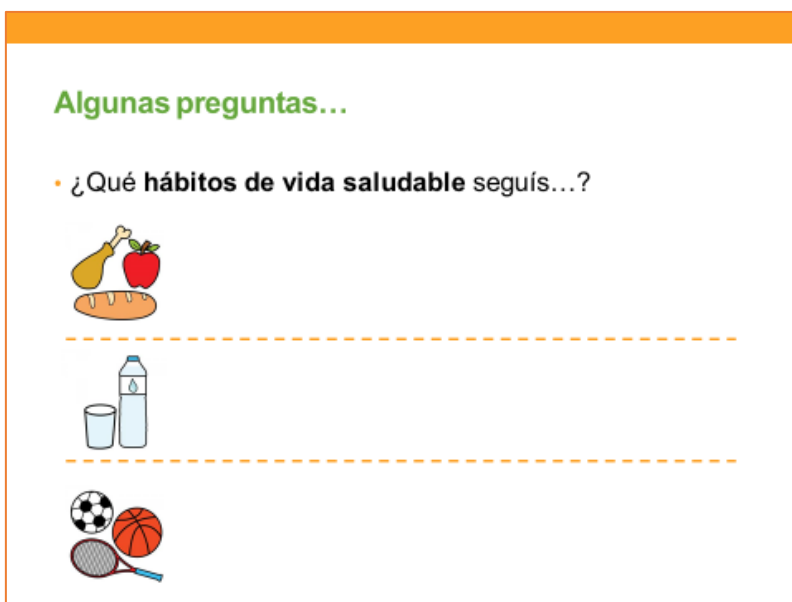


Figura 50. Diapositiva de ejemplo para recogida de información (1)

Algunas preguntas...

- ¿Qué estilo de **música** os gusta?
- ¿Cuáles son vuestros **cantantes** preferidos?




Figura 51. Diapositiva de ejemplo para recogida de información (2)

- Se recomienda también utilizar con frecuencia recursos audiovisuales, como imágenes, vídeos, fragmentos de canciones o grabaciones de audio. Se considera que esta estrategia puede favorecer la capacidad de atención y concentración de muchas personas, facilitando además la recepción de la información a través de diferentes canales y la adaptación de la actividad, al hacer posible el acceso a determinados contenidos informativos a personas que no tengan lectoescritura. En la medida de lo posible, se debe procurar que estos recursos y materiales sean accesibles para todos los participantes, para lo cual se recomienda acompañar de audio explicativo y/o subtítular los vídeos, y retocar aquellas imágenes que sean difíciles de visualizar en aquellos casos en que existan limitaciones a este nivel.
- Al final de la sesión, se recomienda ofrecer un espacio para recoger las impresiones del grupo sobre la actividad realizada, así como posibles preguntas o dudas que quieran resolver. Se puede apoyar esta puesta en común con una diapositiva en blanco en la que el profesional o los participantes puedan plasmar sus impresiones o comentarios (Figura 52).

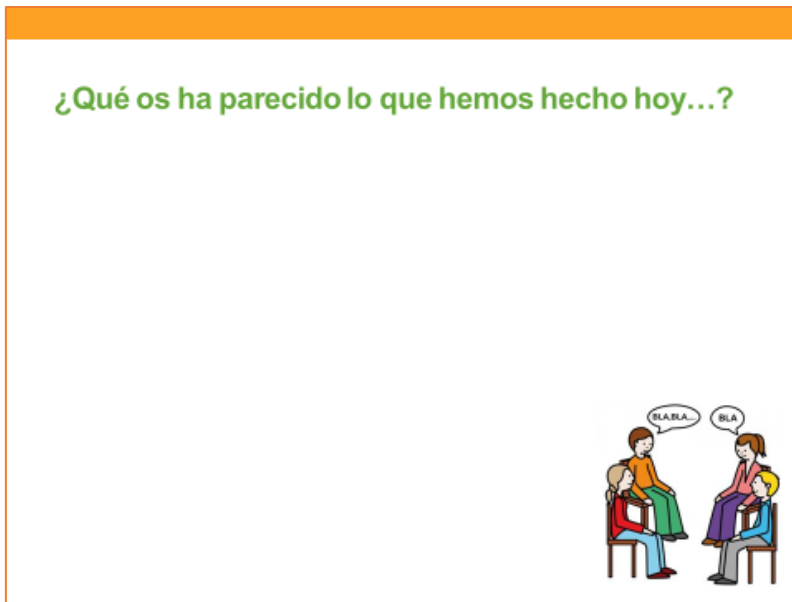


Figura 52. Diapositiva de ejemplo para recogida final de impresiones

- También se sugiere ofrecer un tiempo y un espacio para que los integrantes del grupo decidan de forma conjunta qué actividad quieren llevar a cabo, o qué temática quieren abordar, en la siguiente sesión. Se puede emplear una diapositiva en blanco para anotar las propuestas que se vayan realizando y/o la decisión final del grupo (Figura 53). En el caso de que los participantes presenten dificultades para la toma de decisiones a nivel individual, o la realización de propuestas, se puede adaptar la tarea ofreciendo diferentes alternativas de su interés, entre las que tengan que escoger (Figura 54). El número de opciones ofrecidas dependerá de la capacidad de elección de los miembros del grupo.

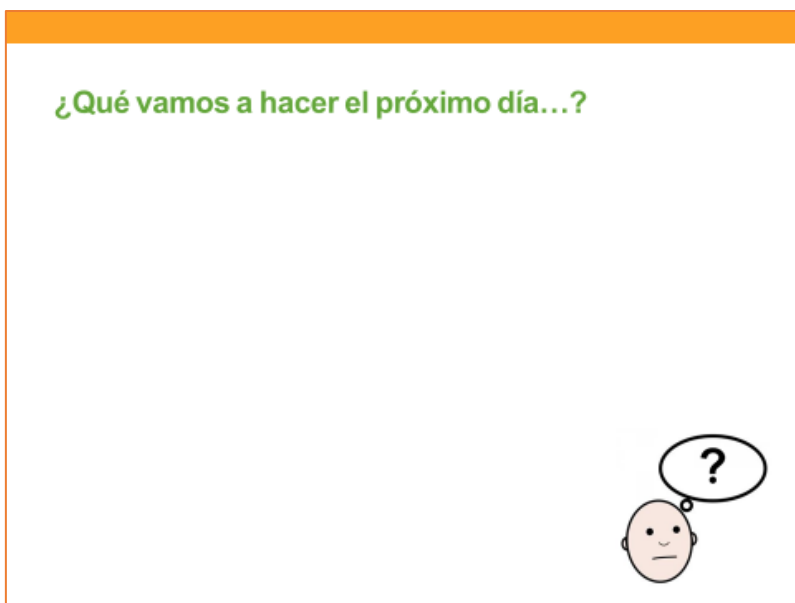


Figura 53. Diapositiva de ejemplo para la propuesta de actividades (1)



Figura 54. Diapositiva de ejemplo para la propuesta de actividades (2)

Anexo V. Guión de entrevista final

Para comenzar, vamos a hacer un breve repaso de las actividades que hemos realizado con la pizarra digital interactiva y a comentar tus impresiones sobre ellas.

- ¿Qué actividades recuerdas que hemos hecho en todo este tiempo? ¿Recuerdas estas actividades [*nombrar las que la persona no haya citado*]?
- ¿Qué te parecieron dichas actividades?
- ¿Cuáles te interesaron o gustaron más? ¿Cuáles menos? ¿Por qué?
- ¿Qué otras actividades te hubiese gustado hacer?

Ahora, vamos a continuar con tus percepciones generales sobre el programa de intervención.

- ¿Qué te parece la forma en que se llevaron a cabo las sesiones?
- ¿Crees que se han tenido en cuenta tus intereses y necesidades? ¿Te parece que se ha despertado vuestro interés y motivación? ¿De qué forma?
- ¿Para qué te ha servido participar en esta intervención? ¿Qué has aprendido en esta experiencia? ¿Qué cambios ha supuesto en tu vida?
- ¿De qué forma crees que ha influido en tus relaciones en el centro? ¿Y en tu ocio y tiempo libre? ¿Y en tus actividades de la vida diaria?
- ¿Crees que ha influido en tu calidad de vida y autonomía personal? ¿De qué manera?

En esta intervención hemos utilizado la tecnología como medio, principalmente, la pizarra digital interactiva y el acceso a Internet.

- ¿Qué ventajas crees que aporta la intervención con herramientas tecnológicas en comparación con otras intervenciones? ¿Y qué inconvenientes?

- ¿Qué piensas acerca de la tecnología? ¿Qué utilidades crees que tiene? ¿Cambió de alguna forma tu opinión sobre la tecnología tras participar en este estudio?

Como cierre de esta entrevista, vamos a comentar estos aspectos.

- ¿Cómo te has sentido a lo largo de la intervención?
- ¿Qué sugerencias o cambios harías para futuros talleres?
- ¿Cómo valoras tu participación en este programa de intervención? ¿Qué significó para ti?

Muchas gracias por tu colaboración

Anexo VI. Hoja de información al / a la participante

HOJA DE INFORMACIÓN AL / A LA PARTICIPANTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: Estudio sobre el impacto de un programa de envejecimiento activo a través de herramientas tecnológicas

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Laura Nieto Riveiro

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un **estudio de investigación** en el que se le invita a participar. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética da Investigación de Coruña - Ferrol.

Si decide participar en mismo, debe recibir información personalizada del investigador, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que necesite para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomar el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**. Usted puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con su médico ni a la asistencia sanitaria a la que usted tiene derecho.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El objetivo de este estudio es mejorar la calidad de vida y la salud de las personas mayores participantes, respondiendo a las necesidades que presenten en su desempeño ocupacional a través del uso de tecnologías, como Internet o una pizarra digital interactiva.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

Usted es invitado a participar porque cumple con los criterios de inclusión establecidos: ser mayor de 60 años y ser usuario de uno de los recursos de atención a personas mayores seleccionados para realizar la entrada al campo.

¿En qué consiste mi participación?

Su participación en el estudio tendrá lugar en tres fases: evaluación inicial, intervención y evaluación final.

En las fases de evaluación inicial y final se emplearán los siguientes instrumentos o técnicas:

- Cuestionario de Salud EuroQoL-5D: Permite explorar la percepción de cada participante sobre su estado de salud y calidad de vida.
- *Comprehensive Occupational Therapy Evaluation Scale (COTE)*: Se trata de un instrumento propio de terapia ocupacional que permite evaluar el comportamiento ocupacional de una persona.
- Observación participante y no participante: Se realizará asimismo observación de su desempeño en diferentes actividades, tanto dirigidas como libres, durante su estancia en el centro; los aspectos observados se recogerán en el cuaderno de campo de la investigadora principal.
- Entrevista individualizada semiestructurada: Se utilizarán para ello dos instrumentos de elaboración propia: Dossier de evaluación inicial (en el que se recogen datos personales y médicos, aspectos relativos al desempeño ocupacional de la persona, e información de sus entornos y contextos) y Guión de entrevista final (el cual pretende recoger la percepción de la persona sobre diferentes aspectos de su participación en el estudio). La entrevista que se lleve a cabo en la evaluación final será grabada para facilitar su posterior análisis.

A lo largo del período de intervención, se llevará a cabo la Evaluación de seguimiento, para lo cual se cubrirá periódicamente la COTE. Se realizará además un Registro de sesiones semanal basado en la observación del desempeño de los usuarios en la intervención propuesta.

La intervención se desarrollará utilizando una pizarra digital interactiva y otros materiales y recursos tecnológicos (páginas web, vídeos e imágenes, etc.). Se realizarán diferentes actividades, algunas enmarcadas en el *Programa de seguridad y vida saludable*, y otras en el *Programa de ocio y participación social*. Las sesiones serán grupales y se llevarán a cabo una vez a la semana.

Su participación tendrá una duración total estimada de 10 meses.

¿Qué molestias o inconvenientes tiene mi participación?

El estudio no conlleva ningún tipo de riesgo para la salud ni inconveniente, ya que se basa en la utilización de las nuevas tecnologías de forma no invasiva y con una baja frecuencia (una vez a la semana, entre 45 y 60 minutos/sesión).

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que usted obtenga beneficio directo por participar en el estudio. La investigación pretende descubrir aspectos desconocidos o poco claros sobre la utilización de una herramienta tecnológica, la pizarra digital interactiva. Esta información podrá ser de utilidad en un futuro para beneficiar a otras personas.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio, agregados con el fin de mantener el anonimato de los datos.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Sólo el equipo investigador, y las autoridades sanitarias, que tiene deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

Sus datos serán recogidos y conservados hasta finalizar el estudio de modo **codificado**, que quiere decir que poseen un código con el que el equipo investigador podrá conocer a quien pertenecen. El responsable de la custodia de los datos es Laura Nieto Riveiro. Al terminar el estudio los datos serán anonimizados.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

No, esta investigación es promovida por el Grupo RNASA-IMEDIR. Los investigadores no serán remunerados por las actividades de captación y seguimiento de los participantes ni recibirán retribución específica por su dedicación al estudio.

Usted no será retribuido por participar, y no se derivarán de los resultados del estudio productos comerciales.

¿Cómo contactar con el equipo investigador de este estudio?

Usted puede contactar con Laura Nieto Riveiro en el teléfono 981 167000 ext. 5870, en la dirección electrónica lnieto@udc.es y en la dirección: Facultade de Ciencias da Saúde, Campus de Oza, As Xubias s/n, CP: 15006 A Coruña.

Muchas gracias por su colaboración

Anexo VII. Documento de consentimiento informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL ESTUDIO: Estudio sobre el impacto de un programa de envejecimiento activo a través de herramientas tecnológicas

Yo, _____

- Leí la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude conversar con Laura Nieto Riveiro y hacer todas las preguntas sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mi atención sanitaria y social.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.

Con respecto a la captación de fotografías y grabación de vídeos:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acepto que se realicen fotografías | <input type="checkbox"/> Acepto grabaciones en vídeo |
| <input type="checkbox"/> Acepto que las fotografías y/o vídeos se puedan difundir | <input type="checkbox"/> No acepto que se hagan fotografías o grabaciones en vídeo |

Fdo.: El/la participante,

Fdo.: La investigadora,

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos: Laura Nieto Riveiro

Fecha:

Fecha: