



**UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

**Facultade de Ciencias da Saúde**

**Grao en Terapia Ocupacional**

Curso académico 2017-2018

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**La ocupación en la terapia de reminiscencia  
en personas mayores con síntomas  
depresivos y enfermedad de Parkinson**

**Eva Meizoso Torres**

**Junio 2018**

Ocupación y reminiscencia en personas con síntomas depresivos y EP

**Directora do Traballo de Fin de Grao**

**Elena Viqueira Rodríguez.** Terapeuta Ocupacional. Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidade de A Coruña.

## Índice

Índice .....	2
Título del proyecto y resumen.....	4
Título do proxecto e resumo .....	5
Title and summary of the project.....	6
1 Antecedentes y estado actual del tema.....	8
1.1 Reminiscencia y Revisión de Vida.....	8
1.2 TO en Terapia de Reminiscencia y Revisión de Vida.....	10
1.3 Aproximación a la Enfermedad de Parkinson (EP).....	13
1.3.1 Síntomas no motores en personas con EP: Sintomatología depresiva.....	15
1.3.2 Alteración del desempeño ocupacional en personas con EP: Papel de la TO .....	16
2 Justificación.....	18
3 Bibliografía .....	20
4 Hipótesis.....	27
5 Objetivos .....	27
5.1 Objetivo general.....	27
5.2 Objetivos específicos.....	27
6 Metodología.....	28
6.1 Búsqueda bibliográfica.....	28
6.2 Tipo de estudio .....	29
6.3 Ámbito de estudio .....	30
6.4 Población de estudio y selección de la muestra .....	31
6.5 Variables.....	33
6.6 Recogida de datos.....	33
6.6.1 Enfoque cualitativo .....	33
6.6.2 Enfoque cuantitativo.....	35

6.7	Fases del estudio.....	37
6.7.1	Fase I: Aproximación a ámbito de estudio .....	37
6.7.2	Fase II: Toma de contacto con el centro y el equipo .....	37
6.7.3	Fase III: Selección de participantes. Toma de contacto con usuarios y familiares.....	38
6.7.4	Fase IV: Evaluación .....	39
6.7.5	Fase V: Planificación e implementación de la intervención..	40
6.7.6	Fase VI: Reevaluación .....	44
6.8	Análisis de datos.....	44
6.9	Aplicabilidad y transferencia .....	45
6.10	Criterios de rigor .....	46
6.11	Limitaciones del estudio.....	46
7	Plan de Trabajo .....	47
8	Aspectos éticos .....	49
9	Plan de difusión de resultados .....	50
10	Financiación de la investigación.....	51
10.1	Recursos necesarios .....	51
10.2	Posibles fuentes de investigación/financiación .....	53
	Agradecimientos .....	54
	Apéndices .....	55

### **Título del proyecto y resumen**

**Título:** La ocupación en la terapia de reminiscencia en personas mayores con síntomas depresivos y enfermedad de Parkinson

**Introducción:** La reminiscencia y la revisión de vida son intervenciones psicoterapéuticas basadas en la exploración de recuerdos de las experiencias subjetivas del pasado, generalmente empleadas en personas mayores. La principal disciplina en hacer uso de estas técnicas es la psicología, para fomentar el bienestar personal y el rendimiento cognitivo, pero no es única para esta profesión. La terapia ocupacional utiliza la terapia de reminiscencia y la revisión de vida en personas con demencias y síntomas depresivos. No obstante, estas terapias no se suelen aplicar a personas con otras enfermedades, como el Parkinson, donde la sintomatología depresiva es una de las alteraciones no motoras más frecuentes que comprometen la vida diaria. La evidencia sobre la terapia ocupacional en la reminiscencia y revisión de vida es limitada, y generalmente su aplicación no se enfoca en objetivos propios de la disciplina, como es el fomento del desempeño ocupacional.

**Objetivos:** Diseñar un programa de intervención de terapia ocupacional basado en la terapia de reminiscencia y revisión de vida en personas mayores con enfermedad de Parkinson y síntomas depresivos, para promover las actividades instrumentales de la vida diaria, el ocio y la participación social.

**Metodología:** Se emplea un enfoque mixto; la metodología cualitativa se aborda desde un enfoque fenomenológico y la metodología cuantitativa se aborda desde un enfoque cuasiexperimental. La recogida de datos cualitativos se realiza mediante entrevista (OPHI-II) y observación; la recogida de datos cuantitativos se realiza mediante escalas de valoración.

**Palabras clave:** terapia de reminiscencia, revisión de vida, enfermedad de Parkinson, síntomas depresivos, desempeño ocupacional.

**Tipo de trabajo:** Proyecto de investigación.

### **Título do proxecto e resumo**

**Título:** A ocupación na terapia de reminiscencia en persoas maiores con síntomas depresivos e enfermidade de Parkinson.

**Introdución:** A reminiscencia e a revisión de vida son intervencións psicoterapéuticas basadas na exploración de recordos das experiencias subxectivas do pasado, xeralmente empregadas en persoas maiores. A principal disciplina en facer uso de estas técnicas é a psicoloxía, para fomentar o benestar persoal e o rendemento cognitivo, pero non é única para esta profesión. A terapia ocupacional utiliza a terapia de reminiscencia e a revisión de vida en persoas con demencias e síntomas depresivos. Non obstante, estas terapias non se soen aplicar a persoas con outras enfermidades, como o Parkinson, donde a sintomatoloxía depresiva é unha das alteracións non motoras máis frecuentes que comprometen a vida diaria. A evidencia sobre a terapia ocupacional na reminiscencia e revisión de vida é limitada, pois xeralmente a súa aplicación non se enfoca en obxectivos propios da disciplina, como é o fomento do desempeño ocupacional.

**Obxectivos:** Diseñar un programa de intervención de terapia ocupacional baseado na terapia de reminiscencia e revisión de vida en persoas maiores con enfermidade de Parkinson e síntomas depresivos, para promover as actividades instrumentais da vida diaria, o ocio e a participación social.

**Metodoloxía:** Emprégase un enfoque mixto; a metodoloxía cualitativa abórdase dende un enfoque fenomenolóxico e a metodoloxía cuantitativa abórdase dende un enfoque cuasiexperimental. A recollida de datos cualitativos realízase mediante entrevista (OPHI-II) e observación; a recollida de datos cuantitativos realízase mediante escalas de valoración.

**Palabras clave:** terapia de reminiscencia, revisión de vida, enfermedad de Parkinson, síntomas depresivos, desempeño ocupacional.

**Tipo de trabajo:** Proyecto de investigación.

### **Title and summary of the project**

**Title:** Occupation and reminiscence therapy in elderly people with depressive symptoms in Parkinson's disease.

**Introduction:** Reminiscence and life review are psychotherapeutic interventions based on the exploration of subjective experiences memories, usually in older people. The main discipline in using these techniques is psychology, with the objectives of increasing personal well-being and cognitive performance, but it is not unique to this profession. Occupational therapy uses reminiscence therapy and life review in people with dementia and depressive symptoms. However, these therapies are not usually applied to people with other diseases, such as Parkinson's disease, where depressive symptomatology is one of the most frequent non-motor features that compromises daily life. The evidence of occupational therapy in these therapies is limited, as generally their application does not focus on the objectives of the discipline, such as the promotion of occupational performance.

**Objectives:** To design an occupational therapy intervention program based on reminiscence therapy and life review in elderly people with Parkinson's disease and depressive symptoms, to promote the instrumental activities of daily living, leisure and social participation.

**Methodology:** A mixed approach is used; qualitative methodology is addressed from a phenomenological approach and quantitative methodology is addressed from a quasi-experimental approach. The qualitative data collection is done with interviews (OPHI-II) and observations; the quantitative data collection is done through valuation scales.

Ocupación y reminiscencia en personas con síntomas depresivos y EP

**Keywords:** reminiscence therapy, life review, Parkinson's disease, depressive symptoms, occupational performance.

**Kind of work:** Research project.

## 1 Antecedentes y estado actual del tema

### 1.1 Reminiscencia y Revisión de Vida

El primer artículo que destaca la relevancia de la reminiscencia y revisión de vida fue publicado por Robert Butler en el año 1963. Este documento surge a partir de la observación clínica en los campos de la psiquiatría y gerontología, en el que determina que la utilización del proceso de reminiscencia, englobado dentro de un enfoque autobiográfico, se está incrementando en las personas mayores <sup>1</sup>. La revisión de vida se puede definir como “un proceso mental que ocurre de manera natural, en el cual se traen a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver” <sup>2</sup>. Sobre la terapia de reminiscencia, existen diversas definiciones; no obstante, todas ellas la describen como una intervención psicoterapéutica dirigida especialmente a las personas mayores, con el objetivo de fomentar la calidad de vida, autoestima y satisfacción personal mediante la revisión de experiencias y acontecimientos pasados de la propia persona, en su mayoría positivos <sup>3,4</sup>. Ambas terapias se entienden como procesos terapéuticos no farmacológicos, que pretenden fomentar una adecuada adaptación de las personas mayores a la actualidad <sup>1,2</sup>.

Actualmente, existen confusiones sobre los significados de la terapia de reminiscencia y de revisión de vida. Algunos autores sostienen que la revisión de vida es un tipo de reminiscencia; pero, generalmente, los expertos exponen que ambas terapias son procesos diferentes, en los que la reminiscencia destaca por su carácter espontáneo, generalmente de aplicación grupal y enfocada en recuerdos positivos y placenteros para los usuarios, mientras que la revisión de vida exige un proceso más estructurado y reservado a la persona y el profesional, que otorga gran relevancia al proceso de evaluación, al estar centrada en los aspectos positivos y negativos experimentados a lo largo de las diferentes etapas de vida, aportadas desde un enfoque crítico <sup>5</sup>.

Anteriormente a la contribución de Butler, los servicios de atención sanitarios y sociales de la época, consideraban de forma negativa que las

personas mayores hablan de acontecimientos pasados de su vida, pues lo vinculaban a un mayor deterioro en estas personas. A partir de la década de 1960, cambia esta visión y se comienza a intervenir con la reminiscencia, la cual pasa a ser considerada como una terapia a partir de los años ochenta y cuyo uso se comienza a generalizar a diferentes profesionales del ámbito sociosanitario, especialmente en la disciplina de psicología, pero también en profesiones como enfermería geriátrica, trabajo social y terapia ocupacional (TO), destacando su aplicación en personas institucionalizadas en residencias de mayores, aunque también común en recursos como hospitales, centros de día, domicilios y grupos comunitarios<sup>3,4</sup>.

La literatura coincide en que una adecuada aplicación de las terapias de reminiscencia y revisión de vida presenta los siguientes beneficios en las personas mayores: permite aumentar la satisfacción personal con la vida, ayuda a reducir o prevenir la depresión, limita el dolor crónico, promueve la orientación y mejora a nivel cognitivo; además es un potente agente a favor de la socialización, fomentando la interacción social entre el individuo con su familia, iguales y profesionales. Por lo tanto, su aplicación más habitual es en demencias, seguida de depresión y situaciones cercanas al final de la vida<sup>3</sup>, aunque actualmente también se puede intervenir con estas terapias en otras etapas de la vida<sup>1</sup>. La terapia no farmacológica más común en la enfermedad de Alzheimer (EA) es la reminiscencia, destacando su impacto en la mejora del estado de ánimo, cognición, habilidades para el cuidado personal y comunicación, así como la reducción de trastornos conductuales<sup>2,4</sup>.

La aplicación de la reminiscencia con algunas personas puede tener efectos contraproducentes, considerando que el recuerdo es un proceso personal y subjetivo, por lo que no en todas las personas se manifiesta del mismo modo, pudiendo incluso resultar negativo para la salud mental<sup>1</sup>. Como principales efectos perjudiciales derivados del incorrecto uso de esta terapia, se encuentra, en primer lugar, el aumento de los síntomas

depresivos de la persona, lo cual es lo opuesto a lo que se pretende obtener con el uso de la reminiscencia; además de ser susceptibles de provocar más alteraciones a nivel emocional o sentimental que no puedan ser controlados en el tiempo <sup>6</sup>. De este modo, para considerar la idoneidad y aplicación beneficiosa de la reminiscencia, es fundamental tener en cuenta los objetivos de intervención teóricos y prácticos, las características del grupo o individuos, sus habilidades y nivel educativo y el marco contextual aplicado <sup>1</sup>.

### 1.2 TO en Terapia de Reminiscencia y Revisión de Vida

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) define la TO como “una profesión sanitaria centrada en el cliente que busca promover la salud y el bienestar a través de la ocupación. El objetivo principal de la TO es permitir a las personas participar en las actividades de la vida cotidiana. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado interviniendo con personas y comunidades para fomentar su capacidad de participar en las ocupaciones que desean, necesitan y se espera que realicen, o mediante la modificación del entorno para reforzar el compromiso con la ocupación” (2012) <sup>7</sup>.

La terapia de reminiscencia y la revisión de vida se consideran intervenciones psicosociales con efectos beneficiosos para fomentar la calidad de vida en personas mayores; estas terapias ayudan a promover la independencia en las habilidades de la vida diaria <sup>8</sup>. Para que los terapeutas ocupacionales utilicen la reminiscencia y la revisión de vida, el objetivo de intervención debe estar dirigido a promover las ocupaciones significativas y con propósito, enfocándose en los hábitos y rutinas, en este caso de personas mayores <sup>9</sup>. Este objetivo coincide principalmente con la siguiente creencia fundamental de la WFOT, como es la contribución de la disciplina al fomento del desempeño ocupacional, el cual influye en la salud y bienestar de las personas <sup>10</sup>.

Desde la TO, la evidencia encontrada en las bases de datos (ver APÉNDICE II, apartado 1), establece que la reminiscencia y la revisión de

vida se emplean fundamentalmente en personas mayores institucionalizadas que presentan demencia y/o depresión (esencialmente síntomas depresivos). Las principales técnicas de revisión de vida llevadas a cabo por terapeutas ocupacionales implican el uso del lenguaje, especialmente de nivel conversacional, en las que la persona recuerda y narra historias vividas desde su niñez hasta la actualidad; estas técnicas son frecuentes en intervenciones individuales, pero en lo referente a nuestra disciplina, se consideran de mejor aplicación a nivel grupal (y por lo tanto en forma de reminiscencia), mediante juegos de roles, discusiones grupales y actividades dinámicas que pueden incluir artículos personales significativos para la persona, pues promueven en mayor medida ocupaciones como la participación social (PS). Se debe tener en cuenta que este tipo de técnicas son más efectivas en personas con síntomas depresivos que con demencias, pues se requieren habilidades cognitivas y comunicativas que en demencias severas están alteradas<sup>8, 11, 12</sup>.

Otras intervenciones destacan el uso de técnicas o talleres de escritura, de los que se deduce que pueden tener efectos terapéuticos más beneficiosos que el diálogo en personas mayores con síntomas depresivos, fomentando que la persona escriba sobre su vida en orden cronológico, permitiendo a los terapeutas ocupacionales obtener un enfoque centrado en el bienestar psicosocial y en el desempeño ocupacional de la persona<sup>8, 9</sup>.

Con mayor vinculación a la disciplina, destacan las técnicas de reminiscencia que se fundamentan en actividades productivas y recreativas o de ocio. En el caso de la reminiscencia mediante actividades productivas, se busca que los usuarios lleven a cabo actividades cotidianas que formaron parte de sus hábitos en el pasado; promoviendo estrategias para que las personas mayores recuerden lo significativo de la actividad a través de la creación de un producto vinculado a la misma (por ejemplo, elaborar un plato de comida en una persona en la que cocinar

formaba parte de su rutina cotidiana). Así, se determina que esta actividad puede beneficiar la calidad de vida en personas mayores con demencia y/o síntomas depresivos <sup>12</sup>. Del mismo modo, intervenir con actividades recreativas placenteras del pasado, en un grupo de iguales con características en común, puede resultar positivo en la recuperación de rutinas de ocio y la socialización en los usuarios <sup>13</sup>. Por lo tanto, estas intervenciones se corresponden con las competencias de la disciplina, permitiendo realizar adaptaciones en dichas ocupaciones significativas, para que vuelvan a ser retomadas por las personas.

A pesar de que se registran efectos beneficiosos, los resultados no son del todo concluyentes, pues existe poca evidencia a nivel teórico y práctico de intervenciones basadas en actividades de la vida diaria (AVD) y otras ocupaciones <sup>11,12</sup>. Por otro lado, a pesar de la perspectiva ocupacional, la mayoría de estas intervenciones presentan como objetivos que las personas mayores se adapten a su nueva condición como personas institucionalizadas a nivel emocional, afectivo y cognitivo <sup>9, 12,13</sup>. Este proceso influye en la calidad de vida y bienestar psicosocial de los residentes, no obstante, es propio de otras disciplinas, lo que explica que pocos terapeutas ocupacionales lleven a cabo este tipo de intervenciones; del mismo modo, la falta de diferenciación entre los principios de la reminiscencia y la revisión de vida, así como la ausencia de literatura que proponga una metodología y protocolos de intervención desde TO que valoren los efectos en el desempeño ocupacional y calidad de vida a largo plazo, pone de manifiesto la necesidad de seguir investigando el papel de la disciplina en estas técnicas de carácter psicosocial <sup>14</sup>.

### 1.3 Aproximación a la Enfermedad de Parkinson (EP)

La EP es una enfermedad neurodegenerativa crónica. El origen de la enfermedad es multifactorial y sigue un patrón progresivo que se desencadena debido a la muerte de neuronas dopaminérgicas correspondientes a la parte compacta de la sustancia negra, causando una disminución de dopamina de los ganglios basales <sup>15,16</sup>. El nivel de afectación comienza en las neuronas del bulbo olfatorio y plexos entéricos hasta alcanzar el sistema nervioso central; este avance provoca la alteración progresiva del sistema nervioso autónomo, límbico y somatomotor <sup>15</sup>.

Existen diferentes tipos de parkinsonismos: la EP se integra dentro del nivel de clasificación parkinsonismo primario o idiopático, el cual es el más frecuente. En la Tabla I se indica la clasificación de los principales tipos de parkinsonismos <sup>17</sup>:

**Tabla I. Clasificación etiológica de los parkinsonismos. Fuente: Jiménez Jiménez FJ, Alonso Navarro H, Luquin Piudo MR, Burguera Hernández JA (2007)**

Clasificación	Etiología
<b>Parkinsonismo idiopático o EP</b>	Inducido por fármacos
<b>Parkinsonismos sintomáticos</b>	Inducido por tóxicos Postencefalítico y postvacunal Postraumático Vascular Hidrocefalia Lesiones ocupantes de espacio (tumores) Trastornos metabólicos Enfermedades causadas por priones
<b>Parkinsonismo asociado a enfermedades neurodegenerativas</b>	Enfermedad de Alzheimer con parkinsonismo Enfermedad de cuerpos de Lewy difusos Enfermedad de Huntington Distonía-parkinsonismo Atrofias multisistémicas

## Ocupación y reminiscencia en personas con síntomas depresivos y EP

Según el Instituto Nacional de Estadística, se registra en la encuesta sobre discapacidades del 2008 que la tasa de población con EP en España es de 2,74 por cada 1000 personas y en Galicia de 4,91 por cada 1000 <sup>18</sup>. La incidencia de la EP aumenta en personas mayores de 60 años, pero no es exclusiva de esta etapa <sup>16</sup>.

La EP es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente, sólo superada por la EA. Para su diagnóstico clínico, deben estar presentes 3 de los 4 síntomas motores característicos: rigidez o aumento del tono muscular, bradicinesia o lentitud en la ejecución de movimientos (considerado el síntoma más característico), inestabilidad postural y temblor en reposo, aunque se debe destacar que un gran número de personas no lo desarrollan. Otros síntomas motores característicos son el cese del movimiento repentino (acinesia), alteraciones en la marcha como la congelación y la festinación, trastornos en la escritura (micrografía) y la inexpresividad (hipomimia facial) <sup>15,16</sup>.

La clasificación que identifica las fases en las que se encuentran las personas con EP en función de la afectación de los síntomas (siendo el estadio I el de menor gravedad y el estadio V el de mayor), es la escala de Hoehn y Yahr <sup>15</sup>.

En lo que respecta al tratamiento de la EP, destaca el farmacológico mediante la levodopa, el cual se trata de un precursor de la dopamina. Se considera el fármaco más eficiente, pues actúa sobre todos los síntomas motores de la EP. No obstante, la levodopa presenta importantes complicaciones a largo plazo derivadas de su uso, destacando fluctuaciones motoras derivadas de la pérdida de eficacia del fármaco, así como discinesias y manifestación de trastornos psiquiátricos <sup>17,19</sup>. Por otro lado, es reseñable destacar la mejora del pronóstico de las personas con EP desde el tratamiento con este fármaco <sup>17</sup>.

La EP implica que el estado de salud de las personas se vea afectado progresivamente, aunque la esperanza de vida es similar a la de la población que no tiene la enfermedad <sup>15</sup>.

### 1.3.1 Síntomas no motores en personas con EP: Sintomatología depresiva

En la EP los síntomas no motores, al igual que los motores, influyen de modo negativo en la calidad de vida de las personas; se debe tener en cuenta que estos síntomas pueden manifestarse con mayor anterioridad que los motores y, en la actualidad, los profesionales les otorgan gran relevancia. Los más frecuentes en la EP son los siguientes: depresión, alteraciones cognitivas, trastornos en el sueño y vigilia, déficits autonómicos, alteraciones sensoriales y trastornos gastrointestinales <sup>16</sup>.

En este proyecto, es de especial relevancia la influencia de la sintomatología depresiva en las personas mayores con EP. La depresión se incluye dentro de los trastornos neuropsiquiátricos de la EP, siendo el más común, pues más del 50% de personas con EP tienen depresión, siendo una comorbilidad asociada. En la mayoría de casos, la depresión que acompaña a la enfermedad suele ser de carácter leve o moderado, primando los síntomas de apatía y ausencia de motivación e interés <sup>15,16</sup>; por lo que este proyecto se centra en los síntomas depresivos asociados.

No existe una terapia farmacológica de referencia para el tratamiento de los síntomas depresivos en la EP, por lo que deben fomentarse intervenciones no farmacológicas centradas en la persona y sus necesidades <sup>15</sup>.

La principal terapia psicosocial con efectos positivos es la terapia cognitivo conductual (TCC) a nivel grupal e individual, la cual se suele administrar como complemento a la medicación <sup>20</sup>. Los programas de educación también son de aplicación frecuente, tanto con personas con EP, como con los cuidadores; destacan las intervenciones basadas en actividades vinculadas al autocontrol, la promoción de la salud, el fomento

de habilidades y apoyos sociales y al manejo del estrés, ansiedad y depresión. Con respecto a la sintomatología depresiva, destaca el asesoramiento para poder diferenciar los sentimientos puntuales de tristeza de trastornos más graves <sup>21</sup>. Otras terapias no farmacológicas empleadas con los usuarios son el psicodrama mediante juegos de roles, así como intervenciones de rehabilitación multidisciplinarias basadas en las necesidades de las personas, en especial vinculadas a los síntomas presentes en cada usuario, como, por ejemplo, talleres de relajación o de fomento de la comunicación <sup>20</sup>.

### **1.3.2 Alteración del desempeño ocupacional en personas con EP: Papel de la TO**

Las personas con EP presentan dificultades en su vida diaria que se relacionan con la presencia de los síntomas motores, no motores y del estado de salud vinculado a factores personales y contextuales de cada persona <sup>22</sup>. Estas dificultades comienzan en fases tempranas de la enfermedad y avanzan a lo largo del tiempo, comprometiendo la participación en ocupaciones y roles significativos <sup>23</sup>. En referencia a las alteraciones funcionales derivadas de los síntomas motores, considerando la nomenclatura referente a las áreas de ocupación del Marco de Trabajo de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) <sup>24</sup>, destacan los problemas en las AVD de movilidad funcional, motivadas especialmente por dificultades en la marcha y la inestabilidad postural, las cuales conllevan que otras AVD estén afectadas, como son la alimentación y el vestido. Por otro lado, síntomas no motores como alteraciones sensoriales y del lenguaje comprometen igualmente las AVD <sup>22,25</sup>. En lo referente a las áreas de ocupación de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), ocio y PS, además de los síntomas ya citados, son de especial relevancia las alteraciones en las funciones ejecutivas, a nivel psicosocial y la presencia de fatiga, pues son ocupaciones que requieren rutinas complejas, demasiado tiempo y esfuerzo, en las que la planificación y organización de actividades se encuentra comprometida; además se debe tener en cuenta que la falta de

apoyo social y el entorno físico pueden ser una gran barrera para la participación en estas ocupaciones<sup>22,26</sup>.

Con respecto a las alteraciones conductuales y emocionales de personas con EP, estas influyen gravemente en su desempeño ocupacional. Destacan los trastornos de control de impulsos (TCI), los cuales engloban la realización de actividades placenteras para la persona, pero que no resultan beneficiosas, al obstaculizar la vida personal y familiar cotidiana, además de ocasionar alteraciones emocionales como la angustia. Destacan las siguientes: ludopatía, alteraciones de la conducta sexual y comportamientos compulsivos a la hora de comer o de realizar compras<sup>27</sup>. Por otro lado, también es frecuente el denominado punding, que se define como una serie de comportamientos estereotipados en los que se llevan a cabo repeticiones de actividades de modo excesivo, que no siguen un objetivo ni resultan productivas para la persona; generalmente, dentro de ellas también se incluyen actividades de ocio y AIVD, las cuales, por lo tanto, no resultan satisfactorias<sup>28</sup>. Esto evidencia como las ocupaciones descritas se ven alteradas con frecuencia en esta población.

La TO se integra dentro del equipo multidisciplinar para intervenir con personas con EP; el tratamiento de las personas con esta enfermedad se centra en los siguientes aspectos: terapia farmacológica, medidas físicas, apoyo psicológico y la reeducación ocupacional<sup>22,25</sup>.

La TO interviene en el entrenamiento de habilidades físicas y funcionales, sensoriales, estrategias cognitivas conductuales para fomentar el desempeño ocupacional<sup>23</sup>, además de otras estrategias compensatorias para fomentar las AVD, adaptación de rutinas, tareas, entorno físico y ayudas técnicas y también a nivel educacional, de asesoramiento y de capacitación de los cuidadores. Por último, destaca en la actualidad el uso terapéutico de las nuevas tecnologías para fomentar la participación en ocupaciones en personas con EP<sup>22</sup>.

## 2 Justificación

Lo expuesto en los antecedentes demuestra una carencia de evidencia en la intervención de TO en terapias de reminiscencia y revisión de vida; no obstante, la literatura manifiesta que la disciplina se encuentra en una “posición ideal para utilizar estas intervenciones”<sup>14</sup>, empleando estas terapias a través de ocupaciones significativas<sup>12,13</sup>. Por otro lado, también destaca la limitada evidencia sobre la efectividad de la TO en la EP<sup>29</sup>, a pesar de que la literatura destaca su poder terapéutico con esta población, permitiendo intervenir en ocupaciones de la vida diaria mediante diferentes estrategias<sup>23</sup>.

En el tratamiento destinado a reducir los síntomas depresivos en personas mayores, destacan las intervenciones basadas en la TCC y en la reminiscencia<sup>30</sup>.

Dentro de las estrategias de intervención de TO en personas con EP, se encuentra la intervención a nivel psicosocial, especialmente en síntomas depresivos característicos de la enfermedad, los cuales por sí solos dificultan la participación en ocupaciones<sup>31</sup>. La principal intervención desde TO, es también la TCC, mediante la educación y entrenamiento de habilidades de desempeño, para fomentar la modificación de estilos de vida e incorporar hábitos a la vida diaria que promuevan la participación en ocupaciones y la mejora de la calidad de vida<sup>23</sup>; sin embargo, la literatura evidencia que tanto la terapia de reminiscencia como la revisión de vida pueden ser igual de efectivas que la TCC, pues en estas intervenciones no se requieren “nuevas habilidades para los participantes; más bien, los clientes son los expertos en el material, que consiste en sus recuerdos personales”<sup>14</sup>.

En definitiva, este proyecto permite continuar con la investigación sobre los efectos beneficiosos de la terapia de reminiscencia y revisión de vida en personas mayores, sobre las que existen consideraciones divergentes entre los autores y en las que se expresa la necesidad de crear nuevos estudios con objetivos concretos a una población determinada<sup>2</sup>; además

de seguir fomentando el vínculo de estas terapias con la TO, adoptando un enfoque de participación en contextos y ocupaciones significativas de cada usuario; además de proponer una intervención en un ámbito donde los usuarios no se encuentran institucionalizados, considerando que su aplicación no es frecuente en estos casos. Finalmente, también resulta pertinente llevar a cabo este proyecto teniendo en cuenta que no existe evidencia de las terapias de reminiscencia y revisión de vida en personas con EP (ver APÉNDICE II, apartado 3), lo que permite determinar la viabilidad de estas terapias a la población con esta enfermedad.

### 3 Bibliografía

1. Webster JD, Bohlmeijer ET, Westerhof GJ. Mapping the future of reminiscence: A conceptual guide for research and practice. *Res Aging*. 2010;32(4):527–564.
2. González Arévalo KA. Terapia de reminiscencia y sus efectos en los pacientes mayores con demencia. *Revista Psicogeriatría (SEPG)*. 2015;5(3):101-111.
3. Latha KS, Bhandary PV, Tejaswini S, Sahana M. Reminiscence therapy: An overview. *Middle East J Age Ageing*. 2014;11(1):18-22.
4. Duru Aşiret G, Kapucu S. The effect of reminiscence therapy on cognition, depression, and activities of daily living for patients with Alzheimer disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2016;29(1):31–37.
5. Etchemendy E, Baños RM, Botella C, Castilla D. Programa de revisión de vida apoyado en las nuevas tecnologías para las personas mayores: Una aplicación de tecnologías positivas. *Escr Psicol Internet*. Abril de 2010;3(2):1-7.
6. Zhou W, He G, Gao J, Yuan Q, Feng H, Zhang CK. The effects of group reminiscence therapy on depression, self-esteem, and affect balance of Chinese community-dwelling elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012;54:440-447
7. WFOT: World Federation of Occupational Therapists. Definition of Occupational Therapy [Internet]. 2016 [citado 14 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.wfot.org>.
8. Chippendale T, Bear-Lehman J. Effect of Life Review Writing on Depressive Symptoms in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Am J Occup Ther*. 1 de julio de 2012;66(4):438-446.

9. Wren R. Effect of Life Review on Quality of Life For Older Adults Living in Nursing Homes. *Phys Occup Ther Geriatr.* 1 de octubre de 2016;34(4):186-204.
10. WFOT: World Federation of Occupational Therapists. Fundamental Beliefs [Internet]. [citado 14 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.wfot.org>.
11. Fletcher TS. Factors that bring meaning to mementos created by elders. *Aging Ment Health.* 3 de junio de 2017;21(6):609-615.
12. Nakamae T, Yotsumoto K, Tatsumi E, Hashimoto T. Effects of Productive Activities with Reminiscence in Occupational Therapy for People with Dementia: A Pilot Randomized Controlled Study. *Hong Kong J Occup Ther.* Junio de 2014;24(1):13-19.
13. Li KY, Hsu WC, Lin LJ. Effect of the Recreational Life Review Program on Patients with Dementia in an Outpatient Clinic: A Preliminary Study. *Percept Mot Skills.* 1 de diciembre de 2014;119(3):949-960.
14. Zuiderveen A, Ivey C, Dordan S, Leiras C. Encouraging Occupation: A Systematic Review of the Use of Life Review and Reminiscence Therapy for the Treatment of Depressive Symptoms in Older Adults. *Occup Ther Ment Health.* 2 de julio de 2016;32(3):281-298.
15. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Enfermedad de Parkinson. 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
16. Millán Calenti JC. Gerontología y Geriatría. Valoración e intervención. 1ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011.

17. Jiménez Jiménez FJ, Alonso Navarro H, Luquin Piudo MR, Burguera Hernández JA. Trastornos del movimiento (I): conceptos generales. Clasificación de los síndromes parkinsonianos. *Enfermedad de Parkinson. Medicine*. 2007;9(74):4719-4729.
18. INE: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; 2008 [citado 20 de abril de 2018]. Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. Disponible en: <http://www.ine.es>.
19. Cervantes Arriaga A, Rodríguez Violante M, Yescas P, Alonso Vilatela E. Fluctuaciones motoras en enfermedad de Parkinson. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2012 [citado 6 de junio de 2018];50(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=457745494006>
20. Yang S, Sajatovic M, Walter BL. Psychosocial Interventions for Depression and Anxiety in Parkinson's Disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. Junio de 2012;25(2):113-121.
21. A'Campo LEI, Wekking EM, Spliethoff-Kamminga NGA, Le Cessie S, Roos RAC. The benefits of a standardized patient education program for patients with Parkinson's disease and their caregivers. *Parkinsonism and Related Disorders*. 2010;16:89-95.
22. Radder DLM, Sturkenboom IH, van Nimwegen M, Keus SH, Bloem BR, de Vries NM. Physical therapy and occupational therapy in Parkinson's disease. *Int J Neurosci*. 3 de octubre de 2017;127(10):930-943.
23. Foster ER, Bedekar M, Tickle-Degnen L. Systematic Review of the Effectiveness of Occupational Therapy–Related Interventions for People With Parkinson's Disease. *Am J Occup Ther*. 1 de enero de 2014;68(1):39-49.

24. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) [portal en Internet]. 2010 [citado 27 de abril de 2018]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
25. Durante Molina P. Terapia ocupacional en la enfermedad de Parkinson. En: Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia ocupacional en geriatría: Principios y práctica. 3ª ed. Barcelona: Editorial Elsevier España; 2010. 175-189.
26. Foster ER. Instrumental Activities of Daily Living Performance Among People With Parkinson's Disease Without Dementia. *Am J Occup Ther.* 1 de mayo de 2014;68(3):353-362.
27. Rossi M, Merello M. Trastornos del control de los impulsos en la enfermedad de Parkinson. *Arch Neurol Neurocir Neuropsiquiatría ANNyN.* 12 de abril de 2008;15:6-16.
28. Fasano A, Ricciardi L, Pettoruso M, Bentivoglio A. Management of punding in Parkinson's disease: An open-label prospective study. *J Neurol.* 1 de noviembre de 2010;258:656-660.
29. Meek C, Morgan E, Walker MF, Furnston A, Aragon A, Birleson A, et al. Occupational Therapy to Optimise Independence in Parkinson's Disease: The Designing and Recording of a Randomised Controlled Trial Intervention. *Br J Occup Ther.* 1 de abril de 2010;73(4):178-185.
30. Simning A, Simons KV. Treatment of depression in nursing home residents without significant cognitive impairment: a systematic review. *Int Psychogeriatr.* Febrero de 2017;29(2):209-226.

31. Lawrence BJ, Gasson N, Kane R, Bucks RS, Loftus AM. Activities of daily living, depression, and quality of life in Parkinson's disease. PLoS ONE [Internet]. Julio 2014 [citado 25 de abril de 2018];9(7). Disponible en:  
<https://search.proquest.com/psycinfo/docview/1604739180/26F2693B2A564801PQ/37>
32. Poblete CM. Métodos mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. Rev Chil Salud Pública. 21 de octubre de 2013;17(3):218-223.
33. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: Editorial McGrawHill; 2014.
34. Lévano ACS. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit. 2007;(13):71-78.
35. Argimon Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4ª ed. Barcelona: Editorial Elsevier España; 2013.
36. Federación Española de Parkinson [Internet]. Madrid [citado 8 de marzo de 2018]. Asociaciones: Disponible en:  
<http://www.esparkinson.es>
37. Casal J, Mateu E. Tipos de muestreo. Rev Epidem Med Prev. 2003;1(1):3-7.
38. Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Vivar C. Investigación cualitativa: manual para principiantes. 1ª ed. Madrid: Eunate; 2012.

39. Merlos EV, Reollo V del PJ, Jiménez MSJ, González EH, Calero CG, Olmedo MÁJ, et al. Proceso de valoración en terapia ocupacional: evaluaciones estandarizadas y no estandarizadas utilizadas en la Unidad de Rehabilitación de la Unidad de Terapia ocupacional de la Universidad Católica San Antonio de Murcia. En: Manual teórico práctico de terapia ocupacional: intervención desde la infancia a la vejez, 2010, ISBN 978-84-96823-92-1, págs 44-111 [Internet]. Monsa-Prayma; 2010 [citado 21 de marzo de 2018]. 44-111. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5367212>
40. Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2011.
41. Sanz J, Perdígón AL, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. Clínica Salud [Internet]. 2003 [citado 27 de febrero de 2018]; 14(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=180617972001>
42. Sanz J, García-Vera MP. Análisis psicométrico de las versiones breves del «Inventario para la Depresión de Beck» de 1978 (BDI-IA). Psicol Conduct. 2007;15(2):191–214.
43. Chaves CR. La categorización un aspecto crucial en la investigación cualitativa. InvestigiumIRE. 1 de junio de 2005;6(1):113-118.
44. Gómez Gómez M, Danglot Banck C, Vega Franco L. Cómo seleccionar una prueba estadística (Segunda parte). Rev Mex Pediatr. 2013;80(2):81-85.
45. LEY ORGÁNICA 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado. 14 de diciembre de 1999; 298:43088-43099. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>

46. World Medical Association. Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 2013;310(20):2191-2194. Disponible en: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>
47. WFOT: World Federation of Occupational Therapists. Resource Centre Code of Ethics (revised CM2016) [Internet]. 2016 [citado 4 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.wfot.org>.

#### **4 Hipótesis**

La hipótesis que se plantea para la realización del proyecto es que la intervención mediante la terapia de reminiscencia y revisión de vida desde la disciplina de TO, permite fomentar las AIVD, el ocio y la PS para promover, tanto en el presente como en el futuro, la autonomía y calidad de vida en personas con EP y síntomas depresivos asociados.

#### **5 Objetivos**

##### **5.1 Objetivo general**

El objetivo principal consiste en el diseño de un programa de intervención de TO basado en la terapia de reminiscencia y revisión de vida en personas mayores con EP y síntomas depresivos asociados, con la finalidad de obtener una mejora en el desempeño de las siguientes áreas de ocupación: AIVD, ocio y PS.

##### **5.2 Objetivos específicos**

- Identificar cómo repercuten los síntomas depresivos en el desempeño ocupacional de los usuarios con EP.
- Conocer y fomentar las necesidades e intereses ocupacionales de los usuarios en el presente y futuro próximo.
- Promover un estado de bienestar mediante la revisión de vida y terapia de reminiscencia.

## 6 Metodología

### 6.1 Búsqueda bibliográfica

Con el objeto de obtener información actualizada disponible sobre la intervención de TO en las terapias de reminiscencia y revisión de vida, así como en la EP, se realiza una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Web of Science, PsycInfo y Scopus.

En el APÉNDICE II, se detalla la búsqueda realizada.

También se lleva a cabo una búsqueda adicional de artículos de interés sobre las terapias de reminiscencia y revisión de vida en las siguientes herramientas: Google Académico y Scielo; además se emplean para la revisión artículos, libros y guías especializadas relacionadas con estas terapias y con la EP. Además, en Google Académico, Dialnet y libros o manuales, se realiza una búsqueda de información referente a la metodología que sigue el proyecto: información sobre el tipo de estudio, la selección de la muestra y las herramientas de valoración empleadas.

Los descriptores empleados en las bases de datos y herramientas citadas son los siguientes

“reminiscence”, “reminiscence therapy”, “life review”, “terapia de reminiscencia”, “revisión de vida”, “occupational therapy”, “psychosocial interventions”, “depression”, “depressive symptoms”, “parkinson disease”.

Los operadores booleanos empleados para vincular los términos de búsqueda fueron “AND” y “OR”.

Los límites establecidos en la búsqueda fueron los siguientes:

- Artículos con una antigüedad máxima de 10 años.
- Idiomas: Español e Inglés.
- Se seleccionan artículos con texto completo.

## 6.2 Tipo de estudio

El diseño del proyecto sigue una metodología mixta, empleando el enfoque cuantitativo y cualitativo.

La metodología mixta consiste en un proceso encargado de recolectar, analizar y discutir datos cuantitativos y cualitativos, con el objeto de responder a la o las preguntas de investigación planteadas <sup>32,33</sup>.

Ambas metodologías se corresponden con diferentes paradigmas y visiones ante el problema planteado; no obstante, el empleo conjunto de ambos métodos es frecuente en diseños de investigaciones en el ámbito de la salud <sup>32</sup>. Estos problemas de investigación se caracterizan por su naturaleza compleja, ya que suelen estar conformados por dos tipos de realidad: objetiva y subjetiva <sup>33</sup>. De esta forma, empleando el diseño mixto es posible profundizar en las dos realidades del fenómeno investigado, lo que permite el acercamiento a una perspectiva más amplia, así como la obtención de mayor riqueza y variedad de información <sup>32</sup>.

A continuación, se exponen brevemente los tipos de estudio seleccionados en cada enfoque.

### **Enfoque cualitativo**

La investigación se centra en la comprensión de fenómenos, en los que la información es recolectada y analizada por el investigador desde la perspectiva de la persona en un ambiente relacionado con su propio contexto <sup>33</sup>. El tipo de diseño cualitativo empleado es el fenomenológico, pues se centra en las experiencias subjetivas individuales, en las que se pretende describir e interpretar los fenómenos desde los significados y el punto de vista de los participantes <sup>34</sup>.

### **Enfoque cuantitativo**

La investigación se centra en la medición y la estimación de magnitudes objetivables de fenómenos, en el que los datos recolectados son observados y medidos empleando el análisis estadístico <sup>33</sup>. El tipo de

diseño cuantitativo empleado es el estudio cuasiexperimental, dentro de los ensayos no controlados sin grupo control, ya que no existe grupo de comparación y cada participante actúa como su propio control, realizando comparaciones de la situación de la persona antes y después de la administración de la intervención. Se trata de un diseño analítico experimental, pues evalúa una relación causa efecto; longitudinal, existe una secuencia temporal entre las variables evaluadas; y prospectivo, el inicio del estudio es anterior al fenómeno estudiado <sup>35</sup>.

### 6.3 **Ámbito de estudio**

El proyecto se llevará a cabo en la Asociación Parkinson Galicia-Coruña, incluida dentro de las 53 asociaciones que conforman la Federación Española de Parkinson. En la Comunidad Autónoma de Galicia existen seis asociaciones repartidas en cada provincia: dos en A Coruña (Asociación Parkinson Ferrol y Asociación Parkinson Galicia-Coruña), una en Lugo (Asociación Parkinson Lugo), dos en Pontevedra (Asociación Parkinson Pontevedra y Asociación Parkinson Vigo) y una en Ourense (Asociación Ourensana de Esclerosis Múltiple, ELA, Parkinson y otras Enfermedades Neurodegenerativas) <sup>36</sup>.

La Asociación Parkinson Galicia-Coruña fue inaugurada en el año 1996 y desde septiembre de 2016 se localiza en el Barrio de las Flores. El horario de atención es de lunes a jueves de mañana y tarde (9:30-13:30 horas y 16:00-19:00 horas) y viernes de mañana (9:30-14:30 horas). Los servicios socio-sanitarios que ofrece la asociación son de información y asesoramiento, tanto a personas con Parkinson como a familiares y cuidadores; así como los servicios de rehabilitación, que pueden ser grupales y/o individuales y están conformados por los siguientes profesionales: cuatro fisioterapeutas, dos logopedas y una psicóloga.

En la asociación no figura el papel del terapeuta ocupacional, por lo que se presenta una solicitud al centro para poder desarrollar el proyecto como investigadora. De acuerdo a las características y criterios del programa, se interviene con la ayuda de la psicóloga en lo que respecta a

la selección de individuos. La rehabilitación desarrollada desde esta disciplina se denomina psicología sanitaria y se basa en la psicoeducación individual o grupal con usuarios o familiares (nunca interviene con ambos grupos a la vez), enfatizando en síntomas emocionales como la depresión.

### 6.4 Población de estudio y selección de la muestra

Para participar en el proyecto, los usuarios deben presentar el siguiente perfil, definido por los criterios de inclusión y exclusión que se muestran en la Tabla I:

**Tabla II. Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: Elaboración propia**

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
Tener una edad igual o superior a 65 años	Presentar un deterioro cognitivo superior al GDS 2 (disminución cognitiva muy leve) en la Escala de Deterioro Global de Reisberg
Persona con EP usuaria de los servicios de rehabilitación de la Asociación Parkinson Galicia - Coruña	Personas que no firmen el consentimiento informado (tanto usuarios como familiares)
Acudir en la actualidad o previamente, a intervenciones de psicología sanitaria de la asociación	No tener capacidad y comprensión lectora
Presentar una puntuación entre 5 y 15 (incluidos) en el Inventario de Depresión de Beck (versión 13 ítems)	Presentar síntomas avanzados que comprometan la comunicación verbal

La selección de la muestra se realiza mediante el muestreo no probabilístico de conveniencia o selección intencionada, siguiendo los criterios anteriormente expuestos. Este tipo de muestreo “consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo. En este tipo de muestreos la representatividad la determina el investigador de modo subjetivo” <sup>37</sup>.

La muestra se conforma por un total de 12 usuarios. El tamaño de la muestra viene determinado por la metodología empleada, ya que se realiza un diseño fenomenológico dentro de la metodología mixta, caracterizado por un tamaño muestral de entre 10 y 15 sujetos <sup>38</sup>; además del enfoque cuasiexperimental, en el que al no existir grupo de comparación, se emplean herramientas que evalúan el cambio producido en cada usuario antes y después de la intervención; del mismo modo que en este tipo de estudios, se suele intervenir con grupos de usuarios ya formados. Por ello, los usuarios seleccionados mediante esta técnica de muestreo no son estadísticamente significativos de una población; no obstante, el muestreo no probabilístico tiene gran utilidad en diseños en los que la elección de los participantes presenta características específicas de interés para la investigación <sup>33</sup>.

La elección de los participantes no se lleva a cabo al azar, sino que son seleccionados conjuntamente por la psicóloga de la asociación y la investigadora, considerando la idoneidad de participación de cada usuario que cumpla los criterios de inclusión y exclusión, valorando preferiblemente la pertenencia a grupos homogéneos ya formados (usuarios que se conozcan entre sí y que acudan o hayan acudido a intervenciones grupales juntos, con respecto a alguna modalidad de rehabilitación que ofrezca la asociación) y según la información de relevancia para el desarrollo del proyecto, obtenida mediante registros del equipo de rehabilitación, datos de la historia clínica e informes médicos de los usuarios; así, se evidencia que los participantes que conforman el proyecto se seleccionan por interés.

## 6.5 Variables

Las variables a tener en cuenta para analizar son las siguientes:

- Sexo: hombre, mujer
- Edad
- Estado civil: casado/a, soltero/a, viudo/a, separado/a, divorciado/a
- Nivel educativo: sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, estudios superiores
- Núcleo de convivencia: vive solo/a, vive en pareja, vive con familiares, otro
- Participación en actividades de ocio (analizados antes y después): Sí, No
- Puntuaciones en escalas de valoración antes y después de la intervención:
  - Puntuación depresión (antes y después)
  - Puntuación independencia en AIVD (antes y después)
  - Puntuaciones dimensiones calidad de vida (antes y después): dolor corporal, vitalidad, salud general, salud mental, funcionamiento físico, funcionamiento social, rol emocional, rol físico, cambio de estado de salud en el tiempo

## 6.6 Recogida de datos

Las herramientas e instrumentos destinados a la obtención de información son los siguientes:

### 6.6.1 Enfoque cualitativo

La metodología cualitativa se lleva a cabo mediante un enfoque fenomenológico, caracterizado por investigar “cuestiones de significado: explicar la esencia de las experiencias de los actores” <sup>39</sup>. De esta forma, se emplea la entrevista semi-estructurada para obtener las perspectivas subjetivas de cada usuario. También se emplean otras técnicas cualitativas complementarias, en este caso la observación.

Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (OPHI-II). Entrevista semiestructurada y narrativa de vida

La OPHI-II (segunda versión), es una herramienta desarrollada por Kielhofner y sus colaboradores, siendo un método estructurado para recopilar información vinculado al Modelo de Ocupación Humana. Está formada por tres partes, siguiendo una perspectiva mixta; las partes cualitativas constan de una entrevista semiestructurada inicial para explorar la historia de vida ocupacional de la persona y un gráfico de narrativa de vida final que destaca las características más reseñables de la historia de vida. En cuanto a la entrevista semiestructurada, la OPHI-II proporciona una serie de preguntas recomendadas para obtener la información de interés necesaria de cada una de las siguientes cinco áreas (rutina diaria, roles ocupacionales, elecciones de actividad/ocupación, eventos críticos en la vida e influencias ambientales). Estas preguntas son muy flexibles, siendo fácilmente adaptables a cada usuario. Con respecto al gráfico de narrativa de vida, este es completado por el terapeuta ocupacional tras la entrevista, realizando una pendiente de narrativa de vida de la persona que refleje los eventos más críticos de su historia de vida en relación a la identidad y competencia ocupacional

40 .

Se selecciona este modelo de entrevista para este proyecto porque ahonda en la situación pasada, presente y futura de la persona, lo cual nos permite recoger una gran cantidad de información sobre el desempeño ocupacional que favorezca la intervención basada en la reminiscencia.

Observación

La observación de la investigadora es abierta, los participantes son conscientes de formar parte de la investigación y participante, interactuando con los usuarios a lo largo de la intervención, con el objeto de obtener “vivencias de primera mano”<sup>39</sup>. La observación a los usuarios se lleva a cabo durante la implementación de la intervención.

### 6.6.2 Enfoque cuantitativo

Con respecto a la metodología cuantitativa, se emplean las siguientes escalas de valoración, administradas todas ellas a los usuarios. Con respecto a la Escala de Deterioro Global de Reisberg, no se considera una técnica de recogida de datos para este proyecto, pues sólo se emplea como criterio de exclusión para la selección de la muestra, es decir no se va a emplear ni en la evaluación ni en la reevaluación.

#### Inventario de Depresión de Beck 13 ítems (BDI-SF)

Este instrumento forma parte de los criterios de inclusión para participar en el programa, por lo que se administra antes de la evaluación. De esta forma, aunque no se administre en la evaluación, si se lleva a cabo en la reevaluación para valorar el cambio producido en los usuarios tras la intervención.

El Inventario de Depresión de Beck, cuya primera versión data del año 1961 y sus posteriores versiones revisadas de 1978 y 1996, es un instrumento autoaplicado que evalúa la sintomatología depresiva en la población general, siendo empleado tanto en la práctica clínica como en investigación <sup>41</sup>. En estas tres versiones, la escala cuenta con 21 ítems y la más empleada es la de 1978. A partir de esta versión, se realizaron dos versiones abreviadas, siendo una de ellas la denominada versión breve (BDI-SF, short form), que consta de 13 ítems; esta versión reducida evalúa con más rapidez la sintomatología depresiva en las personas, siendo especialmente adecuada para determinar la gravedad de la depresión en usuarios que presenten enfermedades médicas <sup>42</sup>.

#### OPHI-II. Escalas de puntuación

La parte cuantitativa de la OPHI-II consta de un instrumento de puntuación que evalúa las siguientes tres escalas (identidad ocupacional, competencia ocupacional y los ambientes de comportamiento ocupacional), con 29 ítems en total. Estas se cubren por el terapeuta ocupacional, posteriormente a la entrevista y antes de realizar la narrativa

de vida, pues nos permiten medir las debilidades y potencialidades de la persona en cada una de las escalas <sup>40</sup>.

### Escala de Lawton y Brody

El índice de Lawton y Brody es un instrumento desarrollado en 1969 para evaluar la autonomía física y AIVD en personas mayores. Actualmente es un instrumento muy utilizado en el ámbito gerontológico para medir la independencia en AIVD, pues está compuesto de 8 ítems que permiten valorar la capacidad de llevar a cabo tareas y actividades sociales cotidianas de forma independiente. La escala puede administrarse en un interrogatorio a los usuarios; se recomienda que la puntuación se obtenga a partir de información directa. En algunos casos, se puede obtener la información a través de familiares o cuidadores <sup>16</sup>. Se debe indicar que esta herramienta evalúa en gran medida tareas domésticas, por lo que su puntuación puede influir por el contexto en el que se aplica, debido a que estas AIVD están mayormente ligadas al rol femenino en esta cultura. De esta forma, se evalúan las actividades de interés de cada individuo y de su independencia al realizarla antes y tras la intervención.

### Listado de Intereses Modificado

El Listado de Intereses originario data del año 1969, y fue desarrollado por Matsutsuyu. En 1983, Kielhofner y Neville introducen cambios en el instrumento, dando lugar al Listado de Intereses Modificado. Está formado por un total 68 ítems referidos a actividades de ocio y tiempo libre en los que los usuarios pueden indicar su nivel de interés actual y en el pasado de cada actividad, así como si participan en las actividades o les gustaría participar en un futuro <sup>40</sup>.

Esta herramienta se emplea como método para conocer los intereses de ocio de cada usuario. De especial relevancia para el proyecto serán aquellas cinco actividades que seleccionen como de mucho interés (en los últimos 10 años, en el presente o en ambos) y de interés en el futuro, es decir los cinco ítems que consideren más significativos.

Posteriormente, se analiza el nivel de participación en cada una de las actividades seleccionadas antes y tras la intervención.

### Cuestionario de Salud SF-36

El Cuestionario de Salud SF-36 es un instrumento que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud. Está formado por un total de 36 ítems, agrupados en 9 dimensiones diferentes, referidos a la calidad de vida y aspectos relacionados con la salud de la población (dolor corporal, vitalidad, salud general, salud mental, funcionamiento físico, funcionamiento social, rol emocional, rol físico, cambio del estado de salud en el tiempo). Su adaptación al español fue realizada en 1995 y, actualmente, es uno de los instrumentos más empleados por su alta fiabilidad y validez. Por otra parte, el uso del cuestionario SF-36 es recomendable en personas mayores de 60 años no institucionalizados, por su rápida administración y fácil comprensión; la herramienta permite obtener una puntuación de cada dimensión, que se establece en un rango entre 0 (peor estado de salud) y 100 (mejor estado de salud) <sup>16</sup>.

## **6.7 Fases del estudio**

### **6.7.1 Fase I: Aproximación a ámbito de estudio**

Inicialmente, se lleva a cabo una entrevista informal con la psicóloga, para conocer y obtener información de la asociación, así como de las intervenciones que se llevan a cabo en la misma, lo cual permite facilitar y dar a conocer el diseño del proyecto que se pretende implantar y el inicio del establecimiento de alianzas con la profesional. Esta información se detalla en el apartado 6.3 vinculado al ámbito de estudio.

### **6.7.2 Fase II: Toma de contacto con el centro y el equipo**

La investigadora realiza una toma de contacto inicial con el centro, en la que se planifica establecer una reunión con la gerencia de la asociación. En la misma, se hace entrega de la solicitud para llevar a cabo el proyecto como terapeuta ocupacional, en la que se incluye la hoja con la información sobre el proyecto a implantar en el centro (APÉNDICE III).

Posteriormente, se lleva a cabo una reunión con el equipo de profesionales que llevan a cabo las intervenciones individuales y grupales de rehabilitación en la asociación (fisioterapeutas, logopedas y psicóloga); en la que se expone el motivo, la idoneidad, los objetivos y las características del proyecto, así como la relevancia de la TO en el mismo.

Con el objeto de seleccionar a los participantes idóneos para el proyecto, se programan varias reuniones con la psicóloga, tal y como se detalla en el siguiente apartado.

### **6.7.3 Fase III: Selección de participantes. Toma de contacto con usuarios y familiares**

Como se ha indicado, la selección de la muestra se realiza mediante muestreo no probabilístico de conveniencia.

Para cumplir los criterios, la psicóloga de la asociación administra la escala BDI-SF como criterio de inclusión y la Escala de Deterioro Global de Reisberg como criterio de exclusión. Por otro lado, para excluir a los usuarios con síntomas avanzados a nivel comunicativo oral, la investigadora revisa principalmente las historias clínicas, así como informes y registros aportados por el equipo de rehabilitación. Posteriormente, se valora junto a la psicóloga la idoneidad de participación de cada usuario que cumpla dichos criterios, así como las características de interés (ver apartado 6.4), y de este modo, obtener el tamaño muestral de 12 usuarios que participan en el proyecto.

Se decide que la psicóloga administre las escalas citadas y colabore en la selección de la muestra, para fomentar las alianzas entre las disciplinas y porque según el muestreo empleado, es favorable ser una figura próxima a los usuarios, tal y como lo es la psicóloga en este caso.

Una vez seleccionada la muestra, se establece una reunión con cada usuario, dando opción a los mismos de ser acompañados por familiares o personas allegadas que tengan contacto habitual con la asociación; estas se llevan a cabo de modo individual, lo que hace un total de 12 reuniones.

En la misma, se hace entrega de la hoja de información (APÉNDICE IV) y el consentimiento informado (APÉNDICE V) a los usuarios para poder participar en el proyecto. Por otro lado, debido a que la asociación no cuenta con terapeuta ocupacional, durante las reuniones la investigadora realiza una explicación sencilla de la disciplina, incluyendo los principios básicos de la TO y su contribución a la salud, a los usuarios y a los familiares que acudan. Esto se considera un aspecto relevante, ya que nos permite establecer una toma de contacto y acercamiento con los usuarios y familiares y ayudarles a resolver dudas iniciales, pues es probable que al no contar con servicio de TO, nunca hayan recibido intervención desde la disciplina.

Por otro lado, la investigadora realiza una hoja de registro por participante en la que se apuntan los datos relevantes de cada uno a lo largo de toda la intervención. Entre ellos destacan datos médicos de relevancia y datos de registros del equipo de rehabilitación de la asociación, que permite contar con información relevante y actualizada sobre el estado de salud y el progreso de los síntomas de la enfermedad de los usuarios, que pueden influir en el desarrollo de la intervención. Además, también se incluye información sobre lo observado en las sesiones, incidiendo en la evolución de cada usuario con respecto al desempeño ocupacional de las áreas evaluadas; (la observación se lleva a cabo del modo expresado en el apartado 6.6.1). Asimismo, si es necesario, también se registran las modificaciones que ocurran en la implementación de algunas actividades; de este modo se garantiza una evaluación continua. Estos datos serán confidenciales, manteniendo el anonimato de todos ellos a través de un código (APÉNDICE VI).

### **6.7.4 Fase IV: Evaluación**

La evaluación que se lleva a cabo en el proyecto se divide en dos partes; inicialmente la investigadora realiza la evaluación mediante las siguientes escalas de valoración, correspondientes al enfoque cuantitativo, las cuales se describen en el apartado 6.6.2 correspondiente a la recogida de

datos. La administración de las escalas a los usuarios se lleva a cabo con el siguiente orden:

1. Escala Lawton y Brody
2. Listado de Intereses Modificado
3. Cuestionario de Salud SF-36

En la segunda parte de la evaluación, se lleva a cabo la administración de la herramienta OPHI-II de modo individual con cada usuario. Como se ha indicado, la OPHI-II consta de una entrevista semiestructurada, una escala de puntuación cuantitativa y un gráfico de narrativa de vida. Este es el orden de aplicación de la OPHI-II, siendo tanto la escala de puntuación como el gráfico de vida, cubiertos por la investigadora; de este modo, con cada usuario solo se realiza la entrevista, y en base a la información obtenida de la misma, se completan las dos últimas partes de la herramienta.

La duración aproximada de la administración de la entrevista con cada usuario es de 45 a 60 minutos<sup>40</sup>; no obstante, esta puede administrarse en varios días con aquellos usuarios en que se estime oportuno, dando opción en todo momento a los usuarios de realizar las entrevistas en más de una sesión.

En base al establecimiento de la evaluación, se determina comenzar con la administración de escalas de valoración por su rapidez y sencillez, lo que fomenta el inicio de la relación terapéutica, pues la entrevista requiere un mayor compromiso y tiempo, considerando el estado de vulnerabilidad en el que se encuentran estas personas; por lo que debe ser administrada en el momento en el que el usuario se sienta más cómodo y con mayor confianza, además de considerar la presencia de la fatiga, característica de personas con EP, cómo se ha visto en el apartado de antecedentes.

### **6.7.5 Fase V: Planificación e implementación de la intervención**

La planificación de la intervención se establece en base a la información aportada por los usuarios durante la evaluación, considerando las

necesidades e intereses ocupacionales de cada uno, que proceden de la administración de la entrevista y las escalas; por otro lado, la aplicación de la entrevista también permite conocer cómo la presencia de la EP y los síntomas depresivos influyen en el desempeño ocupacional de cada persona; por ello, esto se considera una intervención de revisión de vida dentro de la propia evaluación, que proporciona información relevante para diseñar una intervención destinada a fomentar la calidad de vida basada en la reminiscencia.

Tanto la planificación como la intervención la lleva a cabo la terapeuta ocupacional (en este caso la investigadora), en consenso con los usuarios.

Se planifica una implementación de intervenciones grupales a lo largo de 4 meses durante 3 días a la semana y con una duración por sesión de 45 minutos. Se establecen 3 grupos de 4 usuarios, interviniendo una vez a la semana con cada grupo: (lunes – grupo 1, miércoles – grupo 2, viernes – grupo 3). Los motivos para realizar grupos pequeños son: la presencia de tan solo una terapeuta ocupacional para implementar las sesiones, siendo a su vez la investigadora; buscar fomentar la participación activa de todos los miembros del grupo y dividir a los usuarios en función de las necesidades e intereses comunes, para permitir llevar a cabo intervenciones grupales significativas para todos, lo que promueve una mayor cohesión en el grupo.

Por otro lado, la distribución del tiempo de las intervenciones puede variar en función de las necesidades de cada usuario y del grupo, pudiendo verse aumentada o reducida, según la disponibilidad de horarios del recurso.

Al inicio de cada sesión y al finalizar cada una de ellas, se comunica y se consensua con los usuarios las intervenciones llevadas a cabo a lo largo de cada semana.

Las intervenciones llevadas a cabo a lo largo de los 4 meses se agrupan en las siguientes 3 categorías de actividades:

**Reminiscencia mediante comunicación oral:**

Este tipo de actividades promueven la participación social entre los usuarios y ayudan a crear un ambiente de confianza, no solo entre todos los participantes, sino también entre el grupo y la investigadora. Las actividades representativas que se incluyen dentro de esta categoría son:

- Diferencias entre pasado y presente: se introducen temáticas generales vinculadas al ocio, a las AIVD y a la cultura tradicional (por ejemplo; antiguas y nuevas formas de ocio, evolución de las nuevas tecnologías, modos de cocinar, etc.), para que los usuarios debatan sobre cómo estas han cambiado desde su juventud hasta la etapa actual, y si perciben ese cambio positiva o negativamente.
- Objetos e imágenes del pasado: cada usuario expone en conjunto con el grupo aspectos de su historia de vida que se relacionan con fotografías y/o objetos que traen a estas sesiones y que son significativos para los mismos, especialmente aquellos referidos a ocupaciones (imágenes de su época de trabajo, objetos vinculados al ocio, etc.). En el caso de que algún usuario no disponga o no quiera traer objetos, se imprimen imágenes vinculadas a las ocupaciones que formaron parte de su historia vital (por ejemplo, imágenes de juegos que formaron parte de su infancia).

**Reminiscencia mediante nuevas tecnologías:**

Se emplean los siguientes programas en el ordenador, los cuales son proyectados para que el grupo pueda seguir la sesión con mayor facilidad y fomentar la participación social, mientras la investigadora maneja el ordenador:

## Ocupación y reminiscencia en personas con síntomas depresivos y EP

- Google Maps: con cada usuario se lleva a cabo un repaso de los entornos físicos y lugares que forman parte de su historia de vida, relatando las experiencias con los miembros de su grupo.
- YouTube: visionado de vídeos, especialmente musicales, que los usuarios consideran significativos para su historia de vida.
- Páginas web y otros contenidos multimedia: destaca el visionado de documentales o lectura de noticias vinculadas a la sociedad y a la cultura del pasado en la que los usuarios vivieron.

### **Reminiscencia mediante ocupaciones significativas:**

El mayor número de sesiones se corresponden con actividades de esta categoría. Se llevan a cabo las siguientes sesiones:

- Entrenamiento de actividades de ocio que se obtengan de la escala Listado de Intereses Modificado y que hayan realizado en su pasado, tanto a nivel individual o grupal; buscando a lo largo de estas sesiones la independencia de los usuarios en las mismas, así como el incremento de la participación social.
- Asesoramiento sobre productos de apoyo (PA) y técnicas de conservación de energía para realizar ocupaciones de ocio y AIVD en el presente y futuro próximo.
- Planificación y cronograma de actividades de ocio y AIVD para que sean generalizados a la vida cotidiana de los usuarios. Con este aspecto se trabaja especialmente a nivel educacional, proponiendo la realización de horarios, asesorando sobre la distribución de los mismos, buscando que estas ocupaciones resulten lo más satisfactorias, beneficiosas y significativas posible.

### **6.7.6 Fase VI: Reevaluación**

En la reevaluación, la investigadora vuelve a administrar las siguientes escalas pertenecientes al enfoque cuantitativo, y de este modo observar los cambios producidos antes y después de la intervención:

1. Lawton y Brody
2. Listado de Intereses Modificado
3. Cuestionario de Salud SF-36

Por otro lado, en la reevaluación también se pasa la escala BDI-SF; al igual que en esa fase, la escala la vuelve a administrar la psicóloga. La relevancia de pasar la BDI-SF, a pesar de no evaluar aspectos vinculados a las ocupaciones, es conocer si una intervención basada en la ocupación significativa influye positivamente en la disminución de los síntomas depresivos en los usuarios, y por lo tanto, determinar si permite fomentar la calidad de vida.

### **6.8 Análisis de datos**

El análisis de datos se lleva a cabo en función de la metodología empleada.

En cuanto a la metodología cualitativa, se realiza la transcripción de las entrevistas de modo literal, de las cuales se han obteniendo los datos de forma auditiva mediante una grabadora. Esta información se organiza en unidades temáticas y, posteriormente, se produce la categorización de los datos, de acuerdo al enfoque inductivo, en el que las categorías emergen a partir de la información aportada por los entrevistados <sup>43</sup>, para finalmente obtener los resultados.

El análisis cuantitativo se realiza en el programa estadístico IBM SPSS Statistics (versión 24.0). En primer lugar se lleva a cabo un análisis descriptivo de las variables cuantitativas del estudio, analizando las medidas de tendencia central: media y mediana; además de las medidas de dispersión de desviación típica, mínimo y máximo. Las variables cualitativas se analizan como frecuencia absoluta y porcentaje.

Para obtener las comparaciones de las medias de las muestras relacionadas en un solo grupo, es decir, de cada variable correspondiente a las escalas de puntuación, que se administran antes y después la intervención, se realiza la prueba de rangos de Wilcoxon, la cual se trata de una prueba no paramétrica en una distribución no normal<sup>44</sup>.

Finalmente, se analizan los resultados obtenidos que se reflejan en un informe final para su posterior publicación.

### **6.9 Aplicabilidad y transferencia**

El presente proyecto permite determinar la relevancia de las terapias de reminiscencia y revisión de vida desde un enfoque ocupacional, en un ámbito distinto al de su aplicación más frecuente (personas con demencia, especialmente EA). Mediante el desarrollo de este proyecto en población con EP y síntomas depresivos asociados sin alteración cognitiva, se pretende demostrar si adoptar una perspectiva desde TO en estas intervenciones, fomenta el desempeño ocupacional de estas personas y, por tanto, justifica el papel de la disciplina en las mismas.

En función de los resultados, la intervención con estas terapias desde TO, podría ser generalizada a asociaciones o instituciones dirigidas a personas con EP y extrapolada a poblaciones con otras enfermedades crónicas, donde la sintomatología depresiva sea característica, y así poder validar su aplicación.

Por otro lado, destaca la pertinencia de establecer alianzas entre el equipo de rehabilitación para intervenir en terapias de reminiscencia, especialmente en los ámbitos de psicología, TO y logopedia. Considerando personas mayores con EP, una intervención conjunta de las disciplinas en diferentes fases en esta terapia, permitiría fomentar de modo más global la mejora a nivel psicosocial y de aspectos cognitivos, conductuales y emocionales (más vinculados a la disciplina de psicología), además de promover la comunicación oral (logopedia) y, desde TO, retomar ocupaciones significativas para los usuarios.

Finalmente, algunas técnicas vinculadas a estas terapias podrían ser aplicadas para fomentar el bienestar a nivel familiar, incluyendo sesiones conjuntas entre las personas mayores usuarias y miembros de su entorno social.

### 6.10 Criterios de rigor

Teniendo en cuenta la metodología que sigue el proyecto, se establecen los siguientes criterios de rigor, propios de la metodología cualitativa:

- **Credibilidad:** los resultados obtenidos son veraces y se identifican con las propias experiencias de los participantes, siendo el significado de esas experiencias comprendido por la investigadora. Este criterio exige transmitir fielmente las interpretaciones de los usuarios.
- **Confirmabilidad:** se refiere al compromiso para informar de las posibles influencias y sesgos que ocurran, derivados de la posición de subjetividad de la investigadora, los cuales tratarán de ser disminuidos mediante el análisis y registro continuado de los mismos.
- **Transferibilidad:** el proceso llevado a cabo a lo largo de la investigación es descrito con detalle para que pueda ser aplicado en poblaciones correspondientes a otros contextos<sup>33,38</sup>.

### 6.11 Limitaciones del estudio

Se incluyen como posibles limitaciones del estudio las siguientes:

- Escasez de personas que quieran participar en el proyecto o existencia de numerosas bajas a lo largo del mismo, considerando el tamaño de la muestra.
- Falta de sinceridad de los usuarios en la administración de las herramientas destinadas a la recogida de datos.
- No contar con otro terapeuta ocupacional a lo largo de la intervención que permita llevar a cabo un mayor número de sesiones

- Poca evidencia de las terapias de reminiscencia y revisión de vida desde la disciplina de TO.
- Ausencia de grupo control para contrastar los resultados obtenidos.
- Considerar efecto Hawthorne; los usuarios son conscientes de formar parte de la investigación, lo cual puede influir en su comportamiento <sup>35</sup>.

### **7 Plan de Trabajo**

El periodo de estudio comprende 12 meses, desde agosto de 2018 a julio de 2019; no obstante este no es definitivo, pues puede verse alterado en función de las necesidades de los usuarios y la asociación.

La entrada al campo viene marcada por la primera aproximación, la entrevista con la psicóloga, la cual viene motivada con el objeto de obtener información sobre el centro y el funcionamiento del equipo, así como para dar a conocer el proyecto y el papel de la TO en recursos destinados a población cómo la que forma parte de la asociación.

Para llevar a cabo cada fase del proyecto, se coordinan los horarios con el resto del equipo, para evitar coincidir con las demás intervenciones que reciben los usuarios. Se especifica, a continuación, la duración de cada fase del proyecto en la Tabla II.

Ocupación y reminiscencia en personas con síntomas depresivos y EP

Tabla III. Cronograma. Fuente: Elaboración propia

Fases del proyecto	2018					2019						
	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
Búsqueda bibliográfica	■	■	■	■	■							
Entrevista inicial y contacto con centro	■	■										
Selección de la muestra			■									
Evaluación				■	■							
Planificación de la intervención					■							
Implementación de la intervención						■	■	■	■			
Reevaluación										■		
Análisis de resultados											■	
Elaboración informe final y publicación											■	■

## 8 Aspectos éticos

Se garantizará el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal <sup>45</sup>; por la que los datos de los participantes del proyecto serán confidenciales y anónimos con el objeto de respetar y proteger la intimidad de los mismos. Asimismo, se considerará el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, del 27 de abril de 2016, para el tratamiento, comunicación y cesión de sus datos.

Se solicita el consentimiento de la Asociación Parkinson Galicia-Coruña para poder implantar el presente proyecto (APÉNDICE III).

Por otro lado, se entrega la hoja de información sobre el proyecto a cada participante (APÉNDICE IV), además de solicitar el consentimiento informado a los usuarios para participar en el estudio, incidiendo en los aspectos vinculados a la obtención y conservación de los datos correspondientes a los participantes (APÉNDICE V). Los mismos se corresponden con los modelos de documentos de consentimiento para estudios con recogida de datos, presentes en la Red Gallega de Comités de Ética de la Investigación.

Debido al hecho de realizar el presente proyecto de investigación con seres humanos, se respetará la Declaración de Helsinki, incidiendo especialmente en los siguientes principios generales del documento: artículos 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 14; así como en los aspectos vinculados a la privacidad, confidencialidad y consentimiento de los usuarios: artículos 24, 25 y 26 <sup>46</sup>.

Además, se considerará el Código de Ética de la WFOT, el cual se centra en las prácticas y responsabilidades éticas de los terapeutas ocupacionales <sup>47</sup>.

Finalmente, se cumplirán las normas y códigos éticos de la Asociación Parkinson Galicia-Coruña.

## **9 Plan de difusión de resultados**

Los resultados obtenidos serán difundidos a través de los siguientes medios.

Publicación en las siguientes revistas científicas:

- American Journal of Occupational Therapy. Factor de impacto 2016: JCR 2.053 (Q1).
- British Journal of Occupational Therapy. Factor de impacto 2016: JCR 0.601 (Q4).
- Aging & Mental Health. Factor de impacto 2016: JCR 2.658 (Q2).
- International Psychogeriatrics. Factor de impacto 2016: JCR 2.423 (Q3).
- International Journal of Neuroscience. Factor de impacto 2016: JCR 1.750 (Q4).

A pesar de no contar con factor de impacto, se seleccionan las siguientes revistas por ser de carácter nacional:

- Revista de Terapia Ocupacional Galicia.
- Revista Psicogeriatría de la Sociedad Española de Psicogeriatría.

Exposición en los siguientes congresos:

- Congreso Internacional de la Sociedad Gallega de Gerontología y Geriatría, de carácter anual.
- Congreso Nacional de Psicogeriatría (SEPG), de carácter anual.
- 12th International Congress on Non-Motor Dysfunctions in Parkinson's Disease and Related Disorders. Sevilla, España. Pospuesto para el año 2019.
- 2020 International Neuropsychological Society World Congress. Viena, Austria. 1-4 Julio, 2020.

- XVIII Congreso de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT). París, Francia. 2022

## **10 Financiación de la investigación**

### **10.1 Recursos necesarios**

Infraestructura: Se desarrolla en las instalaciones de la Asociación Parkinson Galicia-Coruña, por lo que no implica ningún gasto.

Recursos humanos: El centro no cuenta con la figura del terapeuta ocupacional, por lo que la investigadora asume este rol, llevando a cabo todas las fases del proyecto, contando con el apoyo de la directora del proyecto en aspectos metodológicos para alcanzar una mayor calidad en la ejecución del trabajo. Por otro lado, se incluye la figura de la psicóloga de la asociación para colaborar con la investigadora en la selección de la muestra y valoración de la sintomatología depresiva de los usuarios.

Recursos materiales: Se incluye el material fungible e inventariable necesario para el desarrollo del proyecto, diferenciando aquel disponible del necesario.

Viajes y dietas: Se incluye la suscripción a los congresos y los desplazamientos.

Se especifican los recursos disponibles y necesarios, así como los precios totales para el proyecto en la Tabla III:

## Ocupación y reminiscencia en personas con síntomas depresivos y EP

Tabla IV. Financiación de la investigación. Fuente: Elaboración propia

	Recursos disponibles	Recursos necesarios	Precio
<b>Infraestructura</b>	Instalaciones Asociación Parkinson Galicia Coruña		0 euros
<b>Recursos humanos</b>	Psicóloga	Terapeuta ocupacional (investigadora)	1221,35* euros x 12 meses <b>14656,2 euros</b>
<b>Recursos materiales: (fungible, inventariable)</b>	Fungible: Material oficina: bolígrafos, lápices, folios, carpetas archivadoras, etc.	Fungible: Tinta (1 cartucho)	<b>20 euros</b>
		Material intervención (ocio, cocina, PA)	<b>400 euros**</b>
	Inventariable: Impresora Proyector	Inventariable: Ordenador + Cable HDMI	<b>474 euros</b>
<b>Viajes y dietas</b>		Suscripciones congresos + Desplazamientos	<b>2840 euros</b>
<b>Otros</b>	Internet	Consumo teléfono móvil	<b>384 euros</b>
<b>TOTAL</b>			<b>18774,2 euros</b>

\* Extraído de tablas salariales para centros de atención especializados del Boletín Oficial del Estado (BOE). \*\* Presupuesto máximo estimado (el material depende de las necesidades de los usuarios).

## 10.2 Posibles fuentes de investigación/financiación

### Fuentes públicas

Xunta de Galicia: *“Subvencions, en réxime de concorrencia competitiva, ás entidades privadas sen ánimo de lucro para a realización de programas de carácter sociosanitario”*. Convocatoria de subvenciones para desarrollar programas de actividades de rehabilitación en grupos con necesidades sociosanitarias, entre ellos personas con EP.

### Fuentes privadas

Fundación Mapfre: *“Ayudas a la investigación de Ignacio H. de Larramendi”*. Convocatorias de carácter anual para ayudar a investigadores del ámbito académico o profesional, a implantar programas de investigación de las siguientes dos áreas: seguro y previsión social, promoción de la salud. Para esta última, el importe máximo es de 48.000 euros.

Obra Social “La Caixa”: *“Proyectos de iniciativas sociales. Promoción de la autonomía personal y atención al envejecimiento, a la discapacidad y a la enfermedad”*. Convocatorias de carácter anual para ayudar a organizaciones sin ánimo de lucro a desarrollar proyectos destinados a personas en un estado de vulnerabilidad social, promoviendo la calidad de vida. El importe máximo de estas ayudas, en el caso de que sean solicitadas por una sola entidad, es de 40.000 euros.

### **Agradecimientos**

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi tutora Elena su colaboración a lo largo de estos meses.

A mis compañeros con los que he compartido estos cuatro años de aprendizaje.

A Eva, Uxía, Isabel y Salomé por poder vivir esta experiencia con ellas y por su apoyo y amistad. .

A mi familia por su comprensión y ánimos a lo largo de este proceso.

# Apéndices

APÉNDICE I. Listado de acrónimos

TO: Terapia Ocupacional

EA: Enfermedad de Alzheimer

WFOT: Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (World Federation of Occupational Therapists)

PS: Participación Social

AVD: Actividades de la Vida Diaria

EP: Enfermedad de Parkinson

TCC: Terapia Cognitivo Conductual

AOTA: Asociación Americana de Terapia Ocupacional (American Occupational Therapy Association)

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

TCl: Trastornos de Control de Impulsos

OPHI-II: Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional

BDI-SF: Inventario de Depresión de Beck, versión reducida (Beck Depression Inventory, short form)

PA: Productos de Apoyo

APÉNDICE II. Estrategia de Búsqueda

- Apartado 1

Base de datos	Búsqueda	Resultados obtenidos	Resultados seleccionados
PsycInfo	<i>“occupational therapy” AND (reminiscence OR “reminiscence therapy” OR “life review”)</i>	21	4
Web of Science	<i>Tema: (“occupational therapy”) AND Tema: (reminiscence OR “reminiscence therapy” OR “life review”)</i>	16	2
Scopus	<i>(TITLE-ABS-KEY (“occupational therapy” AND TITLE-ABS-KEY (reminiscence OR “reminiscence therapy” OR “life review”)))</i>	18	1
PubMed	<i> (“occupational therapy” [tiab] AND (reminiscence [tiab] OR “reminiscence therapy” [tiab] OR “life review” [tiab]))</i>	4	0

## Ocupación y reminiscencia en personas con síntomas depresivos y EP

- Apartado 2

Base de datos	Búsqueda	Resultados obtenidos	Resultados seleccionados
PsycInfo	<i>"occupational therapy" AND "parkinson disease"</i>	95	3
Web of Science	<i>Tema:("occupational therapy") AND Tema:("parkinson disease")</i>	22	0
Scopus	<i>(TITLE-ABS-KEY ("occupational therapy") AND TITLE-ABS-KEY ("parkinson disease"))</i>	181	2
PubMed	<i>("occupational therapy" [tiab]) AND "parkinson disease" [tiab]</i>	14	0

- Apartado 3

Con los siguientes descriptores y operadores booleanos no se ha obtenido ningún resultado en las bases de datos:

*"occupational therapy" AND "parkinson disease" AND (depression OR "depressive symptoms") AND ("reminiscence therapy" OR "life review")*

APÉNDICE III. Solicitud y hoja información centro

A la atención de la Asociación Parkinson Galicia-Coruña:

Eva Meizoso Torres, con DNI \_\_\_\_\_, alumna de 4º curso de Grado de Terapia Ocupacional, solicita realizar el Trabajo de Fin de Grado (TFG) en la Asociación Parkinson Galicia-Coruña (A Coruña).

El título del estudio es: "La ocupación en la terapia de reminiscencia en personas mayores con síntomas depresivos y enfermedad de Parkinson".

El objetivo principal del estudio consiste en llevar a cabo un programa de Terapia Ocupacional basado en la terapia de reminiscencia y revisión de vida con los usuarios de la asociación, para fomentar su participación en actividades de la vida diaria, ocio y participación social. La duración del estudio se corresponderá con una duración aproximada de un año.

Considerando que el centro no cuenta con la figura del terapeuta ocupacional, realizar este estudio podrá suponer una toma de contacto con la disciplina y poder valorar sus efectos con los participantes del mismo.

El estudio será tutorizado por la terapeuta ocupacional y docente de la Universidad de A Coruña, Elena Viqueira Rodríguez.

Atentamente,

Eva Meizoso Torres.

Firma centro:

Firma investigadora:

Fecha:

Fecha:

## APÉNDICE IV

### HOJA DE INFORMACIÓN AL/A LA PARTICIPANTE

**Título del estudio:** “La ocupación en la terapia de reminiscencia en personas mayores con síntomas depresivos y enfermedad de Parkinson”.

**Investigadora:** Eva Meizoso Torres, con DNI \_\_\_\_\_, alumna de 4º curso del Grado de Terapia Ocupacional en la Universidad de A Coruña.

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar.

Si decide participar en el mismo, deberá recibir información personalizada del investigador, leer antes este documento y realizar todas las preguntas que necesite para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, e 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 opinión retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones.

#### **¿Cuál es el propósito del estudio?**

El objetivo principal de este estudio consiste en desarrollar un programa de intervención desde terapia ocupacional basado en las terapias de reminiscencia y revisión de vida en personas mayores con enfermedad de Parkinson y síntomas depresivos.

#### **¿Por qué me ofrecen participar a mí?**

Se le invita a participar porque cumple con los criterios establecidos en el protocolo de la investigación para poder participar en el estudio.

**¿En qué consiste mi participación?**

Su participación consiste en responder a las preguntas de una entrevista referida a aspectos de su vida en el pasado, presente y futuro; además de responder a diversas escalas de valoración, antes y después de la aplicación del programa, por lo que su participación también consiste en formar parte del proceso de intervención.

**¿Qué inconvenientes tiene mi participación?**

Su participación en el estudio no conlleva ningún riesgo asociado a la misma.

**¿Obtendré algún beneficio por participar?**

Los beneficios que podría obtener por participar en el estudio serán derivados de las intervenciones del propio estudio.

**¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?**

Si Usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

**¿Se publicarán los resultados del estudio?**

Los resultados de este estudio serán utilizados para la elaboración del trabajo de investigación que será remitido 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; del mismo modo que según lo dispuesto por el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016.

## Ocupación y reminiscencia en personas con síntomas depresivos y EP

En todo momento, Usted podrá acceder a sus datos, oponerse, corregirlos o cancelarlos, solicitando ante el investigador.

Solo el equipo investigador, y las autoridades sanitarias, que tienen 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 datos equivalente, como mínimo, a lo exigido por la normativa de nuestro país.

Sus datos serán recogidos y conservados hasta terminar el estudio de modo:

- Codificados, que quiere decir que poseen un código con el que el equipo investigador podrá conocer a quien pertenecen.

### **¿Existen intereses económicos en este estudio?**

El investigador no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio.

Usted no será retribuido por participar.

¿Cómo contactar con el equipo investigador de este estudio?

Usted podrá contactar con Eva Meizoso Torres en el teléfono\_\_\_\_\_ o correo electrónico\_\_\_\_\_

**Muchas gracias por su colaboración**

APÉNDICE V.

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

TÍTULO del estudio: “La ocupación en la terapia de reminiscencia en personas mayores con síntomas depresivos y enfermedad de Parkinson”.

Yo, \_\_\_\_\_

- Leí la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude conversar con Eva Meizoso Torres 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 mis atenciones terapéuticas.
- Acepto que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Accedo a ser grabado/a en audio y así otorgar la información para la recogida de datos.
- Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.

Con respecto a la conservación de los datos, una vez finalizado el estudio:

- Accedo a la conservación de mis datos una vez finalizado el estudio, de los que se seguirá garantizando su confidencialidad
- No accedo a la conservación de mis datos una vez finalizado el estudio.

Fdo.: El/la participante,

Fdo.: El/la investigador/a

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha:

APÉNDICE VI. Hoja de registro

**Código:**

**Fecha:**

**Nº grupo de intervención:**

**Nº Observación:**

- Datos médicos de interés:
  
- Tratamiento actual:
  
- Sintomatología presente:

Información seguimientos equipo rehabilitación. Fechas seguimiento:

---

Psicología	Logopedia	Fisioterapia

Observaciones sesión

--

Incidencias

--

## APÉNDICE VII. Instrumentos para la recogida de datos.

Se muestran, a continuación, las herramientas empleadas por la investigadora para la recogida de datos.

*\*Recordatorio: la psicóloga administra el BDI-SF*

### **Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (OPHI-II).**

- Entrevista semiestructurada

#### RUTINA DIARIA

1. Describa como es un día típico suyo (De semana y de fin de semana).
2. ¿Era su rutina diferente en el pasado?
3. ¿Está usted satisfecho con su rutina actual?
4. ¿Fue su rutina pasada más o menos satisfactoria? ¿Por qué?

#### ROLES OCUPACIONALES

1. Entiendo que usted está jubilado/a. ¿En qué consistía su trabajo? ¿Sigue desempeñando labores que puedan ser entendidas como trabajo? ¿Cuáles son sus responsabilidades en la actualidad?
2. ¿Piensa continuar participando en estas responsabilidades?
3. En sus labores, ¿es capaz de cumplir con las expectativas que otros tienen de usted?
4. ¿Participaba en el pasado de estas labores o en qué tipo de tareas participaba?
5. ¿Existió o existe algún momento de su vida en el cual no pudo manejar sus responsabilidades o tareas o que tuvo que abandonarlas? ¿Cuál fue la razón?
6. *Explorar cada rol relevante en el presente y pasado y realizar las mismas preguntas: Miembro de familia, aficionado...*
7. ¿Le gustaría volver a participar en estos roles en algún momento futuro?

## ELECCIONES DE ACTIVIDAD/OCUPACIÓN

1. ¿Qué cosas se le dan a usted bien?
2. ¿Existen actividades diarias que le resultan difíciles de hacer?
3. ¿Siente por lo general, que realiza a lo largo del día todo lo que tenía previsto hacer?
4. ¿Hay actividades que le gustaría hacer pero no puede? ¿Por qué?
5. ¿Qué son las cosas que disfruta haciendo?
6. ¿Tuvo otros intereses en el pasado?
7. ¿Qué cosas de las que hace son las más importantes para usted?
8. ¿Esto era igual en el pasado?
9. ¿Cuánto tiempo pasa haciendo cosas de su agrado o que para usted son importantes? ¿Esto era diferente antes?
10. ¿Le gustaría cambiar la forma en la que usted utiliza su tiempo?

## EVENTOS CRÍTICOS EN LA VIDA

1. ¿Qué momentos importantes para usted destacaría en su vida?
2. ¿Cómo recuerda los momentos de cambios importantes en su vida?
3. ¿Cuénteme cómo le ha ido en los últimos meses/años. ¿Y anteriormente?
4. ¿Se ve usted de forma diferente ahora que en el pasado?
5. ¿Cómo afronta su futuro?

## INFLUENCIAS AMBIENTALES

1. ¿Cómo se maneja en su casa? ¿Qué actividades desarrolla?
2. ¿Quiénes son las personas más importantes en su vida en este momento?
3. ¿Hay alguna actividad importante para usted que no pueda hacer en su barrio, ciudad? ¿O porque no tiene con quien hacerlo?

*De la información obtenida de la entrevista, la investigadora realiza la Escala de puntuación y el Gráfico de narrativa de vida de la OPHI-II.*

**Escala de Lawton y Brody.**

<b>Capacidad para usar el teléfono</b>	<b>Puntos</b>
Usa el teléfono por iniciativa propia	1
Marca bien algunos números conocidos	1
Capaz de contestar, pero no de marcar	1
No usa el teléfono	0
<b>Compras</b>	
Independiente en compras necesarias	1
Independiente en pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado a comprar	0
Incapaz de comprar	0
<b>Preparación de la comida:</b>	
Organiza, prepara y sirve las comidas	1
Hace las comida si le prestan ingredientes	0
Hace la comida pero no sigue dieta adecuada	0
No prepara ni sirve las comidas	0
<b>Cuidado de la casa:</b>	
Cuida la cosa solo o con ayuda ocasional	1
Realiza tareas ligeras (ej. Lavar platos)	1
Realiza tareas ligeras, pero no mantiene nivel adecuado de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores	1
No participa en ninguna labor de casa	0
<b>Lavado de la ropa:</b>	
Lava por si solo toda su ropa	1
Lava por si solo pequeñas prendas	1
No realiza lavado de ropa	0
<b>Uso de medios de transporte:</b>	
Conduce o viaja solo en transporte público	1
Se desplaza tan solo mediante taxi	1
Viaja en transporte público acompañado	1

## Ocupación y reminiscencia en personas con síntomas depresivos y EP

Utiliza taxi o automóvil con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
<b>Responsabilidad con su medicación:</b>	
Toma su medicación a la hora y dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis se le prepara	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
<b>Manejo de sus asuntos económicos:</b>	
Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1
Realiza compras diarias, pero necesita ayuda en grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0

TOTAL:

Máxima dependencia: 0 puntos

Independencia total: 8 puntos

**Listado de Intereses Modificado**

Actividad	Nivel de interés		¿Participa actualmente en esta actividad?		¿Le gustaría realizarla en el futuro?	
	Últimos 10 años	Último año	SI	NO	SI	NO

Mucho Poco Ninguno Mucho Poco Ninguno

Jardinería									
Coser									
Jugar cartas									
Leer									
Participar en actividades religiosas									
Escuchar radio/música									
Caminar									
Escribir									
Bailar									
Hacer deporte									
Ver TV/Películas									
Juegos de mesa									
Participar en celebraciones familiares									
Conversar									
Cocinar (por placer)									
Ir a festividades locales									
Viajar									
Ir a conciertos									
Hacer actividades artesanales									

## Ocupación y reminiscencia en personas con síntomas depresivos y EP

Cuidar mascotas										
Decorar										
Bailar										
Ir a la peluquería										
Jugar con nietos										
Coleccionar										
Pescar										
Fotografía										
Pintar										
Otros										

**Cuestionario de Salud SF-36**

*Rodee solo una respuesta*

1. En general, usted diría que su salud es:
  - 1. Excelente
  - 2. Muy buena
  - 3. Buena
  - 4. Regular
  - 5. Mala
  
2. ¿Cómo es su salud actual, comparada con la de hace un año?
  - 1. Mucho mejor ahora que hace un año
  - 2. Algo mejor ahora que hace un año
  - 3. Más o menos igual que hace un año
  - 4. Algo peor ahora que hace un año
  - 5. Mucho peor ahora que hace un año
  
3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos?  
***(Ejemplificar)***
  - 1. Sí, me limita mucho
  - 2. Sí, me limita un poco
  - 3. No, no me limita nada
  
4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados?  
***(Ejemplificar)***
  - 1. Sí, me limita mucho
  - 2. Sí, me limita un poco
  - 3. No, no me limita nada
  
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
  - 1. Sí, me limita mucho

## Ocupación y reminiscencia en personas con síntomas depresivos y EP

- 2. Sí, me limita un poco
  - 3. No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
- 1. Sí, me limita mucho
  - 2. Sí, me limita un poco
  - 3. No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
- 1. Sí, me limita mucho
  - 2. Sí, me limita un poco
  - 3. No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
- 1. Sí, me limita mucho
  - 2. Sí, me limita un poco
  - 3. No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
- 1. Sí, me limita mucho
  - 2. Sí, me limita un poco
  - 3. No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varios centenares de metros?
- 1. Sí, me limita mucho
  - 2. Sí, me limita un poco
  - 3. No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar unos 100 metros?
- 1. Sí, me limita mucho
  - 2. Sí, me limita un poco

## Ocupación y reminiscencia en personas con síntomas depresivos y EP

- 3. No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1. Sí, me limita mucho
- 2. Sí, me limita un poco
- 3. No, no me limita nada

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

- 1. Sí
- 2. No

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?

- 1. Sí
- 2. No

15. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

- 1. Sí
- 2. No

16. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

- 1. Sí
- 2. No

17. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional?

## Ocupación y reminiscencia en personas con síntomas depresivos y EP

- 1. Sí
- 2. No

18. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional?

- 1. Sí
- 2. No

19. Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional?

- 1. Sí
- 2. No

20. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales?

- 1. Nada
- 2. Un poco
- 3. Regular
- 4. Bastante
- 5. Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas 4 semanas?

- 1. No, ninguno
- 2. Sí, muy poco
- 3. Sí, un poco
- 4. Sí, moderado
- 5. Sí, mucho
- 6. Sí, muchísimo

22. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado sus tareas?

- 1. Nada
- 2. Un poco
- 3. Regular
- 4. Bastante
- 5. Mucho

23. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Sólo alguna vez
- 6. Nunca

24. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Sólo alguna vez
- 6. Nunca

25. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces

## Ocupación y reminiscencia en personas con síntomas depresivos y EP

- 4. Algunas veces
- 5. Sólo alguna vez
- 6. Nunca

26. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Sólo alguna vez
- 6. Nunca

27. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Sólo alguna vez
- 6. Nunca

28. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Sólo alguna vez
- 6. Nunca

29. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Sólo alguna vez
- 6. Nunca

30. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Sólo alguna vez
- 6. Nunca

31. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Sólo alguna vez
- 6. Nunca

32. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Algunas veces
- 4. Sólo alguna vez

## Ocupación y reminiscencia en personas con síntomas depresivos y EP

- 5. Nunca

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

- 1. Totalmente cierta
- 2. Bastante cierta
- 3. No lo sé
- 4. Bastante falsa
- 5. Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera

- 1. Totalmente cierta
- 2. Bastante cierta
- 3. No lo sé
- 4. Bastante falsa
- 5. Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar

- 1. Totalmente cierta
- 2. Bastante cierta
- 3. No lo sé
- 4. Bastante falsa
- 5. Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente

- 1. Totalmente cierta
- 2. Bastante cierta
- 3. No lo sé
- 4. Bastante falsa
- 5. Totalmente falsa