



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

GRAO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico 2012-2013

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Envejecimiento activo y Terapia Ocupacional:
programa de intervención en un centro de
dinamización social del entorno rural**

Paula Feal Rodríguez

6 de Junio de 2013

Directores del Trabajo de Fin de Grado

Iván de Rosende Celeiro. Terapeuta Ocupacional. Profesor de la Facultade de Ciencias da Saúde. Universidade da Coruña.

Bárbara Mansilla Barreiro. Terapeuta Ocupacional. Profesora de la Facultade de Ciencias da Saúde. Universidade da Coruña.

Índice

1. Resumen	5
2. Antecedentes y estado actual del tema	7
3. Bibliografía	16
4. Hipótesis	21
5. Objetivos	22
5.1. Objetivo general	22
5.2. Objetivos específicos	22
6. Metodología	23
6.1. Tipo de diseño	23
6.2. Período de estudio	23
6.3. Ámbito de estudio	23
6.4. Población de estudio	25
6.5. Programa de intervención	25
6.6. Recogida de información	31
6.7. Análisis de datos	36
6.8. Limitaciones del estudio	37
7. Plan de trabajo	38
8. Aspectos éticos	41
9. Plan de difusión de los resultados	42
10. Financiación de la investigación	44
10.1. Recursos necesarios	44
10.2. Posibles fuentes de financiación	44

Anexos	46
Anexo 1. Carta de presentación del proyecto	47
Anexo 2. Entrevista estructurada	48
Anexo 3. Índice de Barthel	49
Anexo 4. Escala de Lawton y Brody	50
Anexo 5. Cuestionario de Pfeiffer	51
Anexo 6. Cuestionario de Salud SF-36	52
Anexo 7. Escala de Goldberg	57
Anexo 8. Cuestionario de satisfacción	58
Anexo 9. Documento de colaboración	59
Anexo 10. Hoja de información y de consentimiento para participar en el estudio	60

1. Resumen

El concepto de envejecimiento activo supone una perspectiva de trabajo que incluye aspectos de la salud física y mental, así como la participación continua de las personas mayores en asuntos sociales, culturales, espirituales, cívicos y económicos. Esta metodología adquiere relevancia en Galicia, Comunidad con una proporción elevada de personas mayores y en la que predomina el entorno rural sobre el urbano.

Objetivo: Evaluar los resultados de un programa de intervención de Terapia Ocupacional basado en los principios del envejecimiento activo, con respecto a la calidad de vida de las personas mayores que residen en un entorno rural.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo, observacional y longitudinal, consistente en el desarrollo de un programa de intervención de Terapia Ocupacional, en un centro de dinamización social situado en la parroquia lucense de Coeses, con personas de 60 o más años, sin deterioro cognitivo e independientes para el desempeño de las actividades de la vida diaria.

El programa de intervención incluye las siguientes áreas de actuación: hábitos de vida saludables, ocio y tiempo libre, participación social y Tecnologías de la Información y de la Comunicación.

La evaluación de los resultados del programa de Terapia Ocupacional se realizará a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario SF-36, para valorar la calidad de vida; Escala de Goldberg, para valorar el estado de ánimo y un cuestionario para conocer el grado de satisfacción de los participantes.

Palabras clave: terapia ocupacional, envejecimiento activo, personas mayores, entorno rural, calidad de vida.

Abstract

The concept of active aging is a work perspective that includes aspects of physical and mental health, as well as the continued participation of older people in social, cultural, spiritual, civic and economic. This methodology becomes relevant in Galicia, Community with a high proportion of old people in the predominantly rural over the urban environment.

Objective: To evaluate the results of an Occupational Therapy intervention program based on the principles of active aging, with respect to the quality of life of older people living in a rural setting.

Methodology: This is a descriptive, observational, longitudinal, consisting of the development of an occupational therapy intervention in a dynamic social center located in the parish of Coeses Lugo, with people aged 60 years or older without cognitive deterioration and independent to perform activities of daily living.

The intervention program includes the following areas: healthy living, leisure time, social participation and Technologies of Information and Communication.

The evaluation of the results of the occupational therapy program will be made through the following instruments: SF-36, to assess quality of life Goldberg Scale to assess mood and a questionnaire to determine the participants' satisfaction degree.

Key words: occupational therapy, active ageing, aged, rural context, life quality.

2. Antecedentes y estado actual del tema

El año 2012 ha sido el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional. Este acontecimiento ha permitido reflexionar acerca de la importancia de los cambios registrados actualmente en las sociedades europeas. Las personas próximas a los 60 años o mayores cada vez son más numerosas, viven más años y con un estado de salud mejor en comparación con décadas anteriores. Fomentar el envejecimiento activo puede dar a las personas mayores oportunidades de participar en el mercado laboral, compartir su experiencia, continuar ejerciendo un rol activo en la sociedad y, principalmente, vivir una vida lo más saludable y satisfactoria posible ⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1990) ha establecido la siguiente definición de envejecimiento activo:

«El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados» ⁽²⁾.

El envejecimiento activo incluye tanto los aspectos de la salud física y mental como la participación continua por parte de las personas mayores en asuntos sociales, culturales, espirituales, cívicos y económicos. Este concepto no solo contempla a los individuos sino también a los grupos de población y se centra en tres pilares fundamentales: la salud, la participación y la seguridad ⁽²⁾.

Para promover el envejecimiento activo es necesario adoptar una perspectiva enfocada a la realización de actividades de promoción de la

salud y de prevención de la enfermedad ⁽³⁾. Los programas destinados a la promoción de la salud son medidas dirigidas a individuos y comunidades, cuyo fin es actuar sobre estilos de vida, factores personales o medioambientales para mejorar la salud o preservarla. Los programas de prevención han de considerarse como una medida también importante, prestando especial atención a los destinados a la prevención primaria, ya que son medidas orientadas a reducir la incidencia de dependencia, y por lo tanto llevadas a cabo con individuos independientes, para evitar la aparición de ésta. Hacen hincapié en la intervención con personas mayores sanas, pero principalmente en ancianos de riesgo expuestos a factores predictores o situaciones específicas y aquellos con dolencias crónicas que no presentan todavía una limitación funcional ⁽⁴⁾.

Prevenir la dependencia es tratar de que las personas lleguen a la etapa de la vejez con una buena salud, sin estados patológicos, que les permita continuar siendo independientes en sus actividades diarias. Si además de esto, se puede conseguir una actitud positiva ante el proceso de envejecimiento, así como vínculos de participación social activa, se alcanza el cumplimiento con la perspectiva del envejecimiento activo. En definitiva, «el envejecimiento activo es la visión positiva e integradora de la prevención de la dependencia, de una forma similar a lo que supone mantener la salud respecto a no enfermar » ⁽⁵⁾.

Es preciso fomentar las políticas que guían el envejecimiento activo en los diferentes ámbitos de la participación en la sociedad y en la vida independiente de acuerdo con una serie de orientaciones, definidas por la Unión Europea (Tabla I) ⁽⁶⁾:

Participación en la sociedad	Seguridad de ingresos: autonomía financiera de los mayores.
	Inclusión social: igualdad de oportunidades y participación en la sociedad.
	Voluntariado de jubilados y mayores: potenciar actividades de voluntariado para desarrollar capacidades y experiencia.
	Aprendizaje permanente: proporcionar a los mayores oportunidades de aprendizaje para posibilitar la participación activa.
	Participación en la toma de decisiones: involucrar a las personas mayores en los procesos de toma de decisiones.
Vida independiente	Apoyo a los cuidadores no profesionales: proporcionar apoyo y formación profesional a cuidadores.
	Fomento de la salud y prevención de enfermedades: tomar medidas para aumentar los años de vida sana y reducir riesgos de dependencia.
	Alojamiento y servicios adaptados: adaptar alojamientos que permitan a los mayores vivir con el mayor grado de autonomía.
	Transporte accesible y asequible: adaptar sistemas de transporte para que sean accesibles, asequibles y seguros.
	Entornos, productos y servicios adecuados a las personas mayores: diseño para todos, para evitar la discriminación por edad en el acceso a bienes y servicios.
Aumentar al máximo la autonomía en las atenciones a largo plazo: garantizar que se mantenga o restaure la autonomía de las personas mayores, tratándolas con dignidad.	

Tabla I. Orientaciones que guían las políticas europeas del envejecimiento activo.
Fuente: Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores de la Unión Europea (2012)

Las proyecciones de población para el año 2050 en Europa estiman que el índice de personas mayores de 65 años respecto a la población en edad laboral alcanzará el 50%, es decir, el doble del nivel actual ⁽⁶⁾.

Según los datos obtenidos a partir del Instituto Nacional de Estadística (INE) y del Instituto Galego de Estatística (IGE), en el año 2011 ^{(7), (8)}, tal y como se puede observar en la Figura 1, el porcentaje de personas mayores de la Comunidad Autónoma gallega supera al dato correspondiente a la media española, en los diferentes grupos de edad analizados: la población gallega se encuentra más envejecida que la española. De igual forma, el porcentaje de población mayor de 65 años del municipio lucense supera al valor estatal en todos los grupos analizados.

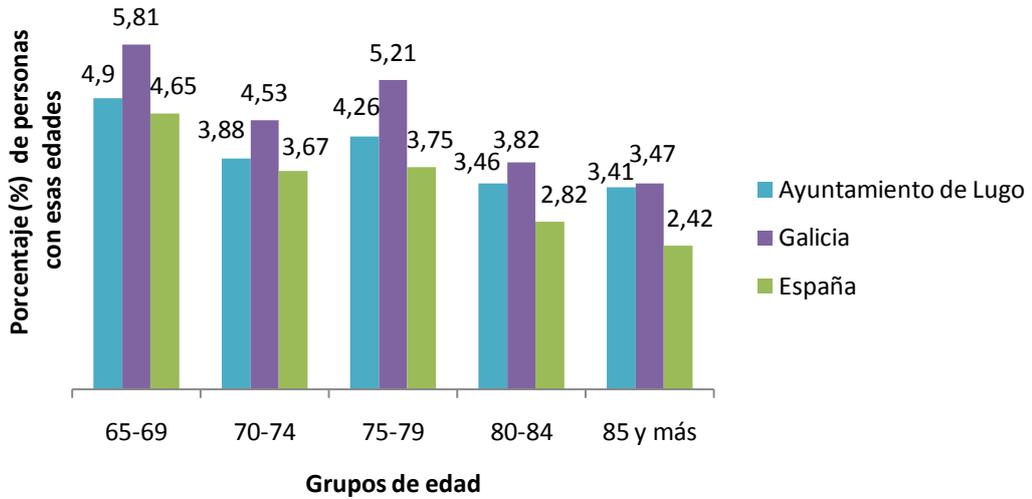


Figura 1. Porcentaje de personas mayores, por grupos de edad y lugar de residencia.
Fuente: Elaboración propia, a partir de INE ⁽⁷⁾ e IGE ⁽⁸⁾

La Figura 2 aporta información acerca de la población mayor por género, en España, Galicia y en el Ayuntamiento de Lugo. Se observa que las mujeres suponen la mayor proporción de población de 65 o más años, en las tres poblaciones analizadas.

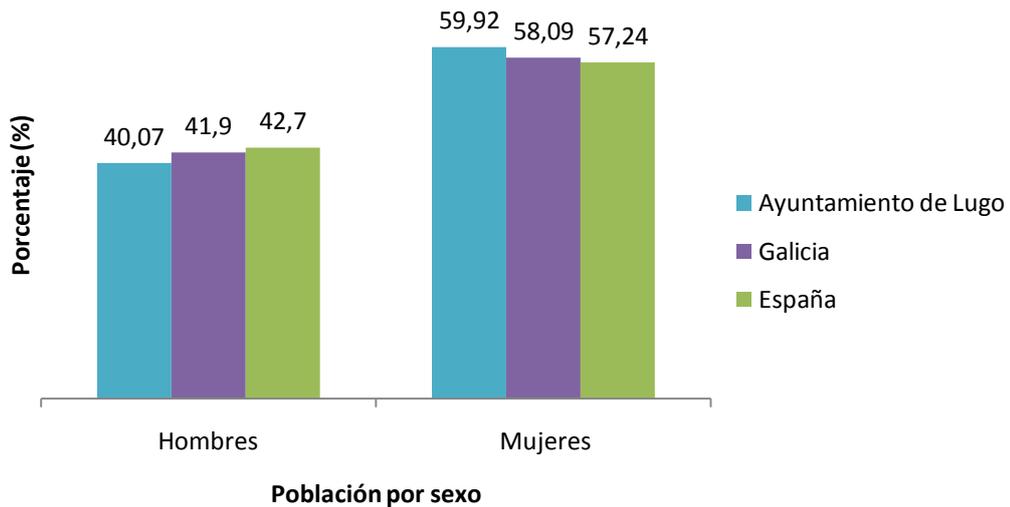


Figura 2. Porcentaje de personas mayores, por sexo y ubicación geográfica.
Fuente: Elaboración propia, a partir de INE ⁽⁷⁾ e IGE ⁽⁸⁾

Galicia es una de las comunidades más envejecidas a nivel nacional y una buena parte de esta población habita en entornos rurales. Esto supone una desventaja en la oportunidad de acceso a recursos de prevención y de atención de la dependencia, en igualdad de condiciones con respecto a los que viven en zonas más pobladas ⁽⁹⁾. Por ello, se hace necesario presentar programas innovadores que superen esta dificultad⁽¹⁰⁾.

Aunque la mayor parte de los habitantes de España viven en municipios urbanos, el envejecimiento está más acentuado en el medio rural. «Lo urbano se ha convertido en la norma; lo rural, en la excepción» ⁽¹¹⁾. Además, se registra una tendencia a pasar desapercibido el servicio que la población rural produce para la sociedad, y al que las personas mayores contribuyen defendiendo con su presencia el territorio, el medio ambiente y el patrimonio ⁽¹¹⁾.

Las personas mayores deben sentirse valoradas y reconocidas por su experiencia vital, deben tener la oportunidad de ser agentes protagonistas de su condición y de poder tomar las decisiones que crean más oportunas en base a su situación personal y social ⁽¹²⁾.

En otro orden, las personas mayores conforman un colectivo especialmente sensible a la pérdida de capacidades para desempeñar ocupaciones. Esto es debido al propio proceso de envejecimiento natural, que desencadena en el desarrollo de un deterioro funcional, que puede llevar a la persona a un estado de vulnerabilidad, requiriendo la utilización de servicios sociosanitarios. Las consecuencias del desarrollo y la mejora de estos servicios de atención en países como el nuestro, han aumentado la esperanza de vida, acrecentando la discapacidad en la población más envejecida.

Las dificultades en las actividades de autocuidado y de mantenimiento de la autonomía personal, la jubilación y la tendencia al aislamiento social, son otros aspectos de la vejez que repercuten en el desempeño

ocupacional, provocando una pérdida o modificación de hábitos y roles; al igual que el ocio y/o tiempo libre, encontrándose sin habilidades para utilizarlo ⁽¹²⁾. Otro aspecto importante consiste en valorar la necesidad de la promoción de la educación, en sus diversas finalidades ⁽¹³⁾.

El Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbito de Competencia y Proceso (2008), aprobado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), es un referente para la profesión porque define y guía la práctica de la Terapia Ocupacional (TO) ⁽¹⁴⁾.

La TO y la prevención/promoción de la salud forman parte de los diferentes enfoques recogidos en el Marco de Trabajo. Ninguno de éstos contempla de forma esencial la discapacidad de las personas. Promueven experiencias en entornos y actividades normalizadas para mejorar su desempeño (promoción de la salud) y la preparación ante los posibles riesgos que puede tener el desempeño de una ocupación, anticipando los acontecimientos perjudiciales y la aparición de impedimentos o barreras mientras se realiza la acción (prevención) ⁽¹⁴⁾.

La TO está ligada directamente con el envejecimiento activo ⁽¹³⁾, al tratarse de una profesión que optimiza los recursos existentes en el propio individuo y en su entorno, canalizando sus capacidades e intereses y proporcionando estrategias para mejorar sus posibilidades de participación. De esta forma, permite que las personas mayores continúen ejerciendo un rol activo y participativo en su hogar y en su comunidad. La TO, en coherencia con los principios del envejecimiento activo, concibe a las personas mayores como miembros activos y participativos en su entorno espiritual, social y cultural ⁽¹⁵⁾.

El hecho de que lo rural predomine sobre lo urbano en los núcleos poblacionales gallegos, implica la necesidad de que los terapeutas ocupacionales adapten sus intervenciones a las particularidades de este entorno de trabajo (carencias de recursos comunitarios, diferencias culturales...)⁽¹⁶⁾.

Los programas de activación son servicios que se adaptan al individuo y a su entorno. Se basan en el planteamiento de que la persona mantenga la sensación y el control sobre su propia vida como aspecto fundamental para la percepción de su independencia, de una forma no directiva, autogestora y voluntaria. Estos programas siempre están dirigidos a mejorar la calidad de vida a través de la participación en actividades saludables y satisfactorias ⁽¹⁷⁾.

En la Tabla II se exponen ejemplos de programas de TO, aplicados en España, que abordan aspectos de la perspectiva de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el envejecimiento activo, así como su relación con la calidad de vida de las personas mayores. Se trata de experiencias desarrolladas en distintos ámbitos de población, residentes predominantemente en el entorno rural.

Programa de TO en poblaciones rurales ⁽¹⁸⁾	Administración/Entidad	Ayuntamiento de Villarejo de Salvanés, Madrid.
	Destinatarias/os	Personas mayores, sanas o con patología.
	Objetivos	Aumentar y mantener la independencia y autonomía de los usuarios que viven en su domicilio.
	Programas	Prevención, actividades de la vida diaria (AVD), ejercicios y actividades para mejorar la funcionalidad, psicomotricidad, sesiones informativas, relajación, valoración y adaptación del domicilio, rehabilitación y estimulación cognitiva.
	Otra información	Se realiza en el Hogar del Pensionista de cada área rural.
Programa de TO de prevención geriátrica ⁽¹⁹⁾	Administración/Entidad	Ayuntamiento de Madrid. Distrito Moncloa-Aravaca.
	Destinatarias/os	Personas mayores sanas.
	Objetivos	Conservar las facultades físicas y psíquicas del mayor así como su integración, favoreciendo el mantenimiento de la persona en su entorno.
	Programas	Estimulación cognitiva, activación física, actividades manipulativas y actividades extraordinarias (fiestas, concursos...).
	Otra información	Aunque no se trata de programas llevados a cabo en un entorno rural, se realizan desde un enfoque de TO en la prevención geriátrica.
Proyecto vida activa y salud para nuestros mayores ⁽²⁰⁾	Administración/Entidad	Comunidad de Castilla la Mancha.
	Destinatarias/os	Personas a partir de los 60 años, residentes en un entorno rural, estableciendo cinco perfiles de usuarios.
	Objetivos	Ayudar a los mayores a sentirse mejor y a ser autónomos en su entorno, desde la perspectiva de la prevención.
	Programas	Se compone de 16 sesiones divididas en dos bloques: AVD y Bienestar emocional.
	Otra información	Se efectuará en centros sociales, centros de día y asociaciones de personas mayores.

Tabla II. Programas de TO que abordan la perspectiva de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y envejecimiento activo

Terapia Ocupacional gerontológica en el medio rural: 3 años de experiencia ⁽²¹⁾	Administración/Entidad	Diputación de Ciudad Real.
	Destinatarias/os	Persona mayor con enfermedad crónica y persona mayor frágil y en riesgo.
	Objetivos	Retrasar lo máximo posible la institucionalización de estas personas.
	Programas	Consta de tratamiento individual y grupal. El individual se divide en cuatro áreas: AVD, adaptación del entorno, asesoramiento, prescripción y entrenamiento en ayudas técnicas y formación a cuidadores principales, familiares y otros profesionales. El grupal se lleva a cabo a través de cuatro programas: psicomotricidad, psicoestimulación, osteoarticular y demencias.
	Otra información	-
Proyecto de prevención del deterioro y fomento de la autonomía. Programa de activación para personas mayores en la Comunidad ⁽²²⁾	Administración/Entidad	Entidad Local de Aguas Nuevas, Albacete.
	Destinatarias/os	Mayores de 65 años que puedan encontrarse en un inicio de deterioro o bien con patología añadida, pero con el suficiente nivel de autonomía para acceder de forma voluntaria
	Objetivos	Mejorar la calidad de vida de los mayores ofreciéndoles la oportunidad de participar en actividades saludables y satisfactorias.
	Programas	Terapia cognitiva y entrenamiento de las funciones mentales, gimnasia geriátrica y psicomotricidad, laborterapia, ocio y tiempo libre-terapia recreativa, educación para la salud y asesoramiento a familiares y cuidadores, programa de TO en el domicilio.
	Otra información	Centro Social Polivalente de la localidad. También incluye visitas domiciliarias.

Tabla II. Programas de TO que abordan la perspectiva de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el envejecimiento activo (continuación)

En base a lo expuesto en esta introducción, resulta de especial interés la implementación de programas de TO basados en los principios del envejecimiento activo. Su desarrollo es de gran relevancia en Galicia, Comunidad Autónoma en la que predomina el entorno rural sobre el urbano y en el que el acceso a recursos de prevención y promoción de la salud continúa siendo un gran obstáculo.

3. Bibliografía

1. Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo de 14 de Septiembre de 2011 sobre el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional (2012). Diario Oficial de la Unión Europea, nº 940, de 23 de septiembre de 2011.

2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr y Gerontol [revista en Internet]. 2002 [acceso 2 de enero de 2013]; 37 (2): 74-105. Disponible en:

http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/oms_envejecimiento_activo.pdf

3. Regato P. El envejecimiento activo desde la perspectiva de la atención primaria. JANO [revista en Internet]. 2003 [acceso 15 de enero de 2013]; 64 (1474): 18-24. Disponible en:

<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/64/1474/18/1v64n1474a13046746pdf001.pdf>

4. Gómez J (coordinador). 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de la dependencia en personas mayores. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

5. Martín I, Martín A, Molino C, Aguilera L. Envejecimiento activo, la mejor <<receta>> para prevenir la dependencia. Rev Esp Geriatr Gerontol [revista en Internet]. 2007 [acceso 22 de enero de 2013]; 42 (2): 4-6. Disponible en:

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13124363&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=124&ty=113&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v42nSupl.2a13124363pdf001.pdf

6. Consejo de la Unión Europea. Declaración del Consejo sobre el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional (2012): estrategia futura. Bruselas, 7 de diciembre de 2012.

7. Instituto Nacional de Estadística. [Internet]. Madrid; 2011 [acceso 7 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es>

8. Instituto Galego de Estatística. [Internet]. Santiago de Compostela; 2011 [acceso 7 de enero de 2013]. Disponible en:

<https://www.ige.eu/web/index.jsp?paxina=001&idioma=gl>

9. Felguera C, Delegido S. Reseña sobre la Guía sobre promoción de la Autonomía y Prevención de la dependencia de las Personas mayores en el Medio Rural. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2009 [acceso 22 de enero de 2013]; 6(4): 517-521. Disponible en:

<http://www.revistatog.com/suple/num4/rural.pdf>

10. Sancho M, Castejón P, Del Barrio E. Las personas mayores y las situaciones de dependencia. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales [revista en Internet]. 2007 [acceso 25 de enero de 2013]; 70: 13-43. Disponible en:

http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/70/Est01.pdf

11. Causapié P, Balbontín A, Porras M, Mateo A. Libro Blanco del Envejecimiento Activo. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

12. Alegre J. Fundamentos teóricos de la terapia ocupacional. La ocupación en la vejez. En: Corregidor Sánchez AI, coordinadora. Terapia ocupacional en geriatría y gerontología. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2010: 11-18.

13. Zamarreño P. Terapia ocupacional y envejecimiento activo. *Agathos*. 2012; 3: 12-18.
14. Ávila A, Martínez R, Matilla R, Máximo M, Méndez B, Talavera MA et al. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2ª edición. [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [acceso 1 de febrero de 2013]; [85p]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
15. Duque J. Perspectiva ocupacional de las personas mayores. En: Corregidor Sánchez AI (coordinadora). *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2010: 19-24.
16. Cantero PA, Darriba M. El espacio de la ocupación en el ámbito rural. www.psiquiatria.com [portal en Internet]. 2007 [acceso 3 de febrero de 2013]. [10 p]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/4122>
17. Durante P, Noya B. Programas de activación con personas mayores. En: Durante Molina P, Pedro Tarrés P, coordinadoras. *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2010: 321-335.
18. Prudencio MU, París C. Nuevo recurso de Terapia Ocupacional en las poblaciones rurales. *Revista de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO)*. 2005; 36: 72-74.
19. Domingo AM, Moreno M. La Terapia Ocupacional en el ámbito de la prevención geriátrica. *Revista de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO)*. 2006; 39: 13-16.
20. García L, Gutiérrez CJ, Miguel B. Vida activa y salud para nuestros mayores. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2010 [acceso 29-01-2013]; 7(6): 177-194. Disponible en:

<http://revistatog.com/suple/num6/mayores.pdf>

21. Huete M, Tendero MI, Pacheco V. Terapia ocupacional gerontológica en el medio rural: 3 años de experiencia. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2010 [acceso 31-01-2013]; monog.3: 139-184. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/mediorural.pdf>

22. Velasco MJ. Proyecto de prevención del deterioro y fomento de la autonomía. Programa de activación para personas mayores en la comunidad. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2009 [05-02-2013]; [10p]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Prevencion_deterioro_terapia_ocupacional_Velasco_Marchante_abril09.pdf

23. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J. 1965; 14: 61-65.

24. Baztán JJ, Pérez J, Alarcón T, et al. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28: 32-40.

25. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living. Gerontologist. 1969; 9 (3):179-186.

26. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975; 23 (10): 433- 441.

27. Martínez J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc). 2001; 117: 129-134.

28. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30: 473-483.

29. McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-item shortform health survey (SF-36): II. Psychometric and clinical test of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993; 31: 247-263.
30. McHorney CA, Kosinski M, Ware JE. The MOS 36-item shortform health survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994; 32: 551-567.
31. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 771-776.
32. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 410-416.
33. Ayuso-Mateos JL, Lasa L, Vázquez-Barquero JL. Validez interna y externa de la versión española del SF-36. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 37.
34. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J* 1988; 97: 897-899.
35. Montón C, Pérez MJ, Campos R, et al. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993; 12: 345-349.
36. Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*, nº 298, de 14 de diciembre de 1999.
37. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy code of ethics. *Am J Occup Ther.* 2000; 54 (6): 614-616.

4. Hipótesis

La intervención de TO, basada en los principios del envejecimiento activo, mejora la calidad de vida de las personas mayores, sin deterioro cognitivo e independientes en las actividades diarias, que residen en un entorno rural.

5. Objetivos

5.1. Objetivo general

- Evaluar los resultados de un programa de intervención de TO, basado en los principios del envejecimiento activo, en relación a la calidad de vida de las personas mayores, sin deterioro cognitivo e independientes en las actividades diarias, que residen en un entorno rural.

5.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas, la calidad de vida, así como el estado de ánimo, de los participantes en el programa de intervención de TO.
- Valorar los resultados del programa de TO, basado en los principios envejecimiento activo, en relación al estado de ánimo de los participantes (ansiedad y/o depresión).
- Aumentar el nivel de conocimiento de los participantes con respecto a los hábitos de vida saludables y el uso de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC).
- Favorecer el desempeño de actividades de ocio y participación social, según las preferencias y elecciones de los participantes.
- Determinar el grado de satisfacción de los participantes con respecto al programa de TO.

6. Metodología

6.1. Tipo de diseño

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y longitudinal.

6.2. Período de estudio

Este proyecto se implementará en un período de nueve meses. Tres meses se dedicarán a la ejecución del programa de intervención. Se llevará a cabo dos días a la semana, durante sesiones de dos horas cada día.

6.3. Ámbito de estudio

El proyecto se llevará a cabo en Coeses, una parroquia perteneciente al municipio de Lugo (Figura 3). Está localizada a 14 kilómetros del núcleo urbano, tratándose, por tanto, de un entorno rural. Esta parroquia cuenta con un total de 268 habitantes, de los cuales 75 son mayores de 60 años, (un 28% del total de la población).

En este entorno se implementó el “Proyecto Moega”, desarrollado por Moega, Sociedad Cooperativa Gallega. Se trata de una Cooperativa de Trabajo Asociado, para el fomento del empleo y el acercamiento de los servicios sociales al medio rural: por ejemplo, el cuidado de niños y de personas mayores, lo que favorece la conciliación laboral, sobre todo de las mujeres; cursos de formación; visitas culturales; jornadas de ocio... Facilitó, además, que los usuarios permanezcan cerca de su entorno habitual y familiar, evitando los desplazamientos a la ciudad. A partir de la iniciativa desarrollada por esta cooperativa, se ha creado en el local social de la zona (antigua escuela) un Telecentro y un Centro de dinamización social.

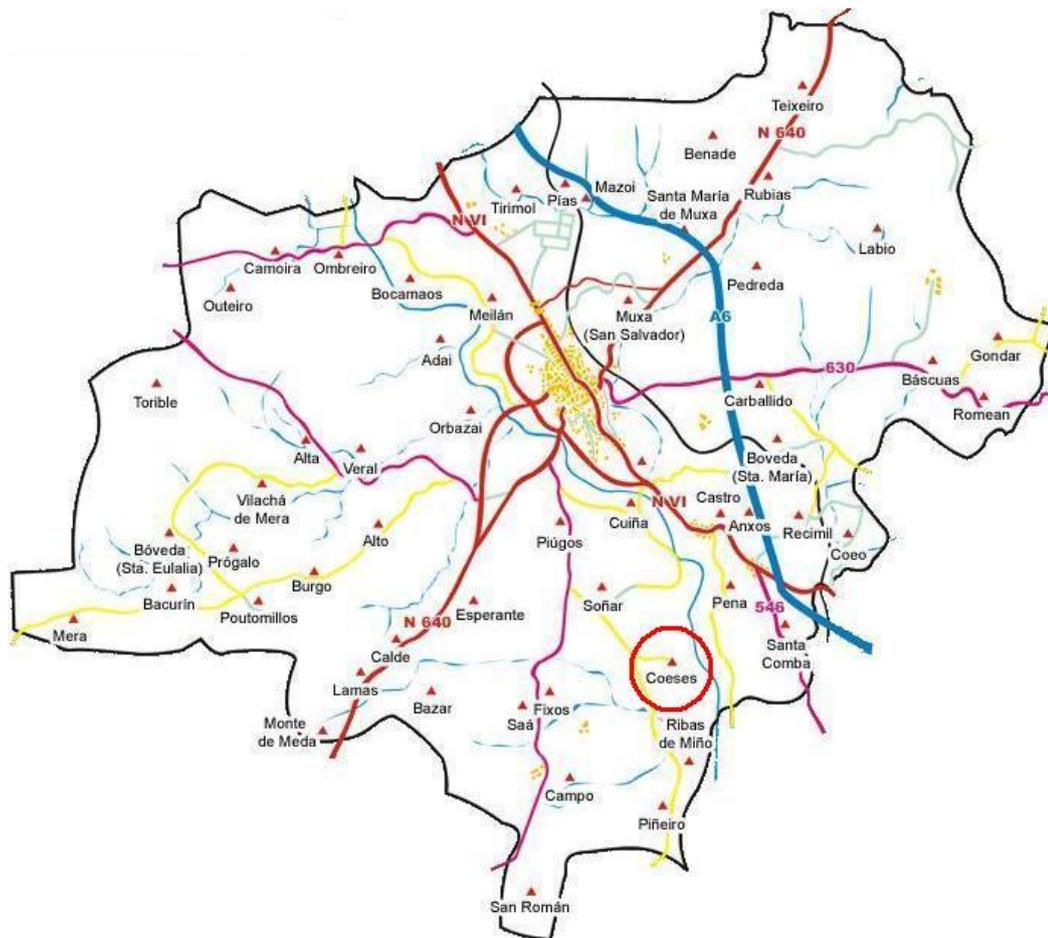


Figura 3. Localización geográfica de la parroquia de Coeses, en el Ayuntamiento de Lugo

A través del Centro de dinamización social, se han desarrollado una serie de actuaciones: de carácter doméstico, personal (destinadas a promover el bienestar social y personal), educativas e informativas y de carácter socio-comunitario (dirigidas a fomentar la participación de los usuarios en actividades de ocio y tiempo libre). También ofrece los servicios de un centro de día y atención domiciliaria.

Sus iniciativas han sido un referente a seguir por otros municipios y han fomentado la apertura de otros centros multifuncionales en la zona rural del Ayuntamiento de Lugo.

El presente proyecto se desarrollará en el Centro de dinamización social de Coeses, mencionado en este apartado.

6.4. Población de estudio

Los criterios de inclusión del presente proyecto se exponen en la Tabla III:

Criterios de inclusión	<p>Tener 60 años o más.</p> <p>Residir en un domicilio situado en la parroquia de Coeses (Ayuntamiento de Lugo).</p> <p>Obtener en el Índice de Barthel ^{(23), (24)} una puntuación mayor o igual a 90 puntos.</p> <p>Obtener en la Escala de Lawton ⁽²⁵⁾ una puntuación mínima de 6 puntos para las mujeres y 3 puntos para los hombres.</p> <p>Obtener una puntuación menor o igual a 2 errores en la versión española del Cuestionario de Pfeifer ^{(26), (27)}.</p>
Criterios de exclusión	<p>No mostrar el consentimiento para participar en el estudio.</p>

Tabla III. Criterios de inclusión y exclusión.

6.5. Programa de intervención

Este programa de intervención se basará en dos principios metodológicos fundamentales:

1. Una metodología participativa, cuyo objetivo es el de que los participantes adopten un papel activo en la actividad, expresando sus criterios, reflexionando, cuestionándose ideas o comportamientos propuestos. Se parte de la base de que los mayores son activos mentalmente, con plena capacidad para ser protagonistas de sus aprendizajes.
2. Tener siempre en cuenta los intereses, experiencias y opiniones de los protagonistas. El programa será flexible para adaptarse a las personas mayores participantes en las actividades propuestas, de acuerdo a la pluralidad de las mismas.

El programa se estructurará en cuatro áreas de intervención. Cada una de ellas constará de seis sesiones de dos horas de duración (24 sesiones en

total), llevadas a cabo dos días a la semana, durante un período de tres meses. A continuación se exponen las áreas de intervención planteadas, el por qué de su idoneidad dentro de este proyecto y sus objetivos, así como las diferentes actividades.

- **Hábitos de vida saludables**

Es fundamental que toda persona adquiera conocimientos, habilidades y rutinas que le permitan obtener un estado saludable y prevenir así la aparición de patologías de cualquier tipo. Mejorar el estado de salud es, en muchas ocasiones, un factor modificable por parte de la propia persona, y es en esos aspectos en los que se centrará la evaluación e intervención desde este bloque. Los objetivos serán:

- Difundir y promocionar el significado y la importancia de una “cultura de la salud”.
- Sensibilizar y concienciar sobre problemáticas y situaciones concretas como la nutrición o la actividad física, entre otros.
- Prevenir situaciones de riesgo (caídas, accidentes domésticos...) y abordar la aplicación cotidiana de los principios de la ergonomía, higiene postural y economía articular.

Actividades
<p>Nutrición La importancia de una alimentación sana y equilibrada como base de nuestro estado de salud y conocimiento de estados patológicos derivados directamente de malos hábitos alimentarios.</p>
<p>Actividad física La importancia de la prevención del inmovilismo y el sedentarismo como factores de importancia para evitar estados patológicos.</p>
<p>Estilo de vida y hábitos tóxicos Ser conocedores de los perjuicios que causan en el estado de salud hábitos como fumar, ingesta excesiva de alcohol, el recortar tiempo de sueño o la automedicación.</p>
<p>Prevención de riesgos y accidentes en el hogar Concebir nuestro entorno más próximo como un lugar libre de barreras y obstáculos que puedan suponer caídas u otros incidentes y saber cómo actuar ante situaciones de emergencia.</p>
<p>Higiene postural y economía articular Conocer cómo realizar actividades cotidianas utilizando nuestro cuerpo de una manera óptima desde el punto de vista del gasto energético, evitando sobreesfuerzos y posturas inadecuadas, así como la reeducación del uso de distintos segmentos corporales implicados en actividades diarias, con el fin de maximizar el estado de salud.</p>
<p>Seguimiento de pautas médicas y farmacológicas Conocer la medicación y saber para qué ha sido pautada, como parte esencial de la toma de conciencia de la importancia de su ingesta.</p>

Tabla IV. Hábitos de vida saludables: actividades

- **Ocio y tiempo libre**

Es un área de ocupación en la que se fomenta la creatividad, el disfrute y la autoexpresión. De ahí la importancia de incluirla como bloque específico de intervención. Tal y como se refleja en el *Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbito de Competencia y Proceso* ⁽¹⁴⁾, el ocio o tiempo libre se refiere a «una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual se participa durante un tiempo discrecional o libre, es decir, un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como trabajo, cuidado propio o dormir». Los objetivos de este bloque serán:

- Lograr una exploración e identificación de intereses de ocio y tiempo libre.
- Tomar decisiones para la realización de actividades en función del objetivo anterior.
- Conocer y hacer uso de los recursos de ocio y tiempo libre que ofrece el municipio.

Actividades
<p>Lluvia de ideas sobre intereses y expectativas de ocio y tiempo libre. Expresar hobbies, aficiones, intereses de ocio no desarrollados o que deseen mantener y búsqueda de medios o alternativas para poder llevarlos a cabo.</p>
<p>Estimulación de la creatividad. En función de la actividad anterior, facilitación de medios que impulsen satisfacer la imaginación y la expresión de nuevas ideas.</p>
<p>Participación en actividades recreativas. Paseos organizados por el entorno más próximo, exploración de zonas de recreo en el mismo y aprovechamiento para realizar actividades de ocio que les resulten significativas a las personas participantes</p>
<p>Recursos de ocio. Conocimiento de los diferentes recursos de ocio existentes en su entorno comunitario para su posterior aprovechamiento.</p>
<p>Actividades intergeneracionales. Intercambio de experiencias con colectivos de otras edades en aquellas temáticas que les resulten de interés.</p>

Tabla V. Ocio y tiempo libre: actividades

- **Participación social**

Es fundamental mantener unos niveles de participación en nuestro entorno comunitario, con nuestros grupos de iguales y/o con otros grupos de personas para alcanzar unos niveles de calidad de vida satisfactorios. El *Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbito de Competencia y Proceso* ⁽¹⁴⁾ define este apartado como aquellos «patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social». En este bloque se trabajarán los siguientes objetivos:

- Conocer y hacer uso de los trámites más comunes de nuestro día a día.
- Conocer nuestro entorno más próximo y otros nuevos, con sus particularidades.
- Fomentar la interrelación entre los participantes en todas las actividades que se realicen dentro de este bloque.

Actividades
<p>Salidas culturales Se realizarán tres salidas culturales a diferentes emplazamientos que los participantes decidan.</p>
<p>Información y formación para el desarrollo en la comunidad Conocimiento de trámites y gestiones más utilizadas en el día a día, cumplimentación de impresos necesarios para gestionar procesos propuestos por los participantes</p>
<p>Charlas programadas Se buscarán personas especializadas para impartir dos charlas en materias de interés general para el grupo.</p>

Tabla VI. Participación social: actividades

- **TIC**

Vivimos en una sociedad de la información y la igualdad de oportunidades incluye, actualmente, la posibilidad de acceder y saber manejar las TIC. Por ello, en este bloque se abordarán los siguientes objetivos:

- Acercar las TIC a los participantes, valorar sus necesidades de acceso y garantizarles el mismo mediante los productos de apoyo necesarios.
- Mostrar las ventajas de las TIC para la facilitación a la hora de realizar actividades cotidianas.

Actividades
<p>Exploración e identificación de habilidades ante las TIC Valoración de sus necesidades de acceso y manejo de las TIC.</p>
<p>Productos de apoyo/adaptaciones Entrenamiento en tecnología de apoyo y realización de las adaptaciones necesarias para garantizar el acceso y manejo autónomo y satisfactorio de las TIC.</p>
<p>Ventajas de las TIC para la vida diaria Se harán varias sesiones en las que se abordarán de forma práctica varias Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), como pedir cita médica, hacer una compra, comunicarse con un familiar lejano o lectura de prensa.</p>

Tabla VII. TIC: actividades

Transversalmente a todas las áreas propuestas, se realizarán visitas domiciliarias para promover la valoración y la adaptación funcional del hogar. Esto es necesario para completar la visión global e integradora del programa y poder así extrapolar los beneficios del mismo al entorno más

próximo de la persona. A continuación se expone un ejemplo de distribución de las sesiones y actividades del programa (Tabla VIII).

Semana 1	Sesión 1	Hábitos de vida saludables. Nutrición.
	Sesión 2	Ocio y tiempo libre. Lluvia de ideas sobre intereses y expectativas de ocio y tiempo libre.
Semana 2	Sesión 3	Participación social. Salida cultural (I)
	Sesión 4	TIC. Exploración e identificación de habilidades ante las TIC.
Semana 3	Sesión 5	Hábitos de vida saludables. Actividad física.
	Sesión 6	Ocio y tiempo libre. Estimulación de la creatividad (I).
Semana 4	Sesión 7	Participación social. Información y formación para el desarrollo en la comunidad.
	Sesión 8	TIC. Productos de apoyo/adaptaciones.
	Visitas domiciliarias	
Semana 5	Sesión 9	Hábitos de vida saludables. Estilo de vida y hábitos tóxicos.
	Sesión 10	Ocio y tiempo libre. Estimulación de la creatividad (II).
Semana 6	Sesión 11	Participación social. Charla programada (I).
	Sesión 12	TIC. Ventajas de las TIC para la vida diaria (I).
Semana 7	Sesión 13	Hábitos de vida saludables. Prevención de riesgos y accidentes en el hogar.
	Sesión 14	Ocio y tiempo libre. Participación en actividades recreativas.
Semana 8	Sesión 15	Participación social. Salida cultural (II).
	Sesión 16	TIC. Ventajas de las TIC para la vida diaria (II).
	Visitas domiciliarias	
Semana 9	Sesión 17	Hábitos de vida saludables. Higiene postural y economía articular.
	Sesión 18	Ocio y tiempo libre. Recursos de ocio.
Semana 10	Sesión 19	Participación social. Charla programada (II).
	Sesión 20	TIC. Ventajas de las TIC para la vida diaria (III).
Semana 11	Sesión 21	Hábitos de vida saludables. Seguimiento de pautas médicas y farmacológicas.
	Sesión 22	Ocio y tiempo libre. Actividad intergeneracional.
Semana 12	Sesión 23	Participación social. Salida cultural (III).
	Sesión 24	TIC. Ventajas de las TIC para la vida diaria (IV).
	Visitas domiciliarias	

Tabla VIII. Distribución de actividades del programa de intervención en TO

6.6. Recogida de información

La recogida de información se llevará a cabo a través de una entrevista estructurada (Anexo 2) y la aplicación de diferentes escalas.

Se utilizan escalas y cuestionarios de evaluación estandarizados, así como un cuestionario de satisfacción de elaboración específica para el estudio.

Se concretará una cita con las personas interesadas en participar en el estudio, para acudir al domicilio y evaluar las variables sociodemográficas mediante la entrevista. En esta valoración también se utilizarán las escalas para analizar el cumplimiento de los criterios de inclusión y, en caso afirmativo, se procederá a aplicar los instrumentos de recogida de las variables del estudio, señaladas en el epígrafe 6.6.2.

Para analizar los resultados de la intervención de TO, se realizará una valoración mediante las escalas detalladas al principio y al final del programa. De una forma previa, el terapeuta ocupacional recibirá formación específica y un entrenamiento para asegurar la correcta administración de los diferentes instrumentos de evaluación.

6.6.1. Herramientas para evaluar el cumplimiento de criterios de inclusión

6.6.1.1. Índice de Barthel ^{(23), (24)}, (Anexo 3)

- Evalúa la capacidad del individuo para realizar de una forma independiente o con ayuda personal diez AVD básicas: comer, vestirse, bañarse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, trasladarse de una silla a la cama y viceversa y deambular y subir escaleras.

- A cada una de las actividades evaluadas se le asigna una puntuación (0, 5, 10 y 15) en función del tiempo empleado y la necesidad o no de ayuda para su realización, obteniéndose una puntuación final que oscila de 0 a 100.
- El máximo nivel de dependencia se corresponde con la puntuación 100 y el mínimo con 0, estableciéndose varios niveles de intermedios, tal y como se refleja a continuación: independencia, 100 puntos (90 si va en silla de ruedas); dependencia leve, 60 o más puntos; dependencia moderada, 40-55 puntos; dependencia grave, 20-35 puntos y dependencia total, menos de 20 puntos.
- El índice de Barthel está adaptado y validado para su utilización en nuestro país.

6.6.1.2. Escala de Lawton y Brody ⁽²⁵⁾, (Anexo 4)

- Valora ocho AIVD (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía).
- Asigna un valor numérico de 0 si la persona evaluada no realiza la actividad de forma independiente o necesita algún tipo de apoyo; de 1, cuando la realiza independientemente.
- La puntuación final se obtiene sumando el valor de todas las respuestas, oscilando entre 0 (máxima dependencia) y 8, en caso de mujeres, o 5, para los hombres (independencia total).

6.6.1.3 Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ), versión española ^{(26), (27)}, (Anexo 5)

- Se trata de un cuestionario sencillo, breve y de aplicación rápida, que evalúa diferentes aspectos cognitivos: la orientación temporal y

espacial, la memoria reciente y remota, la información sobre hechos recientes y la capacidad de concentración y de cálculo.

- Se puntúan los errores: de 0 a 2 errores, sin deterioro; de 3 a 4 errores, deterioro leve de la capacidad intelectual; de 5 a 7 errores, deterioro moderado y de 8 a 10 errores, deterioro grave.
- Se acepta un error más en personas que no han recibido educación primaria y un error menos en aquellas que han realizado estudios superiores.
- El cuestionario está adaptado y validado al castellano.

6.6.2. Variables de estudio

6.6.2.1. Variables sociodemográficas

Con el fin de elaborar un perfil de la población de estudio, se recogerán diversas variables sociodemográficas (Anexo 2):

- Edad (años).
- Sexo (Hombre/Mujer).
- Estado civil (soltero/a, casado/a, viudo/a, separado/a, divorciado/a).
- Situación laboral (sin empleo, empleado/a o trabajador/a en activo, trabajador/a jubilado/a parcialmente, jubilado/a).
- Nivel de estudios (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios, estudios superiores o universitarios).

6.6.2.2. Calidad de vida: Cuestionario de Salud SF-36⁽²⁸⁻³³⁾, (Anexo 6)

- Es una escala útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), en la población general y en subgrupos específicos, para comparar la carga de múltiples enfermedades,

detectar los beneficios en la salud producidos por diferentes tratamientos, así como valorar el estado de salud de personas individualmente.

- Se compone de 36 preguntas o ítems que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Analiza las siguientes escalas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.
- Incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Esto no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas, pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a su administración.
- Está dirigido a personas mayores de 14 o más años de edad y preferiblemente ha de ser autoadministrado, aunque es aceptable la administración mediante entrevista personal.
- Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que, a mayor puntuación, mejor es el estado de salud. La escala tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). En la Tabla IX aparece el número de ítems incluidos en las diferentes escalas, así como una breve descripción del significado de las puntuaciones altas y bajas.

Dimensión	Nº de ítems	“Peor” puntuación (0)	“Mejor” puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud.	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas, incluidas las más vigorosas, sin ninguna limitación debido a la salud.
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante.	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él.
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore.	Evalúa la propia salud como excelente.
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo.	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo.
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales.	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo.	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año.	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace 1 año.

Tabla IX. Contenido de las escalas del SF-36. Significado de las puntuaciones de 0 a 100

- El cuestionario está adaptado y validado al castellano.

6.6.2.3 Ansiedad y depresión: Escala de Goldberg ^{(34), (35)}, (Anexo 7)

- Consta de dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una y respuestas dicotómicas de sí/no, con un punto para cada respuesta afirmativa.

- Cada parte se compone de 4 ítems iniciales de despistaje, con los que se determina si es probable que exista o no un trastorno mental; y un segundo grupo de 5 ítems, los cuales sólo se formulan si existen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (dos o más en el apartado de ansiedad y una o más en el de depresión).
- Su aplicación es heteroadministrada y se utiliza en población general.
- Los puntos de corte son 4 o más para la subescala de ansiedad y 2 o más para la subescala de depresión. En población geriátrica se propone una escala única, con un punto de corte mayor o igual a 6.
- Está adaptada y validada para su empleo en la población española.

6.6.2.4. Cuestionario de satisfacción del participante en relación al programa de intervención (Anexo 8)

- Se trata de un documento específicamente diseñado para el estudio. Evalúa el grado de satisfacción de los participantes con el programa de intervención de TO.
- Se utilizarán una serie de preguntas tipo Likert, con una escala de 1 a 5, siendo 1 «muy en desacuerdo» y 5 «muy de acuerdo», finalizando con una pregunta abierta, en la que cada persona pueda expresar su opinión libremente sobre el programa y así poder mejorar futuras ediciones del mismo.

6.7. Análisis de datos

Para el análisis estadístico de las variables de estudio, en primer lugar, se realizará un análisis descriptivo. Las variables cualitativas se expresarán como valor absoluto y porcentaje. Para determinar si las variables cuantitativas siguen la distribución normal, se utilizará el test de Kolgomorov Smirnov. Si ésta fuera normal, se expresarán como media y

desviación típica o estándar; en caso contrario, como valor mínimo, valor máximo, mediana y los percentiles 25 y 75.

A través de un análisis estadístico bivariado, se analizará la existencia de diferencias significativas, entre las puntuaciones obtenidas al inicio y al final del estudio, en las diferentes variables utilizadas para evaluar los resultados de la intervención de TO.

Para la comparación de las variables cuantitativas, en primer lugar, se analizará si siguen una distribución normal, mediante el test citado anteriormente. En caso afirmativo, se empleará la T de Student para datos emparejados o pareados, y, en caso de que las variables no sigan una distribución normal, se utilizará el test de Wilcoxon.

Para determinar si las variables cualitativas se encuentran asociadas de una forma estadísticamente significativa, se utilizará el Test de McNemar.

Se considerará estadísticamente significativo un valor $p \leq 0,05$.

Para realizar el análisis estadístico, se empleará el programa SPSS, versión 17.0.

6.8. Limitaciones del estudio

La muestra del presente estudio no es representativa del colectivo de personas mayores, sin deterioro de capacidades cognitivas e independientes en las actividades diarias, que residen en un entorno rural, porque los participantes son seleccionados a partir del conjunto de usuarios de los servicios sociales municipales o del Centro de dinamización social de la parroquia. Por ello, al terminar el estudio se compararán los resultados con investigaciones similares, con la finalidad de analizar la presencia de resultados consistentes entre el presente estudio y trabajos realizados anteriormente con poblaciones de características similares.

7. Plan de trabajo

Para la presentación del proyecto, se establecerá contacto con el trabajador social de la zona (Centro Social de Fingoi) y con la dirección del Centro de dinamización social de Coeses (Anexo 1), solicitando su participación y colaboración en el desarrollo del proyecto. Su labor consistirá en contactar con los usuarios de los servicios sociales municipales de la zona o del Centro de dinamización social, residentes en la parroquia de Coeses, para dar información sobre el proyecto e invitarlos a asistir a las charlas formativas sobre la intervención de TO. Estas actividades informativas serán de formato grupal y consistirán en la presentación del programa de TO, la posterior solicitud del consentimiento informado y, en caso de que deseen participar en el proyecto, el establecimiento de una cita para evaluar en el domicilio el cumplimiento de los criterios de inclusión.

Si una persona no puede acudir a dichas rondas informativas, el investigador promoverá la gestión de una cita adecuada a las condiciones de la persona para acudir al domicilio y realizar en el hogar las actividades de información y solicitud del consentimiento para participar en el proyecto.

El proyecto se llevará a cabo en un período de nueve meses. El plan de trabajo está dividido en varias fases (Tabla VII).

La primera fase será de **Preparación**. En ella se llevará a cabo la organización del programa y la presentación del mismo al trabajador/a social del Ayuntamiento que corresponde a la parroquia estudiada (Centro Social de Fingoi), así como a la dirección del Centro de dinamización social de Coeses.

La segunda fase será la de **Información** a la población de estudio. En esta fase, se realizarán rondas informativas, con un formato grupal,

dirigidas a las personas mayores de la parroquia, derivadas por los servicios contactados previamente, con la finalidad de presentar el estudio y solicitar el consentimiento para participar en el estudio.

La tercera fase será la de **Desarrollo del programa**, en la que se seleccionarán las personas que cumplan los criterios de inclusión, se emplearán las herramientas de evaluación inicial descritas y se pondrá en marcha el programa de actividades de TO. Posteriormente se realizará la evaluación final, que comprenderá la cumplimentación del cuestionario de satisfacción por parte de las personas participantes y la reevaluación de la calidad de vida y del estado de ánimo, con las mismas herramientas utilizadas en la evaluación inicial, para analizar los resultados del programa de intervención.

En la quinta fase, **Análisis de datos**, se analizarán los datos obtenidos en la fase anterior para obtener los resultados y las conclusiones.

La última fase será la **Difusión de los resultados**, a través de revistas científicas y congresos afines a la temática tratada.

A continuación se detalla el cronograma.

		Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9
Planificación	Organización del programa									
	Presentación del programa									
Información	Rondas informativas grupales									
	Solicitud del consentimiento informado									
Desarrollo	Recogida inicial de información									
	Desarrollo de las sesiones del programa de TO									
	Reevaluación									
Análisis de datos	Transcripción de los resultados									
	Análisis estadístico									
	Redacción de resultados									
Difusión	Difusión de resultados									

Tabla X. Cronograma

8. Aspectos éticos

Se solicitará la autorización de la dirección del Centro de dinamización social de Coeses para la implementación del presente proyecto y la realización del programa de intervención de TO, mediante la firma de la hoja de colaboración (Anexo 9).

En relación a las personas mayores, se solicitará su autorización para participar en el presente estudio, mediante la entrega de la hoja de información, respuesta de dudas planteadas y, finalmente, la firma de la hoja de consentimiento para participar en el estudio (Anexo 10). En el caso de que alguna de las personas presente problemas para leer el documento o no hayan aprendido a leer o a escribir, se leerá y explicará la información, se cubrirán los apartados correspondientes a los datos personales y fecha, y él/ella firmará o, en su defecto, se le presentará un documento adaptado a sus necesidades.

El tratamiento de los datos obtenidos durante el presente estudio cumplirá con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal ⁽³⁶⁾.

El programa de intervención y la actuación del terapeuta ocupacional se guiará por los principios marcados en el Código de ética de TO de la AOTA ⁽³⁷⁾, con la finalidad de garantizar una buena praxis en la práctica profesional.

9. Plan de difusión de los resultados

Una vez finalizado el estudio, se realizará el plan de difusión de los resultados obtenidos, a través de diferentes Congresos y artículos en revistas científicas, relevantes en el campo de actuación profesional analizado.

Los Congresos para la difusión, especializados en el ámbito de la TO y la Geriátría, son:

- Congreso Mundial de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT).
- Annual Meeting of European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE).
- Congreso Nacional de estudiantes de Terapia Ocupacional.
- Congreso Nacional de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG).
- Congreso Internacional de la Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriátría (SGXX).

También se publicará un artículo en alguna de las siguientes revistas científicas; la mayoría de ellas con factor de impacto evaluado mediante el *Journal Citations Reports* (JCR), correspondiente al año 2011:

- De ámbito internacional:
 - Age and Ageing. Factor de impacto: 3.090.
 - American Journal of Occupational Therapy. Factor de Impacto: 1.697.
 - Geriatrics. Factor de impacto: 1.345.
 - Ageing & Society. Factor de impacto: 1.165.
 - Scandinavian journal of occupational therapy. Factor de impacto: 1.070.

- Australian Occupational Therapy Journal. Factor de impacto: 0.677.
- Hong Kong Journal of Occupational Therapy. Factor de impacto: 0.353.

- De ámbito nacional:
 - Atención Primaria. Factor de impacto: 0.627.
 - Revista Terapia Ocupacional de Galicia (TOG).
 - Revista de Terapia Ocupacional de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO).
 - Revista Española de Geriátría y Gerontología.

10. Financiación de la investigación

10.1. Recursos necesarios

Infraestructura necesaria		
Instalaciones del Centro de dinamización social		0 €
Recursos humanos		
Un terapeuta ocupacional a media jornada durante 9 meses		6.300 €
Un investigador principal		0 €
Recursos materiales		
Material inventariable	1 ordenador	795 €
	1 proyector	400 €
	1 impresora	60 €
	Productos de apoyo tecnológicos	1.800 €
Material fungible	Material de oficina	105 €
	Materiales para las actividades relacionadas con el área de creatividad	500 €
Contrataciones de servicios: empresa de autobuses		2.400 €
Viajes y dietas		
Inscripciones a cuatro congresos		1.800 €
Desplazamientos para evaluar el cumplimiento de los criterios de inclusión		1.000€
Otros desplazamientos		2.500 €
TOTAL		17.660 €

Tabla XI. Presupuesto

10.2. Posibles fuentes de financiación

El Centro de dinamización social se gestiona mediante subvenciones de la Administración local, la cual financia, además de los gastos corrientes (agua, luz...), una parte de los servicios que ofrece, existiendo un copago por parte de los usuarios/as que acuden regularmente al centro, consistente en la aplicación de una tarifa de precios según los servicios que reciben.

Para esta propuesta de intervención se buscarán fuentes de financiación que permitan llevarla a cabo sin que repercuta económicamente, o de forma mínima, en las personas participantes. En el caso de no lograr suficientes fondos para poder realizarla, se propondrá como un servicio más, dentro de la tarifa de precios del Centro de dinamización social.

Las fuentes de financiación pueden ser tanto de carácter público como privado.

- Privadas:
 - Programa de ayudas a proyectos de iniciativas sociales de la Obra Social “la Caixa”.
 - Ayudas a la investigación científica de la Fundación Banco Herrero (Banco Sabadell).
 - Ayudas a la Investigación. Instituto de Prevención, Salud y Medio Ambiente, de la Fundación MAPFRE.
 - Ayudas a través de la Fundación Edad&Vida, Instituto para la mejora, promoción e innovación de la calidad de vida de las personas mayores.

- Públicas:
 - Subvenciones Régimen General en el área de atención a personas mayores (Área de Gestión de Programas de Mayores), del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
 - Ayudas de la Acción Estratégica de Salud, del Instituto de Salud Carlos III.
 - Convocatoria de ayudas a proyectos de investigación sobre TO, del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Extremadura (COPTOEX).

Anexos

Anexo 1. Carta de presentación del proyecto

En Lugo, a de de

Estimado/a señor/a:

Hace unos meses comencé a elaborar mi Trabajo Fin de Grado en Terapia Ocupacional, de la Universidade da Coruña, consistente en una propuesta de intervención desde Terapia Ocupacional y envejecimiento activo, en el ámbito rural, para lo que me gustaría poder llevarlo a cabo en el Centro de dinamización social de Coeses.

Por ello solicito su colaboración, con vistas a poder informarles detalladamente en qué consiste el programa de intervención y pedirles su ayuda para poder conseguir el vínculo necesario con la población a la cual va dirigida mi propuesta: personas mayores de 60 años de la parroquia de Coeses que cumplan unos determinados criterios de inclusión.

Se plantea, por tanto, la implementación de un programa de actividades que se desarrollaría en tres meses más el tiempo necesario para la selección de participantes, evaluación de resultados y difusión de los mismos. La duración total del mismo rondaría los nueve meses. Durante los tres meses que le menciono anteriormente, se llevarían a cabo dos días a la semana en sesiones de dos horas de duración diferentes actividades basadas en los principios del envejecimiento activo y encaminadas a promover la calidad de vida de los mayores.

Quedo a su entera disposición para resolver cualquier duda que pueda surgirle al respecto y agradeciendo de antemano su atención y colaboración.

Reciba un cordial saludo,

Fdo.: Paula Feal Rodríguez

Terapeuta ocupacional

Anexo 2. Entrevista estructurada

Edad		
Sexo	Hombre	
	Mujer	
Estado civil	Soltero/a	
	Casado/a	
	Viudo/a	
	Separado/a	
	Divorciado/a	
Situación laboral	Sin empleo	
	Empleado/a o trabajador/a en activo	
	Trabajador/a jubilado/a parcialmente	
	Jubilado/a	
Nivel de estudios	Sin estudios	
	Estudios primarios	
	Estudios secundarios	
	Estudios superiores o universitarios	

Observaciones:

Anexo 3. Índice de Barthel

Índice de Barthel	
Nombre:	
Fecha:	
Observaciones:	
Comer	
10	Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc. pero es capaz de comer solo.
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.
Lavarse	
5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.
0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.
Vestirse	
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.
Arreglarse	
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda.
Deposición	
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia.
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
0	Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.
Micción	
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (sonda, orinal, pañal, etc.).
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos.
0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.
Ir al retrete	
10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.
Trasladarse cama/sillón	
15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física
5	Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.
Deambulación	
15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
5	Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión.
0	Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.
Subir y bajar escaleras	
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.
PUNTUACIÓN TOTAL	

Anexo 4. Escala de Lawton y Brody

Escala de Lawton y Brody	
Nombre:	
Fecha:	
Observaciones:	
Capacidad de usar el teléfono	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
Marca unos cuantos números bien conocidos	1
Contesta el teléfono pero no marca	1
No usa el teléfono	0
Ir de compras	
Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
Compra con independencia pequeñas cosas	0
Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
Completamente incapaz de ir de compras	0
Preparación de la comida	
Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
Cuidado de la casa	
Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. trabajos pesados)	1
Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama	1
Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	0
No participa en ninguna tarea doméstica	0
Lavado de la ropa	
Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
Lava ropa pequeña	1
Necesita que otro se ocupe del lavado	0
Uso de medios de transporte	
Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1
Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	1
Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
Responsabilidad sobre su medicación	
Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas	0
No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
Capacidad de manejar el dinero	
Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.	1
Incapaz de manejar el dinero	0
PUNTUACIÓN TOTAL	

Anexo 5. Cuestionario de Pfeiffer

Cuestionario de Pfeiffer	
Nombre:	
Fecha:	
Observaciones:	
	Errores
¿Qué día es hoy? <i>-día, mes, año-</i> .	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono? /¿Cuál es su dirección? <i>-preguntar solo si el paciente no tiene teléfono-</i> .	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? <i>-día, mes, año-</i> .	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuál es el primer apellido de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Anexo 6. Cuestionario de Salud SF-36

Cuestionario de salud SF-36

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto. Marque una sola respuesta.

1. En general, usted diría que su **salud** es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que 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

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 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**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 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
- 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 varias manzanas** (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 una sola manzana** (unos 100 metros)?

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

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

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

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

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

- 1 Sí
 2 No

15. Durante las 4 últimas 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 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

- 1 Sí
 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

- 1 Sí
 2 No

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

- 1 Sí
 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

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

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

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

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?.

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

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

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

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

26. Durante las 4 últimas 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 4 últimas 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 4 últimas 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 4 últimas 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 4 últimas 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 4 últimas 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 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?.

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

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

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

Anexo 7. Escala de Goldberg

“A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas”. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

Escala de Goldberg		
Fecha:		
Observaciones:		
Subescala de ansiedad		
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	Respuesta	Puntos
¿Ha estado muy preocupado por algo?		
¿Se ha sentido muy irritable?		
¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
Puntuación total		
<i>(Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)</i>		
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
¿Ha estado preocupado por su salud?		
¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
Puntuación total		
Subescala de depresión		
¿Se ha sentido con poca energía?	Respuesta	Puntos
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación total		
<i>(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)</i>		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
Puntuación total		
PUNTUACIÓN TOTAL (escala única)		

Anexo 8. Cuestionario de satisfacción

A continuación le presentamos una serie de cuestiones en las que deberá escribir su respuesta con un número según corresponda, siendo: 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = de acuerdo y 5 = totalmente de acuerdo. No la firme ni ponga su nombre; el cuestionario es completamente anónimo.

Cuestionario de satisfacción

Estoy satisfecho/a con las actividades planteadas en el programa en el que ha participado	
Me han parecido adecuados los horarios y lugares en los que se han llevado a cabo las diferentes actividades	
Me he sentido motivado/a a la hora de participar en las actividades del programa	
Cree que se han tenido en cuenta mis intereses a la hora de proponer las actividades del programa	
He podido tomar decisiones y hacer modificaciones sobre las actividades planteadas	
Noto cambios positivos en su día a día tras haber participado en el programa	
Valoro usted de forma especial que este programa se realice en un entorno como éste (rural)	
Me he sentido correctamente tratado por parte del profesional que ha guiado las actividades	
Me gustaría que el programa de actividades continuase	
Recomendaría este programa a algún conocido/a, familiar o amigo/a	

Nos gustaría que en este espacio pueda reflejar cualquier tipo de queja, sugerencia, opinión o cualquier otro aspecto que usted desee. Su aportación es importante para mejorar lo que estamos haciendo.

Anexo 9. Documento de colaboración

Don/Doña _____

con DNI _____

en calidad de _____

He leído la información que se me ha entregado; comprendo en qué consiste la propuesta de intervención planteada y se me ha dado la oportunidad de realizar las preguntas oportunas para resolver las dudas sobre la misma.

Por lo expuesto, presto libremente mi conformidad y doy mi autorización para que se ponga en marcha la propuesta: "Envejecimiento activo y Terapia Ocupacional: programa de intervención en un centro de dinamización social del entorno rural".

Asimismo, autorizo que se lleven a cabo las intervenciones en las instalaciones del Centro de dinamización social de Coeses: sala polivalente y Telecentro.

Firma y sello:

Anexo 10. Hoja de información y consentimiento para participar en el estudio

Usted ha sido invitado a participar en un proyecto de investigación acerca del Envejecimiento activo y la Terapia Ocupacional, en el que se realiza una propuesta de intervención en un Centro de dinamización social del ámbito rural.

Este proyecto será llevado a cabo por Paula Feal Rodríguez, terapeuta ocupacional, con DNI XXXXXXXXXX.

El objetivo de este estudio es desarrollar un programa de Terapia Ocupacional basado en el envejecimiento activo en la parroquia rural de Coeses (Lugo) con el fin de maximizar la calidad de vida de las personas mayores participantes.

Su participación, siempre voluntaria, consistirá en la asistencia a las diferentes sesiones planteadas en el programa de intervención, en las que se llevarán a cabo actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, acceso a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, actividades de ocio y tiempo libre y de participación social.

Riesgos y beneficios

Esta investigación no presenta riesgos asociados y el beneficio esperado del mismo es favorecer su calidad de vida.

Derechos y obligaciones de los participantes.

Su participación es totalmente voluntaria y tiene derecho a participar o a retirarse en cualquier momento. También tiene derecho a no contestar a los aspectos que no considere necesarios o apropiados y a recibir una copia de este documento. El participar en el mismo no genera ninguna obligación presente ni futura y el negarse a participar no le va a afectar en modo alguno.

Tómese su tiempo para leer este documento, para poder determinar si está conforme con la información tanto oral como escrita que ha recibido, considerar su participación, hacer preguntas y que todas ellas sean contestadas satisfactoriamente.

Don/Doña _____

con DNI _____

Tras haber leído este documento, acepto participar en el proyecto “Terapia Ocupacional y envejecimiento activo: intervención en un centro de dinamización social del entorno rural”. He comprendido el objetivo y el modo de desarrollar el programa de actividades y he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas. Por lo tanto, cedo los datos que puedan surgir de mi participación y que resulten de interés para el objetivo de este estudio, autorizando con ello la

posterior difusión de los mismos, respetando el anonimato y dentro de una estricta confidencialidad.

Firma:

Muchas gracias por su colaboración.