



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

La depresión en la “cuarta edad” desde el punto de vista de Terapia Ocupacional

Autor/es

Marta Sánchez Peña

Tutor

Isabel Gómez Soria

Facultad de Ciencias de la salud

Año 2013

INDICE

1.	RESUMEN	3
2.	INTRODUCCION	4
3.	OBJETIVOS.....	5
4.	METODOLOGIA	5
5.	DESARROLLO.....	13
6.	CONCLUSIONES	15
7.	BIBLIOGRAFIA	17
8.	ANEXOS.....	20

1. RESUMEN

El aumento progresivo de la esperanza de vida en nuestro país ha dado lugar a que cada vez exista un mayor número de personas mayores de 65 años y un mayor número de "octogenarios". A este grupo de predominio claramente femenino, cada vez mas longevo y dependiente se le denomina "cuarta edad" y tiene en común tener, en muchos casos, pluripatología asociada: enfermedades como las neurodegenerativas o trastornos emocionales como depresión y/o ansiedad; estar institucionalizados y haber sufrido importantes pérdidas y duelos (de familiares, hogar, hábitos, roles, entorno,...). El caso clínico que protagoniza este trabajo es reflejo de dicha situación: señora de 83 años, que lleva 9 en una residencia a la que ya llegó con un proceso degenerativo en curso y una depresión establecida. A continuación se pretende dejar constancia de la relevancia de la evaluación y reevaluaciones pertinentes y del tratamiento continuado de Terapia ocupacional para tratar de conseguir un mantenimiento de la funcionalidad, de las funciones cognitivas, de las habilidades y destrezas y del estado emocional, en el día a día del paciente; y de la relevancia de la intervención de Terapia Ocupacional en procesos agudos de empeoramiento.

2. INTRODUCCION

El progresivo envejecimiento de la población es, sobre todo en los países más desarrollados, un hecho irreversible; en España ya son 7.9 millones las personas que superan los 65 años y 2.2 millones las mayores de 80 años, y se calcula que en 2049, ya serán 5.6 millones (1), siendo este último grupo conocido como "*cuarta edad*" y siendo considerado un grupo mucho más vulnerable y dependiente (2). Ver en Anexos: Gráficos 1, 2 Y 3.

Esta situación ha traído consigo una "geriatrización" de la asistencia sociosanitaria, con un espectacular aumento del consumo de recursos por este sector de la población y una ineludible necesidad de buscar nuevos modos y modelos para afrontar los retos que plantea la atención a tan específico sector de población (3).

En la asistencia al anciano de mas de 80 años coinciden una larga serie de considerandos: alta prevalencia de enfermedad, tendencia de la misma hacia la cronicidad y las complicaciones; pluripatología, con la consiguiente polifarmacia, constante presencia de factores psíquicos y sociales condicionantes, feminización de la vejez. Todo ello ocasiona frecuentes situaciones de pérdida de capacidad funcional (3).

Sobre estas premisas...resulta obvio señalar que la Terapia ocupacional es un puntal esencial en la praxis geriátrica y la relación Terapia ocupacional-Geriatría es... un matrimonio indisoluble que comparte preocupaciones y objetivos comunes (3).

En este contexto, situamos a la paciente E. F. L., señora de 83 años de edad que reside en la Residencia Mayores de Alagón (Zaragoza) desde 2004 y que sufre las secuelas de un proceso neurodegenerativo secundario, en gran parte, al envejecimiento, desde hace años y además, padece síndrome ansioso-depresivo debido a la pérdida de sus dos principales figuras vinculantes: marido y único hijo.

El CIE-10 requiere la presencia de al menos tres síntomas de los siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida de interés y pérdida de energía, para los episodios depresivos graves (4); si bien éstos se presentan de manera diferente en los ancianos y a menudo se traducen en sentimientos de irritabilidad, disminución del placer, retraimiento social y síntomas físicos como disminución de la energía e insomnio (5). El DSM-IV-TR habla de que el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia continuada de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente (4).

E.F.L. es un ejemplo de pluripatología después de los ochenta años pero también un ejemplo de superación y también un ejemplo de cómo la Terapia ocupacional es parte esencial dentro del tratamiento integral continuado del octogenario en la institución geriátrica.

Así pues, el rol principal del terapeuta ocupacional en este caso es proporcionar servicios de Terapia Ocupacional de calidad, que incluyan valoración (con reevaluaciones periódicas para detectar cambios y tomar decisiones terapéuticas), diseño y planificación de objetivos, métodos de intervención y desarrollo de programas (6).

3. OBJETIVOS

- Comprobar el efecto del tratamiento de terapia ocupacional en mayores de ochenta años con pluripatología institucionalizados.
- Comprobar el efecto del tratamiento de terapia ocupacional en personas con problemas emocionales y/o trastornos psiquiátricos, así como en personas "víctimas de la soledad y el aislamiento".

4. METODOLOGIA

E.F.L. nació en 1929 en Torres de Berrellén, localidad cercana a su actual lugar de residencia, a donde llegó tras perder a su marido y a su único hijo hace 13 años, con el siguiente diagnóstico: atrofia cerebral, polineuropatía sensitiva en EEII, cardiopatía isquémica, síndrome ansioso

depresivo y otros trastornos, entre ellos: HTA y dislipemia. Acude a consultas de neurología periódicamente hasta 2010, año en el que es dada de alta por considerar que sufre un proceso degenerativo crónico y que no hay posibilidad de mejoría. Es autónoma en aseo y alimentación y camina con andador hasta 2010, pasando entonces a realizar los desplazamientos en silla de ruedas.

El centro en el que vive E.F.L. es una residencia pública de gestión privada (Aralia) que dispone de sesenta y seis plazas de asistidos, y que está integrada por cuarenta y tres trabajadores, entre los cuales figuran un médico, enfermeros, cuidadores, trabajador social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y psicólogo.

Desde la llegada de E.F.L., el terapeuta ocupacional realiza las valoraciones y reevaluaciones pertinentes, así como el resto del equipo interdisciplinar. En 2004, la evaluación de Terapia ofrecía los siguientes resultados:

- Mec de Lobo: 23/35: deterioro cognoscitivo.
- Barthel: 20/100.
- Yesavage: 9: depresión establecida.
- El Modelo de Ocupación Humana (MOHO), refleja los siguientes datos volicionales y de habituación, respectivamente (7):
 - o E.F.L., en entrevista personal, refiere no tener ninguna afición y no tener ganas de participar en ninguna actividad (“por vagancia” y por su elevada autoexigencia personal: “no lo haré bien”); E.F.L. también refiere tener muy buena relación con sus vecinos de Torres y con dos parejas de allí, los cuales le visitan de vez en cuando. En la escala de nivel de intereses, se muestra “sin interés” ante la mayoría de las actividades propuestas mostrando algo de interés por las actividades eclesióstias, música, pintura y charlas. Así pues, las puntuaciones obtenidas en el cuestionario volicional muestran a una persona con puntuaciones principalmente en el rango de pasivo, tanto en actividades

manuales-artísticas, como en actividades lúdicas (salidas, celebraciones, juegos...); y dudoso, siendo la pintura la única actividad en la que parece mostrar algo de entusiasmo.

- o E.F.L. siempre fue ama de casa, ese rol junto con el de madre y esposa, eran para ella de vital importancia; además disfrutaba “ejerciendo de amiga y vecina”. Todos esos roles los ha perdido. Además su rutina diaria está muy descompensada porque dedica todo su tiempo al descanso (aunque tiene insomnio) y a las actividades de la vida diaria (para ella es muy importante ser lo más independiente posible).

Objetivos generales de Terapia Ocupacional:

- Mantenimiento del máximo nivel de autonomía en ABVD.
- Tratamiento del síndrome ansioso depresivo.
- Compensación roles, pérdidas emocionales (marido e hijo), y de su soledad. En las Residencias, la experiencia de soledad depende en gran medida del tipo de asistencia prestada, de la relevancia que se da a la dimensión social, emocional y espiritual de la persona y de los recursos que se arbitran para responder a las necesidades en éstas áreas de la vida (8).
- Ayuda en el control de HTA y pluripatología, en general.

Objetivos operativos de Terapia Ocupacional:

- Evitar la pérdida de autonomía en aseo y alimentación.
- Mantenimiento de las funciones cognitivas.
- Retraso de la pérdida de la capacidad funcional en EESS.
- Prevención de caídas. Se ha encontrado una relación significativa entre el temor de caer y la restricción de la actividad, por un lado, y por otro, una cronificación de depresión y ansiedad. Por otro lado, tanto la ansiedad como la depresión, predicen una restricción de la actividad por miedo a caer y otros (9).

- Ocupación del tiempo libre y de ocio, con nuevas aficiones significativas y nuevas amistades: rutina compensada.

Tratamiento planteado desde Terapia Ocupacional:

- Terapia cognitiva grupal (3 sesiones por semana).
- Lectura del periódico (3 sesiones semana).
- Psicomotricidad (1 hora semana).
- Terapia funcional (1 hora semana).
- Terapia recreativa (2 sesiones semana).

Partiendo del enfoque globalizador de la terapia ocupacional, en el que observamos e incidimos en los aspectos tanto físicos como psíquicos o sociales (10), y teniendo en cuenta “la necesidad de utilizar la actividad ocupacional como procedimiento terapéutico” (11), trabajaremos con E.F.L. proporcionándole ocupaciones que sean significativas- social, cultural o individualmente-; con propósito –sólo sería válida como método de tratamiento aquella actividad que tuviera un fin, fuese aquél el del sujeto que la realiza o el del terapeuta ocupacional que la recomienda-, o útiles – utilidad del producto resultante-(12).

Para llevar a cabo el tratamiento, el terapeuta ocupacional dispone de una sala de terapia ocupacional de unos veinte metros cuadrados, para sesiones individuales y grupales; además cuenta con un despacho de unos cinco metros cuadrados dotado de ordenador y otros medios técnicos para realizar entrevistas, valoraciones o rellenar informes y también puede disponer del amplio salón de planta calle para actividades lúdicas.

En marzo del 2012, E.F.L. sufre un ingreso hospitalario a consecuencia de un cuadro sincopal con pico febril y vómito alimenticio y vuelve a la Residencia: muy desorientada, en silla de ruedas con contención mecánica, tiene una pérdida total de autonomía, disfagia para líquidos y sólidos y afasia motora; todo esto le afecta muchísimo emocionalmente.

Previo al ingreso hospitalario de E.F.L., la última valoración, de diciembre del 2011, daba los siguientes resultados:

- Mec de Lobo: 23/35, deterioro cognoscitivo.
- Barthel: 20/100.
- Yesavage: 10: depresión establecida.
- A nivel de desempeño ocupacional: A nivel volicional, E.F.L. no mostraba ningún interés (pasividad) y era incapaz de experimentar la sensación de goce o disfrute en la mayoría de las actividades lúdicas y/o recreativas, debido a su ansiedad; pero sí que mostraba interés en las actividades que ella entendía como parte del tratamiento rehabilitador y en todas aquellas que le ayudasen a mantener su nivel de autonomía (involucrado). Con el paso del tiempo, E.F.L. va aceptando participar en actividades lúdicas grupales e incluso en actividades manipulativas que sean de fácil comprensión y ejecución, destacando entre todas ellas la pintura (involucrado). A nivel habituacional, enseguida "conecta" con dos residentes: J.A.M. y M.S.P., recuperándose así el desempeño del rol de amiga, "vecina" y convirtiéndose el espacio físico de Terapia Ocupacional en el habitual punto de encuentro y fuente importante de gratificación sostenida por el intercambio recíproco de afecto y servicios.

Tras el ingreso hospitalario, en marzo del 2012, los resultados de la valoración de TO son:

- Mec de Lobo: 14/35
- Barthel: 0/100.
- Yesavage: 12: depresión severa.
- En relación al MOHO, el aspecto volicional de E.F.L. se encuentra gravemente afectado con un sentido negativo de causalidad personal y una autopercepción de incompetencia tremenda ya que no es capaz "ni tan siquiera" de alimentarse o asearse de forma independiente (dos actividades muy significativas para ella); y el subsistema habituacional está anulado.

Tras esta valoración, se marcan los siguientes objetivos:

Objetivos generales:

- Favorecer y facilitar la ejecución de la actividad a todos los niveles, evitando la aparición de frustración y aumentando la autoestima de E.F.L.
- Restaurar la máxima independencia funcional posible y el nivel de satisfacción vital, a través del análisis y selección de abordajes, métodos, técnicas y actividades que permitan al individuo desarrollar o mantener las habilidades adaptativas requeridas para soportar sus roles vitales.

Objetivos operativos:

- Recuperación de máxima autonomía personal en las ABVD: aseo y alimentación.
- Recuperación de máxima funcionalidad de EESS.
- Trabajo a nivel cognitivo, debido al descenso significativo de la puntuación en MEC.
- Ocupación del tiempo libre y de ocio, volviendo a establecer una rutina compensada y combatiendo la rutina tan pasiva y sin significado que tiene ahora.

Tratamiento planteado desde TO:

- ABVD: A partir del resultado obtenido en Barthel y tras detectar las principales limitaciones (debilidad muscular, disminución de la coordinación y a la incapacidad para asir correctamente determinados objetos), se procede con el siguiente método:
 - o Eliminación de barreras en entorno: se coloca mas abajo la estantería del baño en la que E.F.L. recoge sus enseres personales.

- Provisión de dispositivos de ayuda o productos de apoyo, si fuesen necesarios.
- Entrenamiento diario.

Se trabaja en cuanto al aseo: la higiene bucal y facial, que comprende, por un lado, el cepillado de dentadura postiza y los cuidados de la boca, y por otro, la limpieza de la cara, cuidado de la misma, limpieza de sus gafas y peinado (3). En cuanto a la alimentación se trabaja: capacidad de masticación y deglución. En ambos casos: postura, amplitud articular, coordinación, fuerza muscular y agarre digitopalmar para manejo de utensilios.

Al principio E.F.L. expresaba su insatisfacción y su pesar con el esfuerzo y tiempo necesarios para completar el desempeño de la tarea pero poco a poco ha ido mejorando en ejecución y temporalidad.

Recursos materiales: el aseo, los enseres de aseo de E.F.L. y para la alimentación, al principio y durante un tiempo, E.F.L. empleó cubiertos de plástico mas livianos, y en la actualidad, emplea cubiertos con mango engrosado y vaso engrosado y adaptado con asas, para facilitar la garra.

Lugar: el aseo se trabaja en su habitación y la alimentación en la sala de terapia ocupacional y en comedor.

- Terapia cognitivo-conductual (3 sesiones por semana). Se estimulan sobre todo niveles cognitivos no perdidos y capacidades de respuesta no deterioradas, pero también se trabajan habilidades en curso de extinción, con el fin de mantenerlas durante el mayor tiempo posible, conseguir una conducta más coherente y



algún grado de resocialización (3). Entrenamiento de:

- o Orientación a la realidad, utilizada tanto basalmente (adaptación del hábitat) como en las 3 sesiones estructuradas semanalmente.
- o Lenguaje (escrito y oral).
- o Orientación espacio-temporal, atención, percepción, memoria, praxis, relaciones espaciales, somatognosia, esquema corporal...
- o Lectura del periódico.
- o E.F.L. participa en un taller autobiográfico de Reminiscencia en el que elabora su propio "Libro de vida". Se ha demostrado que un taller de escritura (como "Share Your Life Store") es una intervención eficaz basada en la ocupación para usar con mayores que viven en residencias (13).

Recursos materiales empleados: periódico, calendarios, relojes, fichas de psicoestimulación...

- Terapia funcional de EESS (3 horas por semana).

Se trabajan las presas, sobretodo palmares y subtérmino-lateral (14) (en relación al aseo y la alimentación); las pinzas, la desviación radiocubital de muñeca, la pronosupinación de antebrazo y en general, el balance articular y muscular de miembros superiores; la coordinación oculomanual...

Recursos materiales: masilla terapéutica, pinzas, pinchos, tuercas, tornillos, ...

Y se continua, como antes con:

- Psicomotricidad (1 hora semana). Es importante alentar a estas personas (deprimidas) a moverse. Cuando Knauth (1975) reflexionaba sobre su enfermedad depresiva reconocía que las acciones más elementales lo ayudaron a sobrevivir (15).

Recursos materiales: aros, pelotas y dados de gomaespuma, picas, diana, bolos,...

- Terapia recreativa (2 o mas sesiones por semana)
 - o Terapia lúdica: juegos grupales como el bingo o juegos de mesa (en pizarra) como "el ahorcado" y otros... En ellos, se busca la progresiva recepción de ayudas, apoyos y arropos y en todo momento se evitarán las descalificaciones o el rechazo (14).
 - o Celebraciones de festividades, cumpleaños, Día de la Madre...
 - o Salidas y excursiones.
 - o Musicoterapia.

Recursos materiales: juegos, música...

- Actividades creativas: pintura. Las actividades creativas como pintar a menudo intensifican la expresión de aspectos profundos de nuestro yo y son útiles en los procesos de insight y autoconocimiento (16).

5. DESARROLLO

En junio del 2012:

- Barthel: 20/100.

E.F.L. vuelve a ser independiente en el aseo personal, aunque con dos limitaciones: necesita que le abran el tubo dentífrico y necesita ayuda para peinarse por detrás.

En relación a la disfagia, al principio se trabaja con E.F.L. la tolerancia al espesante en líquidos y poco a poco, éste se va reduciendo en cantidad; actualmente, no toma espesante; en cuanto

a la dieta, actualmente toma dieta triturada y blanda. Necesita ayuda para pelar y cortar. El terapeuta ocupacional y el trabajador social han propuesto al resto del equipo interdisciplinar que E.F.L. vuelva a comer en la planta O con sus amistades, pero por ahora, la respuesta es una negativa.

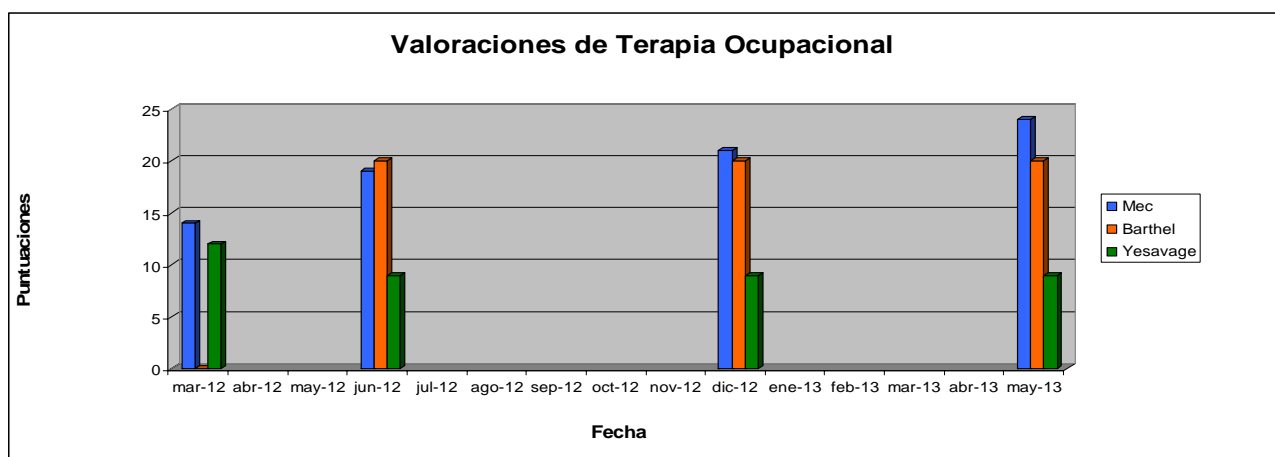
- Mec de Lobo: 19/35.
- Yesavage: 9: depresión establecida.
- En relación al MOHO, en el cuestionario volicional E.F.L. tiene puntuaciones mayoritariamente en el rango de espontáneo, sobretodo en el entrenamiento de las ABVD y también en pintura, actividades que para ella se han convertido en muy significativas y en las que muestra su orgullo ante los éxitos, intentando corregir errores y resolver problemas que puedan ir surgiendo; en cuanto a las actividades lúdicas (salidas, celebraciones), el rango mayoritario es involucrado, participando en la mayoría de ellas pero por insistencia del terapeuta ocupacional y resto del equipo. A nivel habitual, E.F.L. ha recuperado los roles de amiga, "vecina", aficionada a y participante en; además E.F.L. ha vuelto a recuperar una compensación en su rutina diaria y eso ha hecho que aumente su autoestima y mejore su estado de ánimo.

La intervención de Terapia Ocupacional es un proceso dinámico que requiere controles periódicos que permitan comprobar en la práctica si los objetivos planificados se están alcanzando o no, o si existe la necesidad de realizar cambios en la estrategia seguida (6). En reevaluaciones posteriores, se observa un mantenimiento e incluso mejoría en la capacidad funcional, en la cognición, en habilidades y destrezas así como en el desempeño ocupacional. Así, en diciembre del 2012:

- Barthel: 20/100.
- Mec de Lobo: 21/35.
- Yesavage: 9: depresión establecida

Y en mayo del 2013:

- Barthel: 20/100.
- Mec de Lobo: 24/35.
- Yesavage: 9: depresión establecida.



E.F.L. cumplimenta un cuestionario de satisfacción (en anexos) (17), en el que se muestra muy contenta por el trato y atención recibida por parte del terapeuta y del resto del equipo y muy orgullosa de poder colaborar en la elaboración de este trabajo.

6. CONCLUSIONES

A mi juicio y a juicio del resto del equipo interdisciplinar que atiende a E.F.L., la intervención de Terapia Ocupacional ha sido determinante para el mantenimiento de un nivel de autonomía muy similar al de hace 9 años, cuando E.F.L. llegó a la Residencia, con una escasa red familiar de apoyo y una pluripatología importante. E.F.L. ha logrado una estabilidad emocional dentro de la depresión que padece y, pese a lo que se podía prever ha retomado intereses, ha encontrado actividades significativas como la pintura y desempeña nuevos roles, consiguiendo con todo esto una rutina compensada. En contraposición a los resultados de estudios que afirman que la retirada de intereses en la "cuarta edad" es mucho mas acusada que en la "tercera edad", así como la disminución de la participación social (18); la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser de gran utilidad para

ayudar a superar la depresión. Un número elevado de resultados de estudios han mostrado de forma consistente que la terapia cognitivo-conductual es al menos tan eficaz como la farmacoterapia para el tratamiento de los síntomas (19).

Este trabajo apoya los resultados de investigaciones que defienden el potencial de la plasticidad en la edad avanzada (20) y aunque bien es cierto, que la cuarta edad conlleva un nivel de incompletitud biocultural, vulnerabilidad e incertidumbre distinta a la tercera edad, se requieren nuevos esfuerzos teóricos y prácticos para hacer frente a los desafíos de un mayor número de los mas ancianos y a la alta prevalencia asociada de fragilidad y formas de mortalidad psicológica (pérdida de la identidad, de la autonomía psicológica y del sentido de control)(21).

7. BIBLIOGRAFIA

- (1) Imsero, envejecimiento activo. Libro blanco del envejecimiento activo. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad: Imsero.es; 2011. Disponible en: http://www.imsero.es/imsero_01/envejecimiento_activo/libro_blanco/index.htm
- (2) Andrés Sendra, J. "Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones". Primera edición. España: Ideas propias; 2009.
- (3) Durante Molina P, Pedro Tarrés P. "Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica". Primera edición. Barcelona: Masson; 1998.
- (4) López-Ibor Aliño J.J., Valdés Miyar M. "DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Primera edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2002.
- (5) Mann W. C., Johnson J. L., Lynch L. G., Justiss M. D., Tomita M., Wu S. S. "Changes in Impairment Level, Functional Status, and Use of Assistive Devices by Older People With Depressive Symptoms". The American Journal of Occupational Therapy. 2008.
- (6) Polonio López B. "Terapia ocupacional en geriatría: 15 casos prácticos". Primera edición. Madrid: Editorial Médica panamericana; 2001.
- (7) Kielhofner G. "Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación". Tercera edición. Buenos Aires: Editorial Medica panamericana; 2004.
- (8) Carlos Bermejo J. "Cuidar a las personas mayores dependientes". Primera edición. Santander: Ed. Sal Terrae; 2002.

(9) Painter J.A., Allison L., Dhingra P., Daughtery J., Cogdill K., Trujillo L.G. "Fear of falling and its relationship with anxiety, depression, and activity engagement among community-dwelling older adults". Occupational Therapy Department, College of Allied Health Sciences, East Carolina University, 3305 F Health Sciences Building, Greenville, NC 27858, USA; 2012.

(10) de salas Vara de Rey E. V Congreso europeo de terapia ocupacional. Primera edición. Madrid: Artes Gráficas Iris, S.A.; 1997.

(11) Gómez Tolón, J. Fundamentos metodológicos de la terapia ocupacional. Primera edición. Zaragoza: Mira editores; 1997.

(12) Moruno Miralles P., Romero Ayuso Dulce maría. "Actividades de la vida diaria". Primera edición. Barcelona: Ed. Masson; 2006.

(13) Chippendale T., Bear-Lehman J., "Effect of life review writing on depressive symptoms in older adults: a randomized controlled trial". Department of Occupational Therapy, Graduate School of Arts and Sciences, Tufts University, 26 Winthrop Street, Medford, MA 02155, USA, 2012.

(14) Gómez Tolón J. "Habilidades y destrezas en terapia ocupacional". Primera edición. Zaragoza: Ed. Mira editores; 2000.

(15) Blesedell Crepeau E., S. Cohn E., Boyt Schell B. "Willard & Spackman Terapia Ocupacional" 10ª edición. Editorial Médica panamericana. 2005. Madrid.

(16) García-Margallo P. "Manual de dinámica grupal en Terapia Ocupacional". Primera edición. Ed. Aytona Tosa S.L.; 2008.

(17) Valero Merlos E., San Juan Jiménez M. "Manual teórico práctico de Terapia Ocupacional. Intervención desde la infancia a la vejez". Primera edición. Editorial Monsa-Prayma Ediciones; 2010.

(18) Thomas Dowd E. "Depression: Theory, assessment, and new directions in practice". International journal of clinical and health psychology, ISSN 1697-2600, Vol. 4, N^o. 2: 2004.

(19) Adams K.B., Roberts A.R. "Changes in activity and interest in the third and fourth age: associations with health, functioning and depressive symptoms". SourceMandel School of Applied Social Sciences, Case Western Reserve University, Cleveland, OH 44106, USA. 2010.

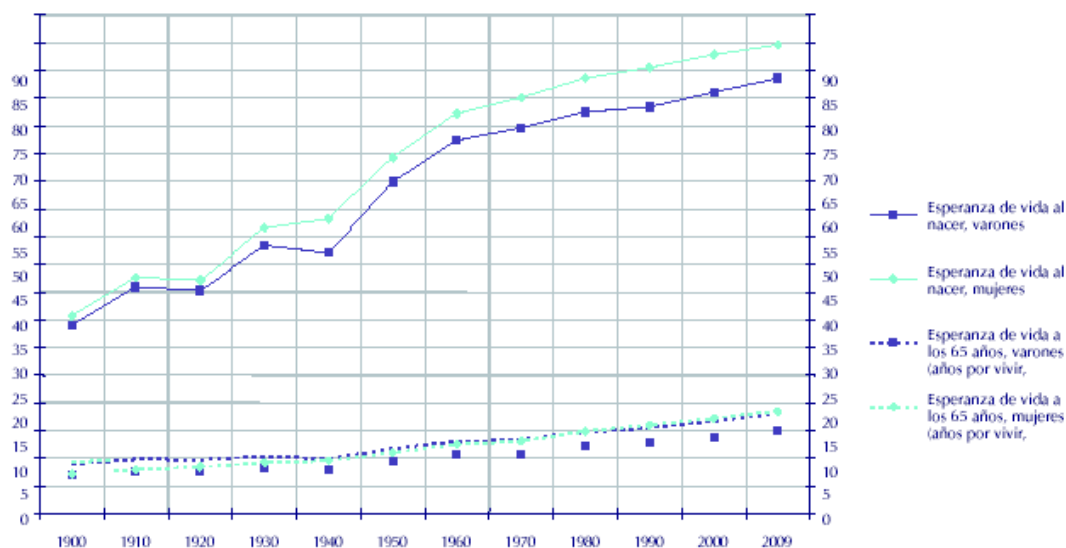
(20) Zinke K., Zeintl M., Eschen A., Herzog C., Kliegel M. "Potentials and Limits of Plasticity Induced by Working Memory Training in Old-Old Age". Gerontology. 2012.

(21) Baltes P. B., Smith J. "New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age". Gerontology. 2003.

8. ANEXOS

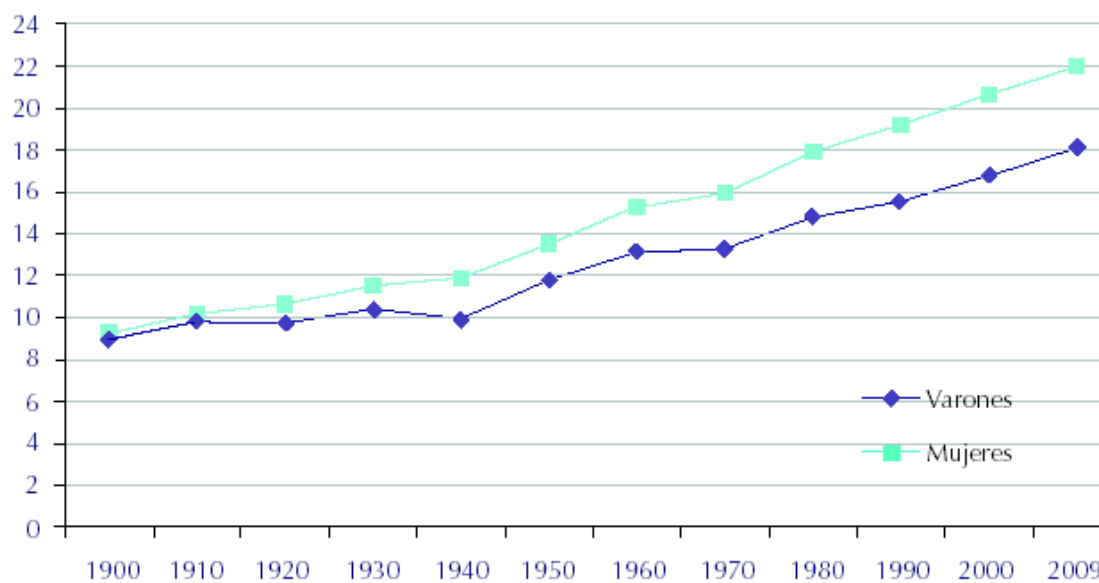
8.1. GRAFICOS

GRAFICO 1. ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO, 2000-2009.



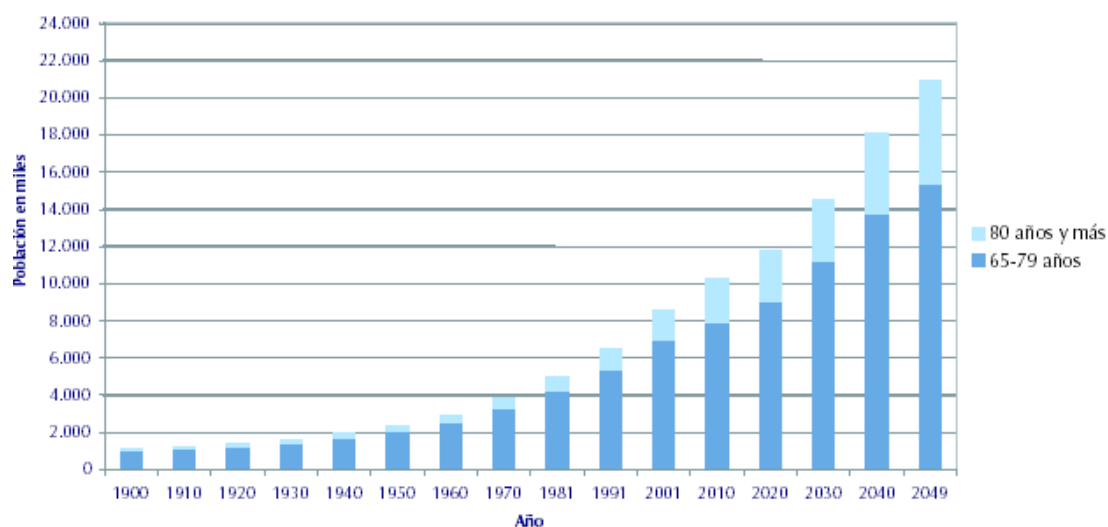
Fuente: Años 1900-1998. INE. Anuario estadístico de España 2004. Demografía.
Año 2000-2009. INE. Tablas de mortalidad de la población de España.

GRAFICO 2. ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS POR SEXO, 1900-2009.



Fuente: Años 1900-1998. INE. Anuario estadístico de España 2004. Demografía.
Año 2000-2009. INE. Tablas de mortalidad de la población de España.

GRAFICO 3. EVOLUCION DE LA POBLACION MAYOR, 1900-2049.



fuente: 1900-2001 Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001.

2020-2049: INE: INEBASE. Proyecciones de población a largo plazo. 2009-2049. Consulta en febrero de 2010.

2010: INE: INEBASE: Avance del Padrón a 1 de enero de 2010.

8.2. CUESTIONARIO DE SATISFACCION (17)

Ante las siguientes preguntas, responde con:

- MB: muy buena.
- B: buena.
- R: regular
- M: mala
- MM: muy mala.

1. ¿Cómo valora la forma de explicarle el motivo del tratamiento? **MB**
2. ¿Cómo valora nuestra puntualidad asistencial? **MB**
3. ¿Cómo valora el trato recibido por parte del terapeuta ocupacional?
MB
4. ¿Está satisfecho con el plan de tratamiento recibido? **MB**
5. ¿Cómo valora el trato del resto de profesionales del centro? **B**
6. ¿Qué opinión tiene sobre las indicaciones dadas para continuar con su vida diaria? **B**
7. ¿Qué le parece la idea de que se utilice su caso con fines clínicos, de trabajo o de investigación? **MB**
8. La atención que ha recibido y recibe por parte del servicio de terapia ocupacional ha sido y es **MB** (14).

8.3. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado para Participantes del Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional de la Facultad de las Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en este Trabajo de Fin de Grado con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

El presente Trabajo de Fin de Grado es conducida por MARTA SANCHEZ PEÑA, de la Universidad de Zaragoza. Facultad de las Ciencias de la Salud. La meta de este Trabajo de Fin de Grado es APORTAR AL CONOCIMIENTO COMO Y CUANTO BENEFICIA LA TERAPIA OCUPACIONAL A UN PACIENTE OCTOGENARIO CON DEPRESION.

Si usted accede a participar en este Trabajo de Fin de Grado, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se registrará por escrito, de modo que el investigador/estudiante pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. Además el investigador/estudiante podrá participa como observador o como asistente en el tratamiento de Terapia Ocupacional, del cual usted es beneficiario.

La participación en este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este Trabajo de Fin de Grado. Sus respuestas a los cuestionario y a la entrevistas serán tratadas asegurando el anonimato.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por MARTA SANCHEZ PEÑA. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es APORTAR INFORMACION ACERCA DE LA PRACTICA BASADA EN LA EVIDENCIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA CUARTA EDAD CON DEPRESION.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a MARTA SANCHEZ PEÑA al teléfono 976613247.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a MARTA SANCHEZ PEÑA al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

20 - MAYO - 2013

