

## TERAPIA OCUPACIONAL EN CENTROS DE MAYORES

## OCCUPATIONAL THERAPY IN SENIORS CENTERS

**Palabras clave:** Personas mayores, Terapia Ocupacional, Centros de Mayores, Promoción de la Salud, Prevención de la discapacidad.

**Key words:** Older people, Occupational Therapy, Seniors Centers, Health Promotion and Disability Prevention.

**DECS** Anciano Frágil, Terapia Ocupacional, Viviendas para Ancianos, Promoción de la Salud y Prevención primaria.

**MESH** Frail Elderly, Occupational Therapy, Housing for the Elderly, Health Promotion and Primary Prevention.

### **Dña. Vanesa Alcántara Porcuna.**

*Terapeuta ocupacional del Centro Municipal de Mayores del Distrito de Hortaleza. Madrid.*

### **Dña. Mireia Ruiz García**

*Terapeuta ocupacional del Centro Cívico La Solana. Talavera de la Reina.*

### **D. Pedro Moruno Miralles**

*Doctor en Psicología. Terapeuta ocupacional. Profesor titular de la Diplomatura de Terapia ocupacional del C. E. U. de Talavera de la Reina. Universidad de Castilla La-Mancha.*

### **Como citar el texto en sucesivas ocasiones:**

Alcántara Porcuna V, Ruiz García M, Moruno Miralles P. Terapia ocupacional en centros de mayores. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010 [citado fecha]; monog. 3: 92-121 Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/centrosmayores.pdf>

## Introducción

Motivada por la mejora del mensaje transmitido por el término "envejecimiento saludable" -concepto que hasta finales de la década de 1990 servía de guía para la elaboración de políticas y programas en materia de envejecimiento-, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone el término "envejecimiento activo"<sup>1</sup> como:

*"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" (OMS, 2002)*

Este término<sup>2</sup> trata de fomentar la consecución de una esperanza de vida saludable, gracias a la promoción de políticas y programas cuyos objetivos principales se centran en la

<sup>1</sup> La Organización Mundial de la Salud, señala que el término "activo" no sólo hace referencia a la capacidad de estar activo físicamente, sino que también debemos tener en cuenta la participación en cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas.

<sup>2</sup> Basado en los Principios de Naciones Unidas –independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos- y en los derechos humanos de las personas mayores.

## RESUMEN

El objetivo de este artículo, es principalmente, definir y desarrollar la función e importancia de la Terapia Ocupacional en los Centros de Mayores. Se realiza en primer lugar una descripción general del recurso, a continuación se detalla el importante papel del Terapeuta Ocupacional en este tipo de centros y como mediante del desarrollo de estrategias de promoción de la salud, prevención de la discapacidad y apoyo a la vida independiente, puede ayudar a las personas mayores a permanecer en su entorno habitual en unas condiciones óptimas, el mayor tiempo posible.

## SUMMARY

The aim of this article, it is principally, to define and to develop the function and importance of the Occupational Therapy in Seniors Centers. First, a general description of the resource is realized, later there is detailed the important role of the Occupational Therapist in this type of centers and like by means of the development of strategies of health promotion, disability prevention and independent living, it can help the older people to remain in their habitual environment in a few ideal conditions, the most possible time.

que acarrea el proceso de envejecimiento; sobre todo, las enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas, que se convierten en las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad en todas las regiones del mundo (1), así como las lesiones que se pueden producir a consecuencia de accidentes en la tercera edad.

Estos programas deben dirigirse hacia la prevención de la enfermedad y la discapacidad y hacia la promoción de la salud. Un tratamiento preventivo correcto no sólo debe reducir el riesgo de padecer enfermedades entre la población anciana o reducir los factores de riesgo que las producen, sino que, además, puede ayudar a detener su avance y a atenuar las consecuencias de estas enfermedades una vez establecidas (OMS 1998) evitando de este modo situaciones de dependencia y discapacidad.

Según la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado<sup>3</sup> (Carta Bangkok, 2005), la promoción de la salud se define como: "el proceso de capacitar a las personas para ejercer un mayor control sobre los

independencia y en la autonomía a lo largo del proceso de envejecimiento. De esta forma se persigue un doble propósito: aumentar la calidad de vida de las personas mayores y contrarrestar el aumento de gastos, tanto económicos como sociales, que genera el crecimiento de la población anciana a nivel mundial. Para ello, se deben tener en cuenta todos los problemas

<sup>3</sup> La Carta de Bangkok, complementa los principios y valores establecidos en la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud.

determinantes de su salud y mejorar así ésta". Hickey y Stiwell (2004) mantienen que la promoción de la salud se debe enfocar hacia la prevención de la progresión de la enfermedad y, señalan también, que dichos programas deben diseñarse para ayudar a los ancianos a mantener su independencia funcional y su autonomía el mayor tiempo posible.

De este modo se trata de conseguir una esperanza de vida saludable, el aumento o mantenimiento de la calidad de vida de las personas a medida que vayan envejeciendo, así como una menor incidencia de condiciones de discapacidad asociadas a enfermedades crónicas. La consecución de estos propósitos incidirá, paralelamente, en la disminución de los gastos asociados a tratamientos médicos y asistenciales<sup>4</sup>. Dado el notable aumento de la población anciana en los últimos años y el descenso de la natalidad, si no se siguen estas recomendaciones, el envejecimiento cada vez impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países (OMS, 2002)). Gracias a los programas y políticas basados en el concepto de envejecimiento activo, cada vez existirá un mayor número de personas mayores sanas, que podrán contribuir de una manera valiosa mediante su participación activa en ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos, así como en trabajos remunerados o voluntarios y en la vida familiar y comunitaria.

Por estos motivos será necesario que cualquier programa pensado para las personas mayores –entre ellos, los programas llevados a cabo en los Centros de Mayores- esté orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y la discapacidad.

Partimos, por tanto, de esta perspectiva al considerar la filosofía y el diseño de Programas de Terapia Ocupacional en Centros de Mayores, en la medida en

---

<sup>4</sup> El gasto público no está necesariamente asociado al proceso de envejecimiento, pero si que está directamente relacionado con la discapacidad y la mala salud de las personas mayores. Si a través de dichos programas se consigue evitar dichas situaciones, este gasto público se verá notablemente reducido, pudiendo destinar más recursos económicos y sociales, por ejemplo, al tratamiento de otras enfermedades o a otros grupos de edad.

que nuestra disciplina puede contribuir a la promoción de la salud y a la prevención de la discapacidad y la dependencia, a través del desarrollo de actividades significativas en las que participen activamente las personas mayores.

## **1. Características generales de los Centros de Mayores**

### *2.1 Definición*

Cada vez son más las personas mayores que permanecen en su domicilio hasta edades más avanzadas. Cada vez con más frecuencia estas personas demandan servicios comunitarios que se adecuen a sus necesidades e intereses. Los recursos comunitarios que pueden satisfacer las necesidades de los ancianos no institucionalizados son variados, entre ellos podemos encontrar los Centros de Mayores, que juegan un papel fundamental en la convivencia, integración y participación de la población anciana en su comunidad de pertenencia.

Los Centros de Mayores son establecimientos sociales de tipo comunitario, abiertos y en ningún caso residenciales, generalmente gestionados por entidades públicas, ya sean autonómicas o locales, aunque también hay casos en los que están gestionados por entidades privadas. Cuando la gestión se realiza por la administración pública, pueden depender directamente de los Servicios Regionales de Bienestar Social o de los Servicios Sociales del Ayuntamiento correspondientes al ámbito territorial en el que esté ubicado el centro. En el territorio Español la denominación de este recurso es muy diversa; entre otras, podemos encontrar: Centro de Mayores, Centro de Día para Personas Mayores y Hogares de Jubilados o de Pensionistas. Independientemente del nombre que se le otorgue su funcionamiento es muy similar.

El propósito general de estos centros es promover la convivencia, la participación e integración social y la autorrealización de las personas mayores, por medio de la realización de actividades socioculturales y recreativas para la ocupación satisfactoria del tiempo libre y para la prevención de situaciones de riesgo, aislamiento y soledad. Abiertos al público durante el día, suelen contar también con servicios de atención social y asistencial que ayuden a las personas mayores a permanecer en su entorno el mayor tiempo posible, mejorando de este modo su calidad de vida. Un ejemplo de estos servicios asistenciales serían los prestados por los departamentos de Terapia Ocupacional y Fisioterapia que se encuentran en algunos Centros de Mayores.

Por último, nos gustaría señalar que la Dirección de los Centros de Mayores será la encargada de representar a la entidad que los gestiona, ya sea pública o privada, del correcto funcionamiento del recurso y del desarrollo de los programas de actividades de cada Centro. En el caso de los Centros de Mayores dependientes de la Administración Pública, la contratación de los servicios – como, por ejemplo, el de Terapia Ocupacional- podrá realizarse a través de empresas privadas dedicadas a desarrollar servicios de tipo social. Dado el gran número de socios con los que cuentan estos centros es necesaria la existencia de una Junta Directiva, formada por los propios mayores, que ejerza de intermediaria entre la entidad encargada de la gestión del centro y sus socios. Los componentes de esta Junta Directiva, se eligen por los propios mayores mediante votación.

### *Objetivos generales*

El propósito general de los Centro de Mayores descrito anteriormente gira en torno a la consecución de los siguientes objetivos principales:

- Favorecer la independencia y la autonomía personal, posibilitando que la persona mayor permanezca en su entorno habitual evitando la institucionalización.
- Dotar de un lugar de encuentro donde establecer vínculos sociales que faciliten la ampliación de las redes de apoyo social.

- Favorecer la satisfacción personal y el disfrute de la vida, por medio del desarrollo de actividades sociales y personales significativas.
- Favorecer el contacto social y el intercambio de experiencias.
- Ofrecer alternativas de ocio activo.
- Reforzar el mantenimiento de las capacidades funcionales de las personas mayores, actuando desde un enfoque preventivo que promueva su bienestar, salud y calidad de vida.
- Apoyar la creación de grupos autónomos para el desarrollo de actividades.
- Desarrollar acciones socio-educativas de carácter individual y grupal.

Como se puede comprobar, algunos de estos objetivos encajan perfectamente con los presupuestos básicos de la terapia ocupacional, por lo que el terapeuta puede, partiendo de estos objetivos generales, desarrollarlos y llevarlos a cabo dentro de su quehacer profesional en los Centro de Mayores.

### *2.3. Servicios y actividades.*

Dada la diversidad de entidades que se encargan de la gestión de los Centros de Mayores es difícil establecer cuáles son los servicios típicos que se ofertan. No obstante, por lo general, podemos afirmar que estos establecimientos suelen contar con las siguientes áreas y servicios:

- Área social.
- Gimnasio.
- Salas de Talleres.
- Peluquería.
- Podología.
- Cafetería y Comedor.
- Biblioteca

De igual forma sucede a la hora de describir el equipo multidisciplinar que podemos encontrar en cada centro y sus funciones. Normalmente, el programa de actividades generales de cada centro suelen ser coordinado por un animador sociocultural. Sin embargo, teniendo en cuenta los objetivos generales señalados en el epígrafe anterior, cada vez en más Centros de Mayores encontramos otros profesionales -como terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas- encargados de la realización de programas especializados independientes del programa de animación sociocultural.

En los Centros de Mayores se impulsan una gran variedad de actividades para:

- El mantenimiento de una vida autónoma y desarrollo personal: actividades de preparación para la jubilación, hogar y cocina, alfabetización, cultura general, etc.
- El fomento de habilidades manuales: actividades manuales como la realización de alfombras, abalorios, bolillos, pintura en tela, macramé, cestería, cerámica, etc.
- El disfrute del tiempo libre y de ocio: baile semanal del centro, campeonatos de ajedrez, cartas, petanca y celebraciones de acontecimientos señalados.
- La promoción de la salud: programa de actividad física, taller de memoria, mejora del sueño, psicomotricidad, relajación, taller de vida saludable, etc.
- El fomento de proyectos intergeneracionales: jornada de puertas abiertas, cuentacuentos, escuela de abuelos, día del nieto, etc.
- El desarrollo personal a través de talleres, conferencias, viajes culturales y expresiones artísticas.

Los Centros de Mayores son también un recurso excelente para fomentar los programas de Voluntariado. Muchos de los talleres que se realizan en ellos pueden ser dirigidos por los propios mayores, que ejercen de monitores voluntarios, permitiéndoles así participar de una manera activa en el funcionamiento del centro.

Para finalizar este epígrafe nos gustaría enfatizar la importancia de diferenciar los Centros de Mayores de los denominados Centros de Día de atención a Personas Mayores o Servicios de Atención Diurna. Aunque el fin último de ambos recursos es mantener, durante el mayor tiempo posible, la calidad de vida de la población anciana que reside en su domicilio, los Centros de Día tienen, fundamentalmente, carácter rehabilitador. Están, por tanto, diseñados

#### *2. 4. Características de la población.*

Los Centros de Mayores se rigen por unos estatutos propios de cada Ayuntamiento o Comunidad Autónoma. Sin embargo, existen criterios comunes a todos ellos y, en lo que respecta a las características de las personas que participan, deben cumplirse, al menos estos tres requisitos:

- Ser mayor de 65 años o pensionista mayor de 60 años<sup>5</sup>. En algunos casos se permite ser socio a aquellas personas que tengan una minusvalía y estén en posesión del carné de pensionista. En este último caso, dependiendo de cada centro, se les permitirá participar en las actividades o sólo hacer uso de las instalaciones pero sin poder participar en las actividades programadas por el mismo.
- Estar empadronado en la población o distrito en el que se encuentre ubicado el centro.
- No padecer enfermedad infecto-contagiosa, ni trastornos susceptibles de alterar la normal convivencia del Centro.

Más allá de los requisitos específicos del centro, en general, el perfil de los socios de los centros de mayores es:

- Jubilad@ entre 65 y 85 años. La asistencia del anciano al centro se extenderá hasta el momento que, por causa mayor, no pueda desplazarse hasta él. Según el IMSERSO (Imsero, 2004), la edad media del usuario de los Centros de Mayores se sitúa en 70 años.

---

<sup>5</sup> También pueden participar en las actividades establecidas en los centros los respectivos cónyuges o parejas de hecho de los participantes y, en algunos casos, aquellas personas jubiladas o pre-jubiladas mayores de 60 años.

- Mujer. En el Informe de la Situación de las Personas Mayores en España. (Imerso, 2004), se refleja que un 55% de los ancianos que asisten a este tipo de establecimiento son mujeres.
- Nivel de estudios o formación variable<sup>6</sup>, aunque predomina un nivel medio–bajo.
- Sin patología invalidante en el momento actual, aunque es muy común que presenten distintas enfermedades: osteoarticulares (artritis, artrosis, osteoporosis), hipertensión arterial, diabetes, glaucoma (u otras alteraciones visuales como cataratas), enfermedades cardiopulmonares y cáncer; en general, patologías crónicas que en momento presente no generan cuadros de dependencia<sup>7</sup>.
- Asimismo, es frecuente encontrar casos de personas mayores frágiles, sobre todo mujeres mayores, viudas, que viven solas y con un nivel sociocultural bajo. Este último dato es de suma importancia; dado que las políticas respecto a las personas mayores enfatizan la necesidad de detección precoz del anciano frágil, los Centros de Mayores constituyen un recurso privilegiado para llevar a cabo esta labor. Por esta razón, entre otras, consideramos que es imprescindible la participación en los Centros de Mayores de profesionales especializados en tal cometido, como es el caso de los terapeutas ocupacionales.
- Viven solos en su domicilio o con su pareja (en algunos casos todavía tienen hijos que conviven con ellos o prestan cuidados a otros familiares). Frecuentemente, los ancianos que acuden a los Centros de Mayores son viudos, con un mayor número de mujeres viudas que de hombres.
- Nivel socioeconómico medio–bajo. Es difícil establecer el nivel socioeconómico de los usuarios de los Centros de Mayores, ya que hay que tener en cuenta la zona geográfica en que se encuentra ubicado, así

---

<sup>6</sup> En la actualidad, no existen datos que reflejen con exactitud cual es el nivel de estudios o formación de las personas mayores en los Centros de Mayores. Sin embargo, puede servirnos de orientación los datos arrojados por el IMSERSO (2004), ya que asumimos que los participantes en los Centros de Mayores residen en su comunidad. En el informe del IMSERSO citado anteriormente se refleja que aproximadamente un 9,7% de los ancianos mayores de 65 años son analfabetos, un 28,4 % tiene Estudios Primarios incompletos, un 46,3 % Estudios Primarios Completos, un 6,5 Estudios secundarios 1ª etapa, un 3,9 Estudios Secundarios 2ª etapa y un 5,2 % Estudios Superiores. Las mujeres tienen un nivel educativo inferior a los hombres.

<sup>7</sup> Aunque al ser un recurso abierto a todas las personas mayores que residen en su comunidad, independientemente de su estado de salud, podremos encontrar casos de esclerosis, parkinson, fibromialgia, demencia, etc.

como la pensión de la que disfruten. Los ingresos de los mayores proceden principalmente del Sistema Público de Pensiones y del sistema de pensiones no contributivas de la Seguridad Social. En la II Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento (2002) se reflejó que la posición económica de las personas mayores es inferior a la posición media del resto de hogares españoles y que los hogares encabezados por mayores son los que mayor riesgo tienen de pobreza (Sancho M. et al, 2002). Además arrojan datos como que en más de la mitad de estos hogares, no se pueden afrontar gastos para cambiar el mobiliario, instalar y mantener un sistema de calefacción o afrontar los gastos de una semana de vacaciones. Como media los mayores varones reciben una pensión de 586,20 euros al mes, mientras que las mujeres reciben 348,33 euros (Sancho M. et al, 2002), esto se debe a que las pensiones de los varones provienen de pensiones de jubilación, mientras que en la mayoría de las mujeres son pensiones de supervivencia.

- Son autónomos en las Actividades Básicas de la Vida Diaria, o las limitaciones existentes en su desempeño son mínimas.

Estas son algunas de las características del perfil típico de los participantes en los Centros de Mayores, aunque, ya que la variedad de las características personales es muy amplia, es difícil establecerlo más detalladamente<sup>8</sup>.

## **2. Terapia ocupacional en Centros de Mayores**

### *3.1 Marco teórico*

Sin duda, el presupuesto central en que se sustenta la disciplina de la terapia ocupacional –aunque simple, pleno de consecuencias–, sostiene que aquellas actividades que los seres humanos percibimos como ocupaciones significativas influyen en nuestro estado de salud y bienestar.<sup>9</sup> Este punto de vista coincide

---

<sup>8</sup> Por ejemplo, la ubicación del centro de mayores en un entorno urbano o rural, la edad media de los participantes o particularidades culturales de ámbito regional pueden hacer variar el perfil y, consecuentemente, las necesidades y prioridades de los individuos.

<sup>9</sup> Las relaciones entre la ocupación y la salud han sido profusamente descritas en la literatura de terapia ocupacional, entre otros: Clark et al. (1991, 1998); Christiansen y Baum (1997); Creek (1997); Hagedorn (1997); Kielhofner (2002); Moruno (2003, 2006); Mosey (1986); Punward y Peloquin (2000); Reed y Sanderson (1999); Romero y Moruno (2003);

con el enfoque de la Organización Mundial de la Salud, que concibe la salud no sólo como ausencia de enfermedad, sino desde un punto mucho más amplio, relacionada con la capacidad de acción y participación social de los individuos,<sup>10</sup> tal y como queda reflejado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS, 2001).

En los últimos años este concepto de salud ha quedado reflejado en la literatura especializada sobre envejecimiento, que se aleja de los modelos médicos tradicionales<sup>11</sup>, orientados mayormente hacia la curación y control de los efectos de la enfermedad, para enfocarse en la promoción del envejecimiento activo, como hemos descrito más arriba. De esta forma, el énfasis colocado en promover un envejecimiento activo recae en la promoción y mantenimiento de la salud, así como en la prevención de enfermedades y discapacidades, que contrarreste la prevalencia de los grandes síndromes geriátricos que contribuyen a la mortalidad y morbilidad entre la población anciana.<sup>12</sup>

Este cambio de enfoque ha colocado en un lugar preeminente las intervenciones centradas en los cambios del estilo de vida durante la vejez, dado que este puede contribuir al mantenimiento de la salud y de la independencia personal del anciano. Tal y como señalan Carlson et al (1998):

---

Trombly (2001); Turner (1996); Townsend et al. (1997); Wilcock (1998); Willard and Spackman. (1998, 2005); Yerxa (1993); Zemke (1996).

10 De acuerdo con la OMS, la salud está relacionada y puede verse influida por la reducción de los niveles de activación o la presencia de déficit que impiden o disminuyen la realización de actividades o restringen la participación social; por la limitación del número de ocupaciones desempeñadas por un individuo; por la modificación de los contextos (eventos o personas) que influyen en el desempeño de ocupaciones y por la igualdad de oportunidades que alteran el potencial para buscar metas, adquirir responsabilidades y satisfacer necesidades individuales.

11 Como es bien sabido, a pesar de que los avances médicos y quirúrgicos para el tratamiento de las condiciones crónicas como la artritis, los trastornos cardiorrespiratorios, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer y los traumatismos –trastornos con una gran prevalencia entre la población anciana- aumentan la supervivencia de la población que padece estas enfermedades, la medicina convencional y rehabilitadora se muestran menos eficaces para erradicar las causas de tales trastornos y para el afrontamiento de la vida cotidiana de las personas ancianas con estas alteraciones. El abordaje rehabilitador se muestra eficaz de cara al incremento de la funcionalidad, sin embargo cuando el problema planteado es el mantenimiento de la funcionalidad a largo plazo no resulta tan efectivo.

12 Morbilidad que además de causar gran sufrimiento a las personas que padecen estas enfermedades, supone un aumento de las alteraciones en el desempeño ocupacional, con la consecuente pérdida de la independencia personal, que en ocasiones puede conducir a la exclusión social, más allá de los importantes costes sanitarios y sociales que acarrea.

---

“los factores potencialmente controlables<sup>13</sup> vinculados al estilo de vida juegan un papel crucial para permitir a la población experimentar una vida satisfactoria y saludable en la vejez.” (Carlson, 1998).

A lo largo del devenir histórico de la terapia ocupacional, tanto desde un punto de vista teórico como en el ejercicio práctico de la profesión, se ha enfatizado el valor de la ocupación significativa como agente que promueve la salud y previene la discapacidad. Como señalábamos en otro lugar (Moruno P; Romero d, 2006), esto es así si colocamos el énfasis en el hecho de que la ocupación puede contribuir a dar sentido a nuestras vidas, constituyéndose en una vía de relación y vinculación con aquello que nos rodea; si creemos que a través de la implicación en actividades significativas se construye también nuestra identidad y subjetividad; si admitimos que la ocupación puede nutrir y servir de vehículo a la espiritualidad y creatividad del ser humano, posibilitando que experimentemos pasión, recogimiento, alegría, éxtasis o un sentimiento de “fluir”.<sup>14</sup> Gracias a su formación y capacitación profesional, los terapeutas ocupacionales pueden auxiliar a los ancianos sanos que viven en la comunidad a prevenir o controlar los efectos deletéreos y de gran alcance de los factores de riesgos más extendidos para su salud y bienestar, por medio de su participación en actividades significativas. Desde nuestro punto de vista, el terapeuta ocupacional, que sustenta su intervención en las relaciones entre la ocupación y la salud, desempeña un importante papel en la transmisión de información y en el desarrollo de estrategias que prevengan la aparición de enfermedades y estados de dependencia, así como en el mantenimiento de la salud. Específicamente, a través de la *evaluación y cambio del estilo de vida* las personas mayores sanas pueden desarrollar estrategias a largo plazo, *por medio de su implicación en ocupaciones significativas*, que promuevan su bienestar y su salud. El mantenimiento de una dieta equilibrada, la práctica

---

13 Entre los factores que estos investigadores citan como promotores de un envejecimiento activo podemos encontrar: experimentar un sentimiento de control sobre la propia vida; practicar hábitos saludables; lograr un sentimiento de continuidad con el propio pasado; realizar actividades gratificantes; participar en la red social o familiar activamente; realizar ejercicio asiduamente; implicarse en actividades estimulantes desde un punto de vista cognitivo y mantener una dieta saludable.

14 Las investigaciones de Csikszentmihalyi (1998) sobre creatividad pueden ser un buen ejemplo de todos estos aspectos.

habitual de ejercicio físico moderado, el desarrollo de habilidades para disminuir y manejar del estrés, la participación en actividades sociales y de ocio que supongan un desafío y satisfacción personal, el asesoramiento para la adaptación y equipamiento que mejore la seguridad en el hogar y la comunidad, el desarrollo de hábitos para la conservación de la energía, la protección articular, la prevención de caídas o la correcta administración de la medicación son algunos ejemplos de intervenciones típicas de terapia ocupacional, ampliamente documentadas, centradas en el cambio del estilo de vida de los mayores. Estas intervenciones disminuyen los factores de riesgo asociados a las tasas de morbilidad de esta población y hacen posible que la persona mantenga su independencia en la comunidad el mayor tiempo posible. Tales programas se sustentan en una *evaluación ocupacional individual* y pormenorizada, previa a cualquier intervención, llevada a cabo por el terapeuta ocupacional. A partir de los hallazgos de tal evaluación, bajo la dirección y asesoramiento del terapeuta ocupacional, se invita al anciano a identificar su estilo de vida desde una perspectiva ocupacional y a emprender, paulatinamente, cambios de los cuales obtendrán un doble beneficio; por un lado, superar las posibles dificultades presentes en su desempeño ocupacional habitual (cualquier problema que pueda dificultar su adecuado funcionamiento en el hogar o la comunidad; verbigracia: problemas de transporte, con la administración de la medicación, riesgo de caídas, seguridad en el hogar, etc.) y, por otro, desarrollar o mantener una imagen positiva de sí mismos como personas con capacidad de cambio y superación y miembros activos de su comunidad.

En este marco teórico, el estudio sobre Envejecimiento Saludable (*Well Elderly Study*) desarrollado por la Universidad del Sur de California,<sup>15</sup> (Jackson J et al, 1998) puede constituir un excelente punto de referencia para el diseño e

---

<sup>15</sup> En este epígrafe describiremos sucintamente el diseño y resultados de este estudio, dado que su revisión exhaustiva excedería los propósitos de este artículo. Para revisar más detalladamente las particularidades del ensayo clínico véase: "Occupation in lifestyle redesign: the well Elderly Study Occupational Therapy Program." Am J Occup Ther. 1998. May; 52(5):326-36.

implementación de programas de terapia ocupacional centrados en la promoción de la salud y prevención de la dependencia en Centros de Mayores.

En el citado estudio participaron 361 ancianos<sup>16</sup> de edades comprendidas entre los 60 y 89 años, asignados de forma aleatoria a cualquiera de los tres grupos establecidos en el diseño. El primer grupo recibía el programa de terapia ocupacional denominado "*Rediseño del estilo de vida*". El segundo grupo participaba en actividades de animación social, en el que cada miembro asistía a lo largo de dos horas y media semanales a actividades de artesanía, juegos, manualidades, visionado de películas, bailes y excursiones. El tercer grupo no recibía ningún tipo de intervención.

Todos los participantes fueron evaluados, utilizando herramientas de evaluación estandarizadas, para medir su salud física y mental, funcionamiento social y satisfacción vital, antes y después de los nueve meses que duró la intervención y seis meses después de finalizada.

Los participantes del grupo experimental, a partir de una evaluación ocupacional individualizada, que permitió delimitar las líneas de intervención para la modificación o rediseño del estilo de vida, comenzó a participar en el programa de terapia ocupacional objeto de estudio. Divididos en pequeños grupos -de aproximadamente 10 miembros-, participaron en diversas sesiones, 2 horas a la semana, durante nueve meses<sup>17</sup>. El desarrollo de las sesiones giraba en torno a diferentes temas y áreas de contenidos: envejecimiento, salud y ocupación; trasportes; finanzas; relaciones sociales; seguridad en el hogar y la comunidad; conciencia cultural; alimentación y organización del tiempo, todos ellos abordados desde una perspectiva que enfatizaba la selección y realización de actividades significativas con el objetivo de promover hábitos saludables. En estas sesiones grupales se alternaba diferentes métodos

<sup>16</sup> Con bajos ingresos, que vivían de forma independiente en entornos urbanos, con una amplia diversidad cultural y entre los cuales un 27% padecía algún tipo de discapacidad, tal y como referían los propios participantes.

<sup>17</sup> El terapeuta ocupacional también se reunió individualmente con cada participante durante un periodo de 9 horas, habitualmente en su domicilio.

de intervención: instrucción a través de presentaciones del terapeuta ocupacional (por ejemplo, sobre estrategias de economía articular); intercambios entre los propios participante (en los que relataban sus experiencias sobre los desafíos que iban introduciéndose en el grupo); experiencias directas en las que participaban activamente en distintas actividades (verbigracia, viajes o excursiones en grupo) y reflexión sobre la significación de los contenidos revisados en la vida de cada participante. Además, se realizaba un resumen de las conclusiones de cada sesión al finalizar el grupo.

A lo largo del desarrollo del programa se invitaba a los ancianos a realizar un *auto-análisis ocupacional*. Por medio de este análisis se perseguía que los ancianos tomaran conciencia de quiénes eran desde un punto de vista ocupacional, que identificaran aquellas ocupaciones que a lo largo de su historia personal, o en el momento actual, consideraban más valiosas subjetivamente, así como que identificaran hasta que punto experimentaban disfunciones ocupacionales. A partir de estas reflexiones los participantes eran invitados a seleccionar y llevar a cabo un conjunto de actividades significativas que les permitieran progresivamente rediseñar su estilo de vida, avanzando a través de pequeños pasos para superar paulatinamente las dificultades<sup>18</sup>.

Los resultados de este estudio indican que la terapia ocupacional constituye una intervención eficaz para promover la salud e incrementar la calidad de vida de los ancianos. Comparados con los dos grupos de control –entre los cuales no se apreciaron diferencias significativas- los sujetos que participaron en el programa de terapia ocupacional mostraron beneficios significativos respecto a: satisfacción vital, calidad de interacción social, percepción global de salud, funcionamiento físico, vitalidad, aptitudes para el desempeño de roles,

---

<sup>18</sup> Los autores describen un ejemplo de intervención que relatamos a continuación. Una de las participantes en el estudio estaba muy preocupada por el miedo que sentía al tratar de superar el desnivel de la rampa del autobús; por este motivo no podía realizar su ocupación favorita, que requería la utilización del transporte público. Los terapeutas ocupacionales ayudaron a la señora a practicar la subida de la rampa, construyendo una plataforma similar en la que pudiese entrenarse. El resultado de la intervención fue que la señora pudo coger el autobús para llevar a cabo su ocupación favorita, lo que disminuyó su estado depresivo.

funcionamiento social, salud mental y disminución del dolor<sup>19</sup>. Además, el estudio indica que los ancianos que obtuvieron mayor beneficio de la intervención fueron aquellos que tenían un peor estado de salud al inicio del programa. Asimismo, en la evaluación realizada seis meses después de la intervención, los efectos del programa de terapia ocupacional se mantenían. De media, los participantes en el grupo de rediseño del estilo de vida mantuvieron un 90% de la ganancia relativa en las variables medidas.

En conclusión, los resultados de este estudio subrayan el valor de la terapia ocupacional para auxiliar a las personas mayores a mantener su independencia y su salud durante prolongados periodos de tiempo. Además, indican que la morbilidad y los efectos de la discapacidad pueden ser reducidos, disminuyendo paralelamente los costes de los cuidados a las personas mayores. Por estos motivos, pensamos que la implantación y desarrollo de programas de terapia ocupacional en Centros de Mayores constituye una medida eficaz<sup>20</sup> para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y la discapacidad. Sin embargo, tal y como advierte Cutler (2003), "mantener ocupados" a nuestros ancianos no es suficiente. Es imprescindible una evaluación pormenorizada y una dirección terapéutica eficaz para producir los efectos terapéuticos deseados que pueden resultar de la implicación de las personas mayores en actividades y ocupaciones significativas.

### *3.2 Papel del terapeuta ocupacional en Centros de Mayores*

El papel que puede desempeñar un terapeuta ocupacional en un Centro de Mayores puede variar dependiendo de hacia dónde se inclinen los programas que en él se lleven a cabo; es decir, si se orientan más hacia un modelo médico tradicional o, por el contrario, hacia un modelo basado en el concepto de envejecimiento activo. La gran mayoría de los Centros de Mayores actualmente

---

<sup>19</sup> Por citar sólo un ejemplo: respecto al incremento de la vitalidad, el grupo experimental experimentó un aumento del 6%, mientras que los grupos de control disminuyeron un 2%.

<sup>20</sup> No sólo eficaz, también es eficiente, en el sentido en que ahorra los costes de la atención a las personas mayores dependientes.

---

en funcionamiento tienden hacia esta última forma de enfocar los programas, haciendo especial hincapié en la participación social, la prevención de la discapacidad y promoción de la salud desde una perspectiva biopsicosocial, centrada en el desarrollo de la persona.

Desde este enfoque describiremos a continuación algunas de las funciones que pueden desempeñar los terapeutas ocupacionales en estos centros:

#### *Coordinador del programa de actividades*

Encargado de llevar a cabo una evaluación exhaustiva del individuo –así como de su domicilio y su entorno físico y social- que participa en el Centro de Mayores. De esta forma podrá determinar cuáles son los intereses, necesidades, problemas y preferencias de los participantes, y establecer los objetivos de la intervención y un programa individualizado para llevarla a cabo. Los programas se articulan alrededor de actividades grupales e individuales, dependiendo de las necesidades y los objetivos a conseguir, diseñadas y supervisadas asimismo por el coordinador del programa.

#### *Ejecutor del programa de actividades*

Tomando a su cargo la realización de las actividades establecidas previamente en el programa, se ocupa de orientar, guiar y dirigir la participación de los mayores en dichas actividades. Esta labor se apoya en la creencia de que la ocupación es un factor importante en el desarrollo de hábitos saludables que promueven la salud, previenen la discapacidad y aumentan la calidad de vida y debe transmitir esta creencia a los participantes (Jackson et al, 1998)<sup>21</sup>. Cuando las personas mayores aprehenden el papel de la ocupación en la promoción de la salud y el bienestar, adquieren una esperanzadora y renovada percepción de control que les permite llevar a cabo las rutinas diarias de un modo más efectivo. En esta faceta, el terapeuta ocupacional actúa como entrenador y facilitador; sus habilidades deben proporcionarle recursos para escuchar

---

<sup>21</sup>Tal y como recomiendan Clark, F. et al (1990)

activamente, establecer una sólida relación terapéutica, familiarizarse con la cultura de los participantes y mantenerse informado del desarrollo de la ocupación y su relación con la prevención y promoción de la salud.<sup>22</sup> De este modo podrán ayudar a los mayores a que ocupaciones saludables formen parte de su vida, lo que les hará sentirse más satisfechos consigo mismos.

### *Asesor*

En este caso el terapeuta ocupacional, más que encargarse directamente de la implementación de los programas de actividades, actúa como consejero, asesor y colaborador en el proceso de resolución de problemas. El terapeuta, junto al anciano, se encargará de identificar los problemas y dificultades que aparecen en su vida cotidiana, poniendo en marcha las estrategias necesarias para producir el cambio deseado en la persona mayor y solucionar así el problema o problemas. El terapeuta debe ayudar al anciano a tomar sus propias decisiones aconsejándolo; por ejemplo, sobre la mejor manera de administrar el tiempo libre y de ocio o sobre las ocupaciones que puede realizar para sentirse mejor consigo mismo. Como consultor el terapeuta ocupacional también puede ejercer de asesor; así pues, en los Centros de Mayores será el encargado de ofrecer asesoramiento para la provisión y uso de ayudas técnicas, para la eliminación de barreras arquitectónicas y la modificación del hogar y para la adaptación del desempeño a las características de la persona mayor.

### *Educador*

En el desempeño de este papel el terapeuta ocupacional instruye a los participantes o socios, sus familiares o allegados e, incluso, al personal de los Centros de Mayores sobre diferentes temas relacionados con la salud, a través de presentaciones, charlas o seminarios informativos. Estas sesiones pueden tratar sobre temas muy variados como, por ejemplo: adaptación del domicilio o

---

<sup>22</sup>Ibíd.

del centro, prevención de caídas, importancia de la ocupación en la promoción de la salud, etc.

### *Investigador*

El terapeuta ocupacional que trabaja en Centros de Mayores no puede olvidar su función como investigador y su capacidad para enriquecer el cuerpo teórico y la práctica de la disciplina, aportando nuevas formas de implementación de programas y nuevas herramientas de trabajo. Resulta de especial relevancia justificar, por medio de investigaciones y aportando datos fehacientes, la necesidad de la terapia ocupacional en la promoción de la salud y cómo los programas llevados a cabo reducen los costes sanitarios empleados en el cuidado de las personas mayores<sup>23</sup>.

### *3.3. Objetivos generales de la intervención*

Todas estas funciones se concretan en el desarrollo de los distintos programas de terapia ocupacional que se lleven a cabo en cada centro. Articuladas en torno a los objetivos generales de los Centros de Mayores (descritos en el punto 2.2), las acciones del terapeuta son:

Con el objetivo de *favorecer la independencia y la autonomía personal posibilitando que el mayor permanezca en su entorno habitual, evitando la institucionalización*, el terapeuta ocupacional desarrollará programas y planificará actividades que tengan como fin: adquirir hábitos saludables a través de la participación en actividades significativas y cambios en el estilo de vida; asesorar al anciano para la mejora de la seguridad en su domicilio; entrenar y dotar de estrategias que favorezcan el mantenimiento de la autonomía personal, a través de intervenciones específicas tales (como, por ejemplo, economía articular, prevención de caída, ahorro de energía, etc.). Asimismo,

---

23 El estudio realizado por la Universidad de California del Sur comentado en epígrafes anteriores, puede ser un buen ejemplo del desarrollo de esta faceta investigadora del terapeuta ocupacional.

puede adaptar aquellas actividades que la persona mayor desea realizar, para que pueda llevarlas a cabo con satisfacción y seguridad, y asesorar a la persona mayor sobre las ayudas técnicas disponibles en el mercado, así como entrenarle en su uso cuando sea necesario.

Para lograr el objetivo de *ofrecer alternativas de ocio activo*, el terapeuta ocupacional diseña, organiza y ofrece actividades de ocio activo que redunden en el mantenimiento y mejora del estado de salud. Como es bien sabido, la participación en actividades de ocio satisfactorias ayuda a mantener una vida activa durante la vejez, contribuyendo a mejorar el bienestar físico, social, psicológico, emocional y espiritual de las personas mayores.

Cuando se persigue *reforzar el mantenimiento de las capacidades funcionales de las personas mayores, actuando en un ámbito preventivo*, la figura del terapeuta es primordial; no sólo reforzando el mantenimiento de las capacidades, sino anticipándose a los posibles cambios en el funcionamiento y preparando a la persona para ello. En otros casos, el trabajo desarrollado apunta a la recuperación o compensación de las funciones físicas y psicológicas deterioradas, hasta obtener un nivel de funcionamiento adecuado para el desarrollo óptimo de la actividad preferidas por la persona mayor<sup>24</sup>. El terapeuta deberá estar atento a las necesidades de cada anciano y adelantarse a los posibles cambios para prevenir una pérdida o disminución de sus capacidades funcionales.

Por último, el terapeuta ocupacional *apoyará la creación de grupos autónomos de actividad* por parte de los propios ancianos; animándoles a que sean ellos mismos los que formen grupos para realizar diferentes actividades significativas. En este caso, el terapeuta será una figura de apoyo, guía y asesoramiento en los primeros momentos, para luego dejar que esos grupos funcionen de forma independiente.

---

<sup>24</sup> Véase el ejemplo descrito en el epígrafe 3, obtenido del *Well Elderly Study*

#### 4. Estrategias y técnicas de intervención en terapia ocupacional

Teniendo en cuenta todo lo señalado hasta este momento, diremos que los objetivos generales del terapeuta ocupacional en los Centros de Mayores se articulan en torno a una serie de estrategias principales; según Mountain (Mountain G, 2004) estas estrategias pueden agruparse bajo las siguientes denominaciones: promoción de la salud, prevención de la enfermedad y discapacidad y apoyo a la vida independiente. Como se podrá comprobar, muchos de los espacios terapéuticos o técnicas desarrollados a continuación se solapan unos con otros, por lo que debemos señalar, que el énfasis en la utilización de una estrategia y técnica determinada, va a depender de cada caso tratado, así como de las características de cada centro y del diseño del programa, que a su vez debe ser flexible y valorarse con periodicidad para adecuarse a las demandas y a la población cambiante.

- ***Promoción de la salud y prevención de la enfermedad y discapacidad:*** favoreciendo la consecución de estilos de vida saludables y la conservación de aquellas habilidades, capacidades y/o destrezas, tanto físicas y cognitivas como psicosociales, que permitan un desempeño ocupacional<sup>25</sup> satisfactorio, autónomo e independiente. De este modo, se facilita la permanencia de la persona mayor en su entorno habitual el mayor tiempo posible, aumentando así su calidad de vida. Algunos de los espacios terapéuticos y técnicas que permiten concretar esta estrategia son los siguientes:
  - ***Actividades de ejercicio físico:*** La realización de ejercicio físico es bueno y beneficioso a cualquier edad y aporta beneficios tanto en la salud física como mental de la persona que lo realiza. Como señala Garcés de los Fayos (Garcés, 2003), la actividad física planteada, dirigida y desarrollada

---

<sup>25</sup> Según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), se puede definir como la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, incluidas dichas actividades en las áreas de ocupacionales: Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), educación, trabajo, juego, ocio y participación social.

de un modo adecuado, proporciona múltiples beneficios como, músculos y articulaciones más fuertes y huesos más densos, así como mejora la postura, el equilibrio, la forma corporal, la capacidad pulmonar. Disminuye el cansancio en la realización de las tareas cotidianas y aumenta la energía y la vitalidad, a la vez que proporciona un aspecto más juvenil, acompañado por una amplia sensación de bienestar. La inclusión de las personas mayores en programas de actividad física ayuda a reducir los riesgos del envejecimiento, a mejorar y prolongar la autonomía y a mejorar las relaciones sociales, además puede proporcionar estabilidad, bienestar emocional y confianza en sí mismo. La realización de ejercicio físico no solo está recomendado en personas mayores sanas e independientes, como señalan Meixoeiro y Durante (2004) también está recomendado en personas muy ancianas (frágiles), por lo que el terapeuta deberá ofrecer al anciano aquellas actividades que más se adecuen a su estado de salud. Algunos ejemplos de actividades físicas pueden ser los siguientes:

- Programas de movilidad general (Meixoeiro y Durante, 2004) (también conocidos como tablas de gerontogimnasia), destinados a personas muy mayores o ancianos frágiles, que solo pueden realizar ejercicio físico suave y gracias a los cuáles se consigue el mantenimiento de la autonomía y una mejora en la realización de las actividades de la vida diaria.
  - Juegos tradicionales: como los bolos, la petanca, el herrón, la rana, el chito, el juego de la argolla etc.
  - Actividades deportivas suaves / moderadas, adaptadas a la edad, situación y necesidad del anciano.
- *Actividades de manejo del estrés:* Los cambios producidos en las vidas de los ancianos a lo largo del proceso de envejecimiento, tales como la transición hacia la jubilación, pérdida de personas queridas, desvinculación social, cambios de rol, procesos degenerativos y enfermedades,

constituyen modificaciones importantes en el día a día de las personas mayores, pudiendo provocar situaciones de estrés y ansiedad. El Terapeuta Ocupacional debe desarrollar estrategias y programas que ayuden a los ancianos a reconocer aquellas actividades y experiencias que les produzcan satisfacción, así como a desarrollar sus habilidades de resolución de problemas. Los terapeutas emplean distintas técnicas para prevenir el estrés excesivo a través de cambios en el comportamiento y el estilo de vida, y para fomentar la relajación (Crepeau, 2005). El estrés puede ser tratado, entre otros, gracias a la participación en una ocupación significativa, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, técnicas de respiración profunda, realización de ejercicio aeróbico, ejercicios de relajación de Jacobson y Schultz y técnicas de meditación.

- *Actividades de educación para la salud:* Según la OMS (1998) la educación para la salud, comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. El terapeuta ocupacional no sólo debe transmitir al anciano información sobre aquellos aspectos que influyen sobre los estados de salud, además debe fomentar la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesarias para adoptar medidas necesarias para mejorar la salud, y debe también, actuar sobre aquellos factores y comportamientos de riesgo que pueden perjudicar al anciano. El terapeuta puede organizar sesiones educativas en materia de nutrición, uso de la medicación, seguridad vial, prevención de caídas, memoria y prevención del deterioro cognitivo, etc.
  
- *Actividades de ocio y tiempo libre:* En comparación con otras etapas de la vida, la vejez está caracterizada por una amplia cantidad de tiempo libre. Para las personas mayores, la mejor manera de ocupar dicho tiempo

libre es a través de la realización de actividades significativas de ocio, que fomenten el mantenimiento global de su salud. Como se ha citado anteriormente, la participación en actividades de ocio contribuye a la mejora del bienestar físico, social, psicológico, emocional y espiritual del anciano, a la vez que le permite llevar una vida activa. Según Romero y Garvín (Romero D, Moruno P, 2004) la intervención de terapia ocupacional a través del ocio y para el ocio pretende aumentar la satisfacción del usuario, potenciar las habilidades y destrezas, ampliar las actividades de ocio y uso de recursos para el ocio y la integración socio - comunitaria, así como facilitar el desarrollo y crecimiento personal. Siguiendo a Guzmán (Durante Molina P, 2004) el terapeuta debe potenciar, facilitar, fomentar y prevenir la utilización de habilidades de ocio y tiempo libre en actividades y contextos organizados y adaptados para su desarrollo. Existe una amplia variedad de actividades de ocio que pueden ser realizadas por las personas mayores, por ejemplo: pasear, práctica de deportes, viajes, excursiones, actividades de artesanía y trabajos manuales, bricolaje, actividades culturales, baile, jardinería, actividades sociales etc.

- *Realización de ocupaciones significativas:* A través de la realización de ocupaciones significativas el anciano pone en juego destrezas tanto físicas, cognitivas como sociales. Según Turner (2003) la realización de ocupaciones puede servir para desarrollar las aptitudes adaptativas necesarias para adquirir, mantener o recuperar el rendimiento funcional, es decir, gracias a la utilización de la ocupación, la Terapia Ocupacional persigue la restauración motora, cognoscitiva y psicosocial, así como la prevención de procesos discapacitantes, para ayudar a las personas mayores a mantener y alcanzar la mayor independencia posible en su desempeño ocupacional. En este caso el terapeuta no solo debe conocer las características y necesidades del anciano, sino que además, debe conocer cuál es el potencial terapéutico de las actividades / ocupaciones que va a utilizar en la intervención (García P, 2005) para satisfacer las

necesidades de la persona mayor, lo que se logrará a través de un análisis exhaustivo de la actividad, para conocer que componentes (físicos, cognitivos, sociales, sensoriales...) entran en juego en su realización.

- *Prevención de caídas:* Las caídas en personas mayores son una importante y creciente causa de lesiones, gastos de tratamiento y muerte (OMS, 2002). Los daños secundarios que generan, están considerados como la sexta causa de muerte mundial. Además, pueden tener efectos devastadores en la realización de las actividades de la vida diaria, debido a que también, provocan limitaciones y restricciones en el funcionamiento, pérdida de independencia, miedo, estrés emocional y depresión.

Para mantener la calidad de vida de los ancianos, el terapeuta debe identificar cuáles son los factores de riesgo que pueden provocar una caída y posteriormente debe tratar de eliminarlos, así como aconsejar al anciano sobre cuáles son las estrategias que puede realizar para prevenirlas.

Las intervenciones deben estar enfocadas, hacia estrategias de ejercicio terapéutico, instrucción sobre aquellas precauciones a tener en cuenta para no sufrir accidentes, educación del anciano sobre nutrición y efectos secundarios de la medicación y modificación del desempeño<sup>26</sup>.

Los programas que debe desarrollar el terapeuta ocupacional serán lo más individualizados posibles, teniendo en cuenta aspectos como: el estado de salud general del anciano, el ambiente físico donde desarrolla sus actividades y cuáles son aquellas ocupaciones, actividades o tareas que piensa realizar. Como señalan Ceranski y Haertlein (Ceranski S et al,

---

<sup>26</sup> La mayoría de los ancianos que viven en su comunidad, no sufre caídas o al menos no las sufre con frecuencia, sin embargo muchos de ellos manifiestan miedo a sufrirlas. Este temor provocará una restricción en la actividad y movilidad de la persona mayor, lo que indirectamente aumentará el riesgo de caerse disminuyendo de este modo su calidad de vida (Ceranski & Haertlein, 2002).

2002), los terapeutas fomentarán la autoconfianza del anciano en la realización de las actividades de la vida diaria a través de la participación de los mayores en actividades graduadas que aumenten el nivel de actividad, la resistencia y el equilibrio.

- ***Apoyo a la vida Independiente:*** El terapeuta ocupacional abogará por el derecho del anciano a vivir en su comunidad de forma satisfactoria y maximizará la participación y la vida independiente de las personas mayores, promoviendo actitudes y ambientes que faciliten dicho proceso (AOTA, 1993). Su experiencia les permite, considerar las necesidades de los ancianos y los factores exógenos para desarrollar estrategias eficaces, para aumentar su calidad de vida (AOTA 2006). El terapeuta principalmente, debe trabajar con el anciano a modo individual, para restaurar la función, compensar habilidades perdidas, adaptar la actividad o el entorno para facilitar la autonomía y la independencia (AOTA 2006). Dentro de esta estrategia, puede desarrollar las siguientes técnicas:

➤ *Entrenamiento en actividades de la vida diaria:* El terapeuta debe ayudar a los ancianos, a compensar los cambios que se producen a lo largo del proceso de envejecimiento en el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD). Tras una valoración exhaustiva de la situación del anciano el terapeuta puede intervenir ante aquellas actividades básicas de la vida diaria (comer o vestirse) y actividades instrumentales de la vida diaria (conducir o cuidado del hogar) a través del desarrollo de estrategias que le ayuden a mantener su bienestar y su seguridad.

➤ *Protección articular y conservación de la energía:* Debido a la alta existencia entre las personas mayores de enfermedades crónicas osteoarticulares (consideradas la primera causa de discapacidad en ancianos) y cardiopulmonares, el terapeuta ocupacional puede realizar programas donde enseñe a las personas mayores técnicas y consejo para

la modificación de las rutinas, protección articular y conservación de energía (Turner A et al, 2003). Estos programas irán destinados, en el caso de la protección articular a la reducción del dolor, las cargas articulares y la inflamación y en el caso de la conservación de energía a reducir el cansancio y la fatiga durante la realización de las tareas diarias (Turner A et al, 2003). El terapeuta deberá enseñar al anciano la manera de realizar las actividades de la vida diaria, de forma que sobrecargue lo menos posible las articulaciones que más suelen afectarse, por ejemplo las rodillas, mediante el empleo de posiciones corporales correctas y alternando entre periodos de actividad y descanso, evitando permanecer durante tiempo prolongado en la misma postura.

- *Asesoramiento y entrenamiento para el uso de ayudas técnicas:* La finalidad de las ayudas técnicas es mitigar o disminuir aquellas limitaciones en las capacidades funcionales del anciano en la realización de las actividades de la vida diaria, fomentando de este modo la integración y la participación de la persona mayor en su comunidad. El terapeuta será el encargado de aconsejar al anciano sobre el dispositivo adecuado a su problemática, y se encargará también, del entrenamiento para la utilización de dicha ayuda técnica. Puede por lo tanto, asesorar entre otras, sobre el uso de ayudas técnicas para el cuidado personal (esponjas de mango largo, jaboneras especiales...), para la alimentación (cubiertos adaptados...), vestido (pone medias, abotonadores...), y para facilitar la movilidad (bastones...).
  
- *Modificación y adaptación del hogar:* La terapia ocupacional juega un papel importante en la identificación de estrategias, que ayudan al anciano a modificar su domicilio ante la necesidad, de una optimización entre él y su entorno que favorezca la utilización de las capacidades funcionales de la persona mayor en el desempeño de las actividades de la vida diaria (AOTA 2006). Gracias a dichas estrategias el terapeuta ocupacional debe aumentar la accesibilidad, la capacidad funcional en las AVD, la seguridad

y debe reducir el riesgo de caídas (Cumming R. et al, 2001). Antes de llevar a cabo cualquier modificación del hogar, hay que tener en cuenta las necesidades individuales de la persona mayor, y respetar en todo momento los intereses y gustos tanto del anciano, como del resto de personas que convivan con él.

## **5. Conclusión**

A lo largo del proceso de envejecimiento pueden concurrir múltiples factores de riesgo que van a influir en la calidad de vida, en el bienestar y en la satisfacción personal del anciano. Estos factores de riesgo, no solo pueden ser la causa de un rápido declive en la salud de las personas mayores, sino que también pueden generar situaciones de disfunción ocupacional. Como se ha señalado con anterioridad, cada vez son más los mayores que permanecen en su domicilio y que demandan recursos comunitarios que les ayuden a mantenerse en su comunidad el mayor tiempo posible. El papel que juegan aquí, los Centros de Mayores y más concretamente los programas de Terapia Ocupacional que podemos encontrar en ellos, es relevante para la consecución dicho objetivo. La importancia de la Terapia Ocupacional en el tratamiento de ancianos sanos, queda ampliamente fundamentada en el estudio realizado por la Universidad del Sur de California (10), Well Elderly Study, que acentúa el papel que juega la ocupación significativa en la promoción de la salud y en el bienestar psicológico de las personas mayores. Además este estudio, demostró que los beneficios terapéuticos obtenidos por los ancianos que participaron en él, se mantenía a largo plazo, del mismo modo que comprobaron su rentabilidad económica (Hay J et al, 2002), según dicho estudio, la implementación de programas de Terapia Ocupacional preventiva y de promoción de salud, que influya en la consecución de estilos de vida saludables, reduciría los gastos sanitarios de aquellas personas mayores que participen en ellos.

## BIBLIOGRAFIA

1. American Occupational Therapy Association [Sede web] Bethesda: American Occupational Therapy Association. 2006. Fact Sheet: Occupational Therapy's role in assisted living facilities. [actualizada el 3 de enero de 2010; acceso 12 de enero de 2010]. Disponible en: <http://www.aota.org>
2. American Occupational Therapy Association [Sede web], Bethesda: American Occupational Therapy Association. 2006 Fact Sheet: Home modifications and Occupational Therapy. [actualizada el 3 de enero de 2010; acceso 12 de enero de 2010]. Disponible en: <http://www.aota.org>
3. American Occupational Therapy Association. Statement: The role of occupational therapy in the independent living movement. *Am J Occup Ther*. 1993; 47: 1079-1080.
4. Carlson M, Clark F, Young B. Practical contributions of occupational science to the art of successful aging: How to sculpt a meaningful life in older adulthood. *J Occup Sci*, 1998; 5(30): 107-118.
5. Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Tailandia: OMS; 2005. Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Bangkok.
6. Ceranski S, Haertlein C. Helping older adults prevent falls. *OT pract*. 2002; 7(13): 12-15.
7. Crepeau E, Cohn E, Boyt Schell B. Willard & Spackman: Terapia Ocupacional. 1ª ed. Madrid. Panamericana. 2005.
8. Cumming R, Thomas M, Szonyi G, Frapmton G, Salkeld G, Clemson L. Adherence to occupational therapist recommendations for home modifications for falls prevention. *Am J Occup Ther*, 2001; 55: 641-648.
9. Cutler Lewis, S. Elder Care in Occupational Therapy. 1ª ed. Thorofare, NJ. Slack Incorporated. 2003.
10. Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en geriatría: Principios y práctica. 1ª ed. Barcelona: Masson. 2004.
11. Garcés de los Fayos E, coordinador. Actividad Física y hábitos saludables en personas mayores. Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: 2003.
12. García Margallo P, San Juan J M, Jorquera CS, Navas MI. El análisis y la adaptación de la actividad en Terapia Ocupacional. Madrid: Aytona Editores; 2005.
13. Hay J, LaBree L, Luo R, Clark F, Carlson M, Mandel D, et al. Cost effectiveness of preventive Occupational Therapy for independent living older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2002; 50: 1381-88.
14. Lohman H, Padilla R, Byers-Connon S. Occupational Therapy with Elders: Strategies for The COTA. St. Louis: Mosby; 2004.
15. Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO. Las Personas Mayores en España. Informe 2004. Madrid. Observatorio de Personas Mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2004.
16. Jackson J, Carlson M, Mandel D, Zemke R, Clark F. Occupation in lifestyle redesign: the Well Elderly Study Occupational Therapy Program. *Am J Occup Ther*, 1998; 52(5):326-36.
17. Moruno P, Romero DM. Actividades de la vida diaria. Barcelona. Masson. 2006.
18. Mountain G. Occupational Therapy with older people. Whurr publishers Ltd. 2004.
19. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). O.M.S. Ginebra. 2001.

20. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Contribución de la OMS a la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento. Madrid. 2002.

21. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario de Términos. OMS. Ginebra. 1998.

22. Romero Ayuso DM, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional. Teoría y técnicas. Barcelona. Masson. 2003.

23. Sancho M, Abellán A, Pérez L, Miguel JA. Envejecer en España. II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 2002.

24. Turner A, Foster M, Johnson S. Terapia Ocupacional y disfunción Física. Madrid. Elsevier Science. 2003.

#### **OTRA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.**

25. American Occupational Therapy Association. ROTE, *The Rol of OT with the Eldery*. Bethesta. The American Occupational Therapy Association. 1996.

26. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy's role in seniors centers. Fact Sheet [Sede web]. Bethesda: American Occupational Therapy Association; 2006.

27. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy and prevention of falls. Fact Sheet. [Sede web]. Bethesda: American Occupational Therapy Association; 2006

28. Ayuntamiento de Madrid. Programa de Atención a las Personas Mayores. Madrid: Área de Servicios Sociales; (2002).

29. Scaffa ME. Occupational Therapy in Community-based Practice Settings. Alabama. Mobile. University of South Alabama. 2001.