

Marina Fernández González & Manuel Montañez Perles

Descripción de las necesidades ocupacionales de población psicogerítrica afectada por trastornos afectivos.

Marina Fernández González & Manuel Montañez Perles

Tutora: Olga López Marfín

Universidad de Castilla la Mancha. Máster de Terapia Ocupacional en Salud mental.

RESUMEN

Estudios recientes demuestran la relación existente entre los trastornos afectivos y una desmejora en el desempeño tanto en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Este artículo tiene como objetivo general describir las características ocupacionales en las áreas de AVD y de las AIVD de población psicogerítrica aquejada por trastorno afectivo. Para ello han participado un total de 20 personas mayores de 65 años, diagnosticadas de un trastorno afectivo y alojadas en centros residenciales.

Nuestros objetivos específicos son medir el grado de dependencia para describir las características ocupacionales en las áreas de ocupación de las ABVD y AIVD

El diseño del estudio es descriptivo-transversal, con metodología de carácter cuantitativa. Para la obtención de los datos se han empleado como herramientas dos escalas estandarizadas: La escala de Barthel y la escala de Lawton y Brody.

El 80 % de la muestra mantiene una dependencia leve, mientras que el 20% restante presentan una dependencia moderada-severa.

Según las escalas de valoración las actividades donde los usuarios presentan mayor dificultad para realizarlas de

manera autónoma son: responsabilidad en la medicación, hacer compras y el uso del transporte; lavarse, arreglarse y subir y bajar escalones, necesitando ayuda para poder realizarlas de una forma satisfactoria.

PALABRA CLAVE: geriatría, trastornos afectivos, actividades de la vida diaria, terapia ocupacional

ABSTRACT

Recent studies demonstrate the relation between the affective disorders and a deterioration in the performance both in basic activities of the daily life (ABVD) and in the instrumental activities of the daily life (AIVD).

This study describes the occupational characteristics in the areas of basic activities of daily living and instrumental activities of daily living of psychogeriatric population afflicted by SAD. This involved a total of 20 people over 65 years old, diagnosed with an affective disorder and housed in residential facilities.

The study design is cross-sectional descriptive with quantitative methodology character. To obtain the data have been used as tools two

standardized scales: the Barthel scale and the scale of Lawton and Brody.

80% of the sample supports a slight dependence, whereas 20% remaining presents a moderate - severe dependence.

According to the scales of valuation the activities where the users present more difficulty to realize themselves are: responsibility in the medication, to do purchases and the use of the transport; to wash, to arrange and to be raised and to lower steps, needing help to be able to realize them of a satisfactory form.

KEYWORDS: Geriatric, affective disorder, activity of daily living, occupational therapy.

INTRODUCCION

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10), los trastornos afectivos presentan como alteración principal un trastorno de la afectividad o del humor, con episodios de euforia o depresión. Suelen acompañarse con una alteración del nivel general de actividad. El inicio de cada episodio suele estar relacionado con situaciones o acontecimientos estresantes y un alto número tiende a ser recurrente

Queda incluido como trastorno afectivo dentro de la CIE- 10 a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas:

- Episodio maniaco (F30)
- Trastorno bipolar (F31)
- Episodios depresivos (F32)
- Trastorno depresivo recurrente (F33)
- Trastorno del humor (afectivos) persistente (F34)
- Otros trastornos del humor (F38)
- Trastorno del humor (afectivo) sin especificación (F39)

En los últimos años diversos estudios han mostrado que los trastornos afectivos están relacionados con una mayor comorbilidad médica, una disfunción en diversas actividades de la vida diaria y un deterioro cognitivo que se manifiesta principalmente en la memoria verbal, la atención sostenida y la función ejecutiva. Por eso se ha cambiado la visión de estos trastornos hasta considerarlos enfermedades multisistémicas crónicas y progresivas (Demant, 2013)

Podemos señalar de forma general que los trastornos afectivos afectan disminuyendo la calidad de vida de las personas que los padecen, provocando un empeoramiento de la salud, disminución de la función física y un aumento de la mortalidad en personas mayores de 65 años (Campos, 2013)

Dentro de los trastornos afectivos, la depresión en concreto constituye uno de los síndrome psiquiátricos más frecuente e incapacitante entre la población geriátrica. Los trastornos depresivos son un importante problema de Salud Pública que entre otros factores aumenta con la edad.

Este tipo de trastornos presenta con mayor frecuencia dificultades debidas a un déficit en los hábitos, que a largo plazo puede deteriorar también las habilidades de las personas en esta población en concreto (Sánchez, 2013)

Se ha comprobado la relación existente entre los trastornos afectivos (tanto en la población adulta, como en población geriátrica) y un empeoramiento tanto en actividades básicas de la vida diaria (AVD) como en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Desde el marco de trabajo de la terapia ocupacional se define a las AVD como aquellas actividades orientadas al cuidado del propio cuerpo, y a las actividades instrumentales de la vida diaria AIVD como actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones

Marina Fernández González & Manuel Montañer Perles
complejas de las utilizadas en la actividades de autocuidado en las AVD (Ávila Álvarez, 2010).

Aunque hay múltiples factores que influyen y cada caso se desarrolla de manera particular las actividades que primero sufren un deterioro son las que contienen una mayor carga social como movilidad en la comunidad, cuidar de otros o uso de la gestión financiera y progresivamente se produce un empeoramiento hasta afectar las más básicas como alimentación o higiene y arreglo personal (Colin, 2012)(Kazama, 2011) (Boström, 2014).

Estudios realizados por la universidad de Sao Paulo, pone de manifiesto una mayor dependencia funcional entre las mujeres mayores de 65 años que entre los hombres de la misma edad. El riesgo de discapacidad se multiplica cada década de vida independientemente del sexo de la persona aumentando la dificultad para realizar cualquier actividad de la vida diaria, entre los factores aceleradores de la dependencia funcional se encuentran los malos hábitos de vida y las enfermedades mentales que pueden padecer las personas (Calliope, 2013).

Es importante destacar que el ingreso en centros residenciales se asocia a factores que favorecen la aparición de cuadros o síntomas depresivos en el anciano, ya que estos pueden experimentar tras la institucionalización sentimientos de abandono en el centro, pérdida o alejamiento de la red familiar y social habitual, y alteraciones importantes en el estilo de vida. En ocasiones el fallecimiento del cónyuge puede producir en el anciano situaciones estresante que ayuden a aumentar los síntomas depresivos.

El aumento del número de centros residenciales que cuentan con unidades específicas psicogeríatras sitúa la Terapia Ocupacional como una herramienta de actuación fundamental; Sin embargo, hay pocas investigaciones que ofrezcan una orientación adecuada para los profesionales de esta disciplina (Ames, 2004).

En otros países se han llevado a cabo diversos estudios sobre cómo afecta la intervención en terapia ocupacional en pacientes psicogeríatras con resultados muy positivos sobre la mejora en las relaciones interpersonales así como en la reducción de psicofármacos (Diefenbach, 2013).

Debido al envejecimiento de la población a causa de una mayor esperanza de vida, se está produciendo un aumento de los trastornos en la población psiquiátrica que conlleva a su vez un incremento de personas dependientes. Actualmente existe una carencia de estudios relacionados con este ámbito y una necesidad de investigar en esta área. Con la realización de este estudio se contribuye al aumento del conocimiento de la población psicogeríatras describiendo las características ocupacionales ante el grado de dependencia que presentan ante el desarrollo de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en personas diagnosticadas con un trastorno afectivo, permitiendo mejorar la calidad asistencial desde los servicios de terapia ocupacional.

Marina Fernández González & Manuel Montañer Perles

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio se ha desarrollado usando una metodología cuantitativa con un muestreo no probabilístico discrecional, no experimental, transversal y descriptivo.

El procedimiento empleado en este estudio, fue no probabilístico debido a que no todos los sujetos tienen las mismas probabilidades de formar parte de la muestra. Dentro de los estudios no probabilísticos se eligió un muestreo intencional o de conveniencia, debido a que los individuos de la población han sido escogidos intencionadamente en función de las características del estudio a desarrollar.

Se trata de un estudio descriptivo transversal, ya que pretende describir las principales características ocupacionales en AVD y AIVD en personas con trastornos afectivos en la población psicogerítrica mediante la utilización de dos test estandarizados (escala de Barthel y la escala de Lawton y Brody).

La población de estudio está formada por una muestra de veinte personas seleccionadas por su conveniencia para el estudio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión del mismo.

Los criterios de inclusión escogidos son:

- Personas mayores de 65 años de edad.
- Ambos sexos.
- Personas diagnosticada de trastornos afectivos perteneciente específicamente al grupo de trastornos depresivos caracterizados por depresión según criterios del CIE-10.
- Personas ingresadas en los centros residenciales de las hermanitas de los pobres en Cádiz y de las hermanas hospitalarias de Málaga.
- Tener un nivel de comprensión suficiente de cara a la firma del consentimiento informado así como sobre el procedimiento del mismo.

Los criterios de exclusión empleados son:

- Personas que presenten un diagnóstico secundario de enfermedad mental según criterios del CIE-10.
- Personas que sufran la pérdida o amputación de alguno de sus miembros superior o inferior.

El objetivo de este estudio es la descripción de las necesidades ocupacionales en la población psicogerítrica afectada por trastornos afectivos, lo que ha llevado a la selección de los test de evaluación Barthel y Lawton&Brody, ya que permiten una valoración de las distintas áreas ocupacionales.

El Índice de Barthel fue utilizado para valorar el nivel de independencia en el desempeño de 10AVDs. Las actividades se puntúan entre 0, 5, 10 o 15 puntos, la puntuación total es la suma de todos los ítems y puede variar entre 0 y 100 puntos. Presenta unos índices de fiabilidad Kappa de entre 0,47 y 1,00 para la fiabilidad interobservador y de entre 0,84 y 0,97 para la fiabilidad intraobservador (Anexo 1) (Cid,1997).

Marina Fernández González & Manuel Montañer Perles

El Índice de Lawton y Brody se empleó para valorar 5 ítems pertenecientes a las Actividades Instrumentales de la vida diaria. Se le asigna un valor numérico 1 (independiente), 0 (dependiente). La puntuación final Varía entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). Presenta un coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0,94) (anexo 2)(Trigás, 2011).

Las variables que se han considerado pertinente utilizar para realizar este estudio son los 10 ítems de desempeño ocupacional, que recoge el Índice de Barthel, así como 5 de los 8 ítems que recoge la escala de evaluación de Lawton&Brody (Anexo 3).

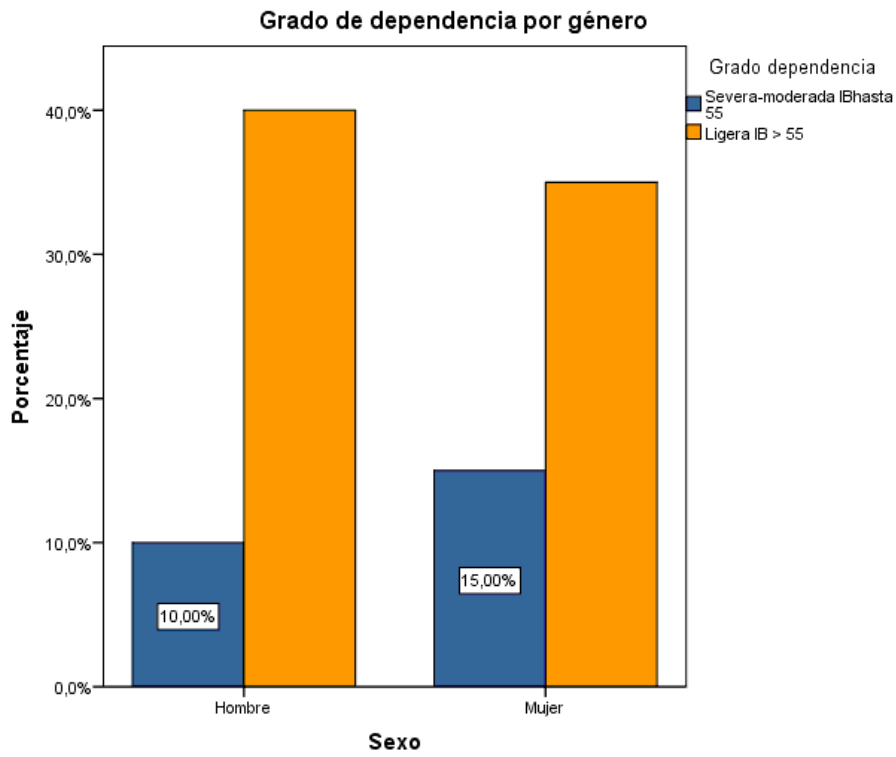
RESULTADOS

-Tabla 1: Muestra las características de la población estudiada, indicando el número total y el porcentaje de los participantes según sexo, edad, y estado civil.

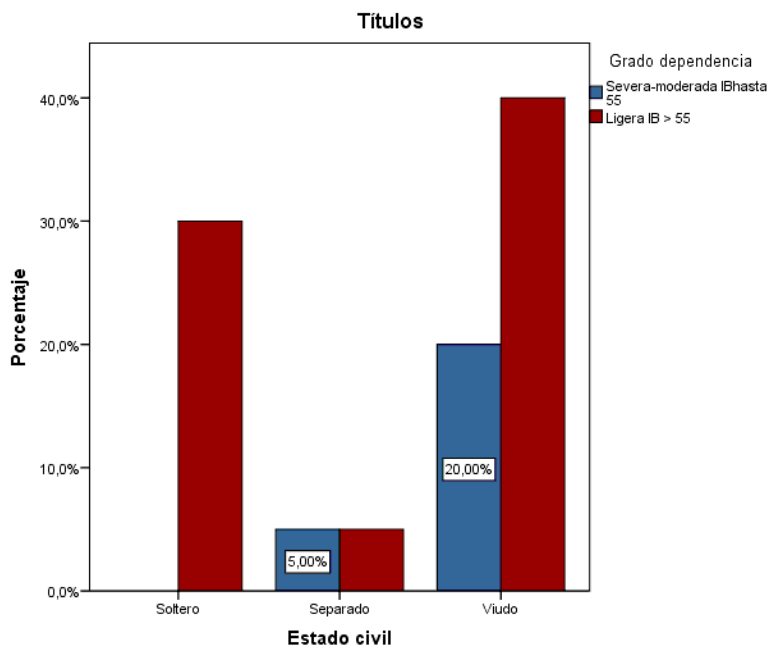
		Sexo						valor p (chi-cuadrado)
		Hombre		Mujer		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
EdadR	< 80	2	20,0%	6	60,0%	8	40,0%	0,063
	80 o más	8	80,0%	4	40,0%	12	60,0%	
	Total	10	100,0%	10	100,0%	20	100,0%	
Estado civil	Soltero	3	30,0%	3	30,0%	6	30,0%	0,31
	Separado	2	20,0%	0	0,0%	2	10,0%	
	Viudo	5	50,0%	7	70,0%	12	60,0%	
	Total	10	100,0%	10	100,0%	20	100,0%	

-Tabla 2: La gráfica indica el grado de dependencia por género de la población estudiada.

			Sexo			valor p
			Hombre	Mujer	Total	chi cuadrado
Grado dependencia	Severa-moderada IBhasta 55	Nº	2	3	5	0,6
		%	20,0%	30,0%	25,0%	
	Ligera IB > 55	Nº	8	7	15	
		%	80,0%	70,0%	75,0%	

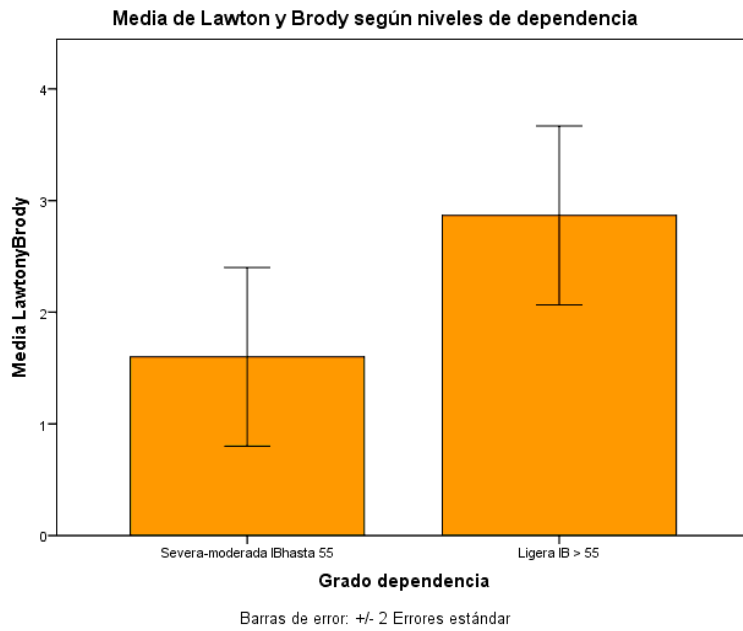


-**Tabla 3:** Aparece el grado de dependencia en relación al estado civil de la muestra.



Marina Fernández González & Manuel Montañer Perles

-Tabla 4: Corresponde a la media de la escala Lawton y Brody según los niveles de dependencia



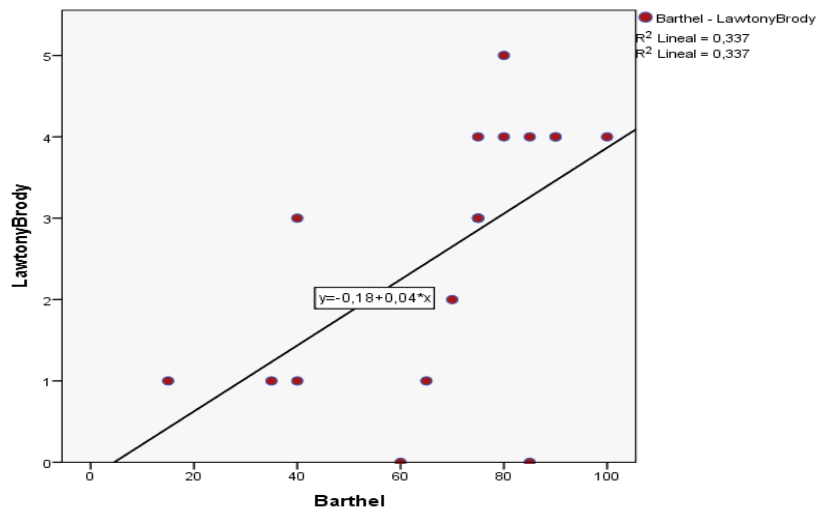
		Sexo				valor p
		Hombre		Mujer		
		Recuento	% del N de columna	Recuento	% del N de columna	
Usar telefono	0	1	10,0%	3	30,0%	0,26
	1	9	90,0%	7	70,0%	
Hacer compras	0	6	60,0%	7	70,0%	0,64
	1	4	40,0%	3	30,0%	
Usar transporte	0	5	50,0%	4	40,0%	0,65
	1	5	50,0%	6	60,0%	
Responsabilidad en la medicación	0	10	100,0%	6	60,0%	0,025
	1	0	0,0%	4	40,0%	
Manejo de asuntos económicos	0	3	30,0%	4	40,0%	0,64
	1	7	70,0%	6	60,0%	

Marina Fernández González & Manuel Montañer Perles

-Tabla 5: Muestra las puntuaciones medias obtenidas por los participantes del estudio en la escala de valoración Barthel.

	Sexo						Valor p
	Hombre			Mujer			
	Nº	Media	Desviación estándar	Nº	Media	Desviación estándar	
Comer	10	8,50	2,42	10	8,50	2,42	1
Lavarse	10	3,50	2,42	10	2,00	2,58	0,28
Vestirse	10	6,50	2,42	10	5,00	2,36	0,31
Arreglarse	10	4,50	1,58	10	4,50	1,58	1
Deposiciones	10	9,00	3,16	10	8,00	2,58	0,35
Micción	10	8,50	3,37	10	7,50	3,54	0,52
Usar retrete	10	7,50	3,54	10	7,50	2,64	0,85
Trasladarse	10	11,50	3,37	10	10,50	3,69	0,56
Deambular	10	10,50	4,97	10	9,00	5,16	0,53
Escalones	10	1,00	2,11	10	2,50	3,54	0,44

-Tabla 6: Representa la relación existente entre el nivel de dependencia de cada participante en el estudio según la puntuación obtenida en las escalas de valoración administradas.



DISCUSIÓN

Este estudio tiene como finalidad describir las características ocupacionales en las áreas de actividades básicas de la vida diaria y de las actividades instrumentales de la vida diaria de población psicogeríatrica aquejada por trastornos afectivos, contribuyendo así a la descripción de las necesidades ocupacionales más frecuentes en personas con trastorno afectivo en psicogeriatría y determinar en qué grado limitan su participación en las diferentes tareas de sus vidas.

Este análisis determina la necesidad de una intervención desde la terapia ocupacional, para el mantenimiento y mejora del desempeño de las actividades de la vida diaria e instrumentales en personas aquejadas de trastorno afectivo en la vejez, ya que se demuestra una dependencia de estas personas en la realización de dichas actividades que se presentan en su día a día.

La población de muestra del estudio es homogénea en cuanto a la distribución de sexos, contando con una muestra total de 20 personas, 10 hombres y 10 mujeres. La personas mayores de 80 años representan un total del 60%, y el estado civil predominante es el de viudo/a acaparando un 60% de la muestra seguido de los solteros/as con un 30% y solo un 10% se encuentra separado/a.

Los datos obtenidos, muestran una distribución similar del grado de dependencia en ambos sexos, aunque se aprecia un ligero aumento del porcentaje de mujeres que sufren una dependencia severa o moderada, con un 15% frente al 10% del de los hombres. Este leve aumento está motivado por la mayor esperanza de vida de las mujeres, que es 6 años superior a la de los hombres con una media de 85 años, provocando a su vez un deterioro de la salud y un mayor grado de dependencia (INE, 2014).

Existe una relación entre el estado civil de las personas y su nivel de dependencia, los usuarios que se encuentran en situación de viudedad presentan niveles más elevados de dependencia tanto leve, como moderada y severa que el resto de grupos, mientras que las personas que se encuentran solteras son el colectivo con menor porcentaje de dependencia. El nivel de independencia a lo largo de la vida por parte de los solteros y los sentimientos de pérdida y añoranza en la población viuda son aspectos determinantes en el nivel de dependencia que muestran estas personas en la última etapa de sus vidas.

Según la escala de valoración de Lawton y Brody las actividades de la vida diaria donde los usuarios de la muestra presentan mayor dificultad para realizar estas tareas de manera autónoma son: responsabilidad en la medicación, hacer compras y el uso del transporte. El 100% de los hombres y el 60% de las mujeres muestran dependencia en la responsabilidad en la medicación, este dato está influenciado por las normas de las residencias donde la medicación es administrada por profesionales. Tanto en el uso del transporte como en hacer compras, ambos sexos presentan un nivel igualado, necesitando mayoritariamente ayuda para realizar dichas actividades. En el aspecto contrario, se muestra un nivel de independencia elevado tanto en hombres como mujeres en el desempeño del uso del teléfono y en la gestión económica.

La institucionalización de las personas en centros residenciales, tiene repercusión en su desempeño ocupacional, provocando una falta de motivación y la adquisición de una rutina sedentaria que afecta a la realización de actividades en la comunidad como ir de compras o el uso de transporte público. La sobreprotección familiar y de los profesionales sanitarios también perjudica sobre la funcionalidad de estas personas, ya que son ellos mismos los encargados de realizar numerosas actividades y tareas que ellos pueden hacer

Marina Fernández González & Manuel Montañer Perles

de forma autónoma y no le permiten realizar, debido en ocasiones a un sentimiento de miedo al riesgo de caídas a esa edad, o de que su familiar se desoriente fuera de la residencia, limitando seriamente el mantenimiento de la autonomía personal.

La escala de evaluación Barthel, muestra que las actividades en la que las personas con un trastorno afectivo muestran mayor independencia son comer, deposiciones, micción, trasladarse y deambular, obteniendo una buena puntuación tanto en hombre como en mujeres. Mientras que las actividades que representan una mayor dificultad para hacer de forma autónoma son las de lavarse, arreglarse y subir y bajar escalones, necesitando ayuda para poder realizarlas de una forma satisfactoria. En cuanto al nivel de dependencia por sexos, las mujeres obtienen una mejor puntuación en las actividades de lavarse y subir y bajas escalones, mientras que los hombres son más independientes que estas en vestirse, deposiciones, micción, trasladarse y deambular.

Las personas con un trastorno afectivo mantienen mejores niveles de desempeño en las actividades relacionadas con el autocuidado, debido a que son las más necesarias en el desarrollo diario de la vida y a su integración desde edades muy tempranas. En otras actividades como cocinar o la limpieza del hogar, los hombres presentan una mayor dependencia debido a una influencia directa por la educación de la época, ya que estas actividades se consideraban parte de las obligaciones de la mujer.

Según los datos de la tabla 6, se extrae que no existe una relación lineal directa fuerte entre las puntuaciones obtenidas en ambas escalas ya que la bondad de ajuste es de 0'337 muy próximo a 0. Lo que permite que una misma persona evaluada por ambas escalas pueda tener un diagnóstico final completamente diferente, mostrando en una escala un grado de dependencia leve o moderada según los ítems evaluados en esa escala, mientras que en la otra puede tener dependencia severa. Es necesaria una evaluación holística por parte de los profesionales sanitarios, que permitan recoger los datos subjetivos en cada caso y no solo aquellos registrados en los diferentes test de valoración, que pueden mostrar un perfil de la persona evaluada que no se ajuste a la realidad ocupacional.

DIFICULTADES Y LIMITACIONES:

El tamaño reducido de la muestra, veinte personas, da como resultado un poder limitado del estudio, dificultando la extrapolación de estos datos a la población general.

Las variables del estudio están influidas por aspectos culturales y del entorno, por lo que precisa adaptarlas al nivel cultural de la persona. Puede haber sesgos en algunas de las variables medidas, debido a las normas internas de las unidades residenciales donde se encuentran las personas participantes en el estudio.

AGRADECIMIENTOS:

Queremos agradecer la colaboración a todos los usuarios que han participado en la muestra de nuestro estudio, así como a los directores de los centros residenciales por facilitarnos el acceso e interesarse por el desarrollo de la investigación.

A Olga López Martín, por su tutorización y supervisión del estudio, por su paciencia y apoyo constante. Y Antonio Segura, por ayudarnos en las indicaciones respecto al análisis de datos.

Al Máster de Terapia Ocupacional en Salud mental por ofrecernos la posibilidad de crecer como profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agüera Ortiz L., Martín Carrasco M., Cervilla Ballesteros J.(2002). *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson.
- Ames,D. (2004). Epidemiological studies of depression among the elderly in residential and nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry*, 6(6), 347-354.
- Ávila Álvarez, A., Martínez Piédrola, R., Matilla Mora, R., Máximo Bocanegra, M., Méndez Méndez, B., Talavera Valverde, M.A., et al. (2010) *Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso* (2da Edición) [Traducción]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010espa.html>
- Berruela Maeztu LM, Ojer Ibirian MJ, Trébol Urra A.(2009). *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología*. TOG (A Coruña) 6(4), 215-258.
- Bobes, J (1997).depresión en el anciano. En J. Vallejo (Coord). *Psicogeriatría. Biblioteca de psicogeriatría en atención primaria* (pp44-45). Madrid: Aula Médica
- Boström, G., Conradsson, M., Rosendahl, E., Nordström, P., Gustafson, Y., & Littbrand, H. (2014). Functional capacity and dependency in transfer and dressing are associated with depressive symptoms in older people. *Clinical Interventions in Aging*,9, 249-257.
- Calliope, P, Menon, M. U. & Thais, M. (2013). La capacidad funcional de los pacientes ancianos en las unidades de atención primaria de salud del SUS. *Revista brasileña de enfermería* , 907-913.
- Campos, I., Nogueira, H., & Fernandez, L. (2013). Aging, circadian rhythms and depressive disorders: a review. *American journal of neurodegenerative disease*, 2(4), 228-246.
- CIE-10, Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. (10ª ed.) rev. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2003.
- Colin, A., Brent, T., Alexandria, L., Gauri, N., Christopher, R., Philip, D., y otros.(2012). Meta-analysis of the association between cognitive abilities and everyday functioning in bipolar disorder.*Bipolar disorder*, 14(3), 217-226.
- Demant, K., Almer, G., Vinberg, M., Vedel, L., & Miskowiak, K. (2013). Effects of cognitive remediation on cognitive dysfunction in partially or fully remitted patients with bipolar disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trial*, 378.
- Diefenbach, G., Tolin, D., & Gilliam, C. (2013). Impairments in Life Quality among Clients in Geriatric Home Care: Associations with Depressive and Anxiety Symptoms. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(8), 828-835.
- Esperanza de vida (2014). Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/ss/Satellite?>

Marina Fernández González & Manuel Montañer Perles

[L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout](http://www.uclm.es/ES/c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout)

- Kazama, M., Kondo, N., Suzuki, K., Minai, J., Imai, H., & Yamagata, Z. (2011). Early impact of depression symptoms on the decline in activities of daily living among older Japanese: Y-HALE cohort study. *Environmental health and preventive medicine* , 16(3), 196-201.
- Kielhofner, G (2006) Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional. (3ª ed.) Buenos aires: Médica Panamericana.
- Moruno Miralles, P., Talavea Valverde, M.A. (2012) Terapia Ocupacional en salud mental. Barcelona: Masson.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (Octubre de 2009). *Depression. The treatment and management of depression in adults*. Recuperado el 27 de Abril de 2014, de national guideline clearinghouse:<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=15521&search=elderly+and+affective+disorder>.
- Romero Ayuso, D.M., Moruno Miralles P. (2006) Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson.
- Sánchez, O., Polonio, B., Pellegrini, M. (2013). *Terapia Ocupacional en salud mental*. Madrid: Panamericana.
- Sociedad Española de Psicogeriatría (SPEG). (2009). *Consenso español de depresión en el anciano. Resultados*. Disponible en: <http://sepg.es/publicaciones/consensoDEP.php>

ANEXO 1

INDICE DE BARTHEL						
Comida:						
10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona					
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo					
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona					
Lavado (baño)						
5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise					
0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión					
Vestido						
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda					
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable					
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas					
Arreglo						
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona					
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda					
Deposición						
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia					
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.					
0	Incontinente. Más de un episodio semanal					
Micción						
10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal ...).					
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.					
0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas					
Ir al retrete						
10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona					
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo					
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor					
Transferencia (traslado cama/sillón)						
15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.					
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.					
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.					
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado					
Deambulación						
15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.					
10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.					
5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión					
Subir y bajar es caleras						
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.					
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.					
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones					
La incapacidad funcional se valora como:	<table border="0"> <tr> <td>* Severa: < 45 puntos.</td> <td>* Moderada: 60 - 80 puntos.</td> <td rowspan="2" style="text-align: right;">Puntuación Total:</td> </tr> <tr> <td>* Grave: 45 - 59 puntos.</td> <td>* Ligera: 80 - 100 puntos.</td> </tr> </table>	* Severa: < 45 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos.	Puntuación Total:	* Grave: 45 - 59 puntos.	* Ligera: 80 - 100 puntos.
* Severa: < 45 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos.	Puntuación Total:				
* Grave: 45 - 59 puntos.	* Ligera: 80 - 100 puntos.					

ÍNDICE DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES LAWTON Y BRODY

1. CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL TELÉFONO	
- Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números.	1
- Marca unos cuantos números bien conocidos.	1
- Contesta al teléfono, pero no marca.	1
- No utiliza el teléfono en absoluto.	0
2. IR DE COMPRAS	
- Realiza todas las compras necesarias con independencia.	1
- Compra con independencia pequeñas cosas.	0
- Necesita compañía para realizar cualquier compra.	0
- Completamente incapaz de ir de compras.	0
3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
- Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
- Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes.	0
- Calienta, sirve y prepara las comidas o las prepara pero no mantiene una dieta adecuada.	0
- Necesita que se le prepare o sirva la comida.	0
4. CUIDAR LA CASA	
- Cuida la casa sola o con ayuda ocasional (trabajos duros).	1
- Realiza tareas domésticas ligeras (fregar los platos, hacer las camas,...).	1
- Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.	1
- Necesita ayuda con todas las tareas de la casa.	0
- No participa en ninguna tarea doméstica.	0
5. LAVADO DE ROPA	
- Realiza completamente el lavado de su ropa.	1
- Lava ropas pequeñas, aclara medias, ...	1
- Necesita que otro se ocupe de todo el lavado.	0
6. MEDIO DE TRANSPORTE	
- Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche.	1
- Capaz de organizar su transporte utilizando taxis, pero no usa otros transportes públicos.	1
- Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona.	1
- Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros.	0
- No viaja en absoluto.	0
7. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
- Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas señaladas.	1
- Toma responsablemente la medicación si se la prepara con anticipación en dosis separadas.	0
- No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.	0
8. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	
- Maneja los asuntos financieros con independencia.	1
- Maneja los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para ir al banco, realizar gastos,...	0
- Incapaz de manejar dinero.	0

TOTAL

Anexo 3 Variables medidas

-Comer: realizar las diferentes tareas de alimentación. Ser capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar condimentos, servirse la bebida, etc.

-Lavarse: ser capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.

-Vestirse: ser capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras.

-Arreglarse: ser capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.

-Deposiciones: ser capaz de controlar deposiciones, de colocarse un supositorio o un enema.

-Micción: ser capaz de controlar micción día y noche, de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de orina.

-Usar retrete: ser capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.

-Deambular: caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.

-Trasladarse: ser capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas (levantando reposapiés, cerrando la silla), conseguir sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón.

-Subir/bajar escalones: ser capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.

-Usar teléfono: ser capaz de utilizar el teléfono por iniciativa propia, marcar bien algunos números familiares y contestar al teléfono.

- Hacer compras: realizar independientemente todas las compras necesarias para cubrir las necesidades personales.

-Usar el transporte: viajar solo o acompañado en transporte público, coger un taxi o conducir un coche propio.

-Responsabilidad en la medicación: ser capaz de tomar la medicación a la hora y con la dosis correcta.

-Manejo de asuntos económicos: ser capaz de encargarse de los asuntos económicos por sí solo, realiza las compras de cada día por sí mismo aunque necesite ayuda para las grandes compras.

Marina Fernández González & Manuel Montañer Perles

Anexo 4. Documento de Consentimiento Informado:

Consentimiento Informado para los Participantes en la Investigación

El objetivo de este estudio es describir las necesidades ocupacionales de la población psicogeríátrica con trastornos afectivos.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá realizar una serie de actividades y acciones que le indique un profesional de la terapia ocupacional y que se recogerán mediante dos escalas de evaluación.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus puntuaciones en los test de evaluación serán codificadas y por lo tanto, serán anónimas.

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 actividades durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no realizarlas.

Agradecemos su participación en este estudio.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado/a de los propósitos de la investigación, y que el tratamiento de datos será confidencial, y conforme a la Ley de Protección de Datos vigente en la actualidad.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación 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.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha