



Mejora de la calidad y de innovación en la atención a la dependencia y promoción de la autonomía personal

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
Generalidades del envejecimiento	2
Clasificación de edades	3
Modificaciones morfológicas y funcionales	4
2. OBJETIVOS	5
3. JUSTIFICACIÓN	6
4. METODOLOGÍA	12
Diseño.....	12
Sujetos del estudio	12
Variables del estudio	13
Recogida de datos	14
Generalización y aplicabilidad	15
Análisis estadístico	15
Plan de intervención	15
5. CALENDARIO PREVISTO	16
6. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS	18
7. RESULTADOS	19
8. CONCLUSIONES	21
9. BIBLIOGRAFÍA	22
10.ACRÓNIMOS	25
11.ANEXOS	26

1. Introducción

GENERALIDADES DEL ENVEJECIMIENTO:

Desde el punto de vista biológico, el **envejecimiento** se define como el proceso de **cambios morfofuncionales** de carácter **variable, progresivo, irreversible y no uniforme** que se producen en todo ser vivo en relación al paso del tiempo.

En el envejecimiento se produce tanto una disminución de la capacidad de adaptación y de reserva a nivel de cada órgano, aparato y sistema como la capacidad de respuesta que presenta la persona en cada situación. Esto es debido a que los mecanismos homeostáticos son menos sensibles, menos precisos, más lentos y de menor magnitud. Cuando la incidencia de los procesos anteriormente descritos altera los diferentes parámetros impidiendo una correcta adaptación, el proceso de envejecimiento fisiológico natural se transforma en **patológico** ⁽¹⁾.

“La salida de los límites de esta normalidad, funcional o estadística, constituye de por sí una de las propiedades de la enfermedad” (*Gijarro, 1999*).

Existen diversas teorías que justifican la causa del envejecimiento, en este proyecto se explica la teoría de Rowe y Kahn del año 1987 que diferencia el **envejecimiento normal del saludable** ⁽²⁾.

El **envejecimiento saludable** o activo según la OMS es, el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El objetivo es extender la calidad, la productividad y esperanza de vida a edades avanzadas.

Dentro del proceso de envejecimiento ⁽³⁾ intervienen diferentes **factores** ⁽³⁾:

1. Factores genéticos: se estima que entre el 20% – 25% de la variabilidad en la edad de defunción viene determinada por los factores genéticos, los cuales unos construyen factores de supervivencia y otros son factores predisponentes a sufrir ciertas enfermedades crónicas como pueden ser

las enfermedades coronarias, cáncer, diabetes *mellitus* o demencia como el Alzheimer.

2. Factores socioeconómicos: presentan una gran influencia en el proceso del envejecimiento ya que, en las sociedades desarrolladas la esperanza de vida al nacer puede llegar a ser el doble que, en los países más pobres, incluyendo las condiciones de seguridad en el ámbito laboral.

Remarcarse también, la diferencia entre la longevidad en cuanto a género. En España la mujer vive de media 7 años más que el hombre, de manera que condiciona una sociedad envejecida más feminizada.

3. Factores de hábitos y estilo de vida: existen hábitos que se consideran negativos sobre el proceso de envejecimiento como la vida sedentaria, el consumo de tabaco y alcohol, las dietas desequilibradas, la falta de relaciones sociales, formar parte de algunos sectores laborales que generan estrés (directivos, profesionales de la salud, banqueros, entre otros) o sectores laborales que conlleven exigencia física importante.

CLASIFICACIÓN DE EDADES:

La tercera edad comprende las personas mayores de 65 años y va marcada por la edad de jubilación. Aunque, catalogar a una persona de anciana es un hecho muy variable, se deben tener en cuenta cuatro diferentes tipos de edades que definen la edad efectiva de una persona ^(4 - 7):

- Edad cronológica: es el número de años transcurridos desde el nacimiento de la persona hasta su muerte.
- Edad biológica: va determinada con por los cambios físicos y biológicos. Por ejemplo: color y forma del pelo, elasticidad de la piel, capacidad visual y auditiva, sueño alterado, conducta motora más lenta.
- Edad psicológica: representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y capacidad de adaptación. Incluyendo cambios cognitivos, afectivos y de personalidad.
- Edad social: establece el rol individual que debe desempeñarse en la sociedad en la que el individuo se desenvuelve.

MODIFICACIONES MORFOLÓGICAS Y FUNCIONALES:

El envejecimiento es un proceso que supone una serie de modificaciones físicas, cognitivas, psicológicas y sociales. A continuación, se desarrollan algunos de los sistemas afectados que se ven involucrados en este proyecto ⁽⁸⁻¹¹⁾.

- Cambios cardiovasculares
 - El rendimiento para llevar a cabo actividades disminuye cuando se expone a la persona a situación de estrés o de alto nivel
 - El corazón puede sufrir arritmias, provocando que la cantidad de flujo sanguíneo que llega a los tejidos disminuya aumentando así, la probabilidad de sufrir problemas cardíacos y cerebrales
- Cambios respiratorios
 - Uno de los cambios más importantes que se producen es la pérdida de elasticidad pulmonar
 - Cambios óseos en el tórax y vértebras provocan una reducción de la capacidad que tienen los pulmones para dilatarse
 - Se reduce la capacidad vital pulmonar
- Cambios gastrointestinales
 - La estructura ósea de la boca se va encogiendo y se pierden piezas dentales
 - La digestión se convierte en un proceso más lento
 - Disminución de la secreción salival
- Cambios endocrinos
 - Disminución de la producción de insulina por parte del páncreas creando un aumento de glucosa en sangre
- Cambios en el sistema inmunológico
 - El sistema circulatorio presenta más afectación en MMII que en MMSS, causado por una dilatación de las venas y una disminución de su elasticidad

- Cambios sensoriales
 - Disminuye la sensación del dolor y sentido del tacto
 - La capacidad visual disminuye
 - Disminuye el sentido del gusto y del olfato
- Cambios musculoesqueléticos
 - Pérdida gradual de fuerza y resistencia muscular
 - Se produce un aumento de rigidez
 - Pérdida de masa muscular y ósea
- Cambios neurológicos
 - Disminuye el número de neuronas en funcionamiento
 - Los neurotransmisores sufren cambios
 - Alteraciones en la respuesta funcional y cambios estructurales en glándulas
 - Reducción de la sustancia blanca
- Cambios en área cognitiva
 - Memoria
 - Concentración
 - Lenguaje
 - Capacidad para resolver problemas

2. Objetivos

El **objetivo principal** de este proyecto es conseguir la máxima autonomía posible.

Además de ser un ser activo físicamente, es importante permanecer activo social y cognitivamente, presentando los siguientes **objetivos secundarios**:

- Fomentar la comunicación y la relación entre los miembros del grupo

- Estimular diferentes áreas como la psicomotricidad, la planificación y la ejecución de tareas
- Aumentar la solidaridad entre personas
- Mejorar la autoestima, ofreciendo la posibilidad de ser los protagonistas
- Mantener balance articular y muscular de EESS, realizando gestos como pelar una fruta utilizando la garra, pinza, prono – supinación además de actividades bimanuales
- Estimular áreas cognitivas concretamente la atención y la memoria a corto plazo

3. Justificación

Actualmente, por primera vez en la historia, la esperanza de vida se encuentra alrededor de los setenta años. Es decir, un 7% de la población mundial tiene 65 años o más.

Según las proyecciones realizadas por el INE, en el 2050 la población mayor de 65 años aumentará por encima del 30% de la población (con casi 13 millones de personas) y los octogenarios llegarán a más de 4 millones por lo que se situarán por encima del 30% del total de la población mayor. Los estudios internacionales de prospectiva y proyecciones estimadas por la Organización de Naciones Unidas (ONU) sitúa a España en el año 2050 como el país más envejecido del mundo, aproximándose al 40% de la población por encima de los 60 años.

A continuación, se expone un gráfico representando la evolución de los grupos de población estimados en la UE – 25 ⁽¹²⁾:

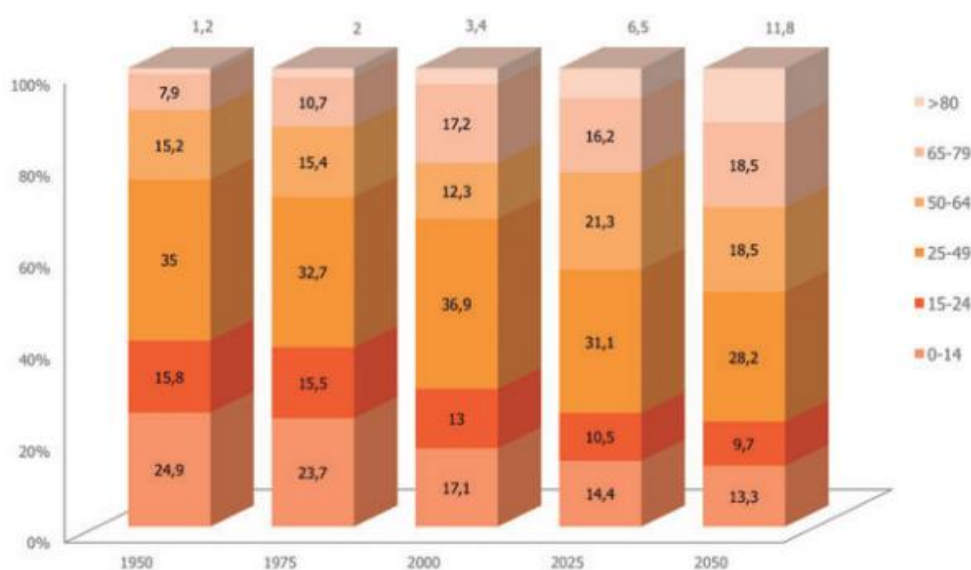


Imagen 1. Evolución de los grupos de población estimados en la UE – 25

Teniendo en cuenta la definición anteriormente mencionada sobre el envejecimiento activo, se desarrolla la actividad – ocupación de cocina, la cual, es significativa y de interés para los usuarios. Además de fomentar la implicación en el trabajo productivo ⁽¹³⁾.

En el presente trabajo, se expone como la actividad-ocupación de cocina fomenta áreas físicas, cognitivas, psicológicas y sociales ^(14 – 19).

Área rehabilitadora:

- La capacidad de reserva pulmonar aumenta cuando la persona se mantiene activa.
- En las personas mayores, aumenta el tejido adiposo, por eso se tiene en cuenta el realizar recetas de bajo aporte calórico.
- Estimulación del sentido del tacto. Se empieza con la presentación de alimentos pasándose cada ingrediente de unos a otros, reconociendo sus características táctiles (forma, textura, temperatura). Se relaciona el tacto con el movimiento.
- Respecto al área sensorial, en la vejez se ven mermados el gusto y el olfato, dichos órganos están directamente relacionados con la alimentación. En el taller de cocina, se estimula tanto el olfato como el

gusto. En un primer momento se les presentan los ingredientes a los participantes del taller pidiendo que los huelan y al terminar la actividad, los residentes se comen el plato elaborado estimulando así el gusto.

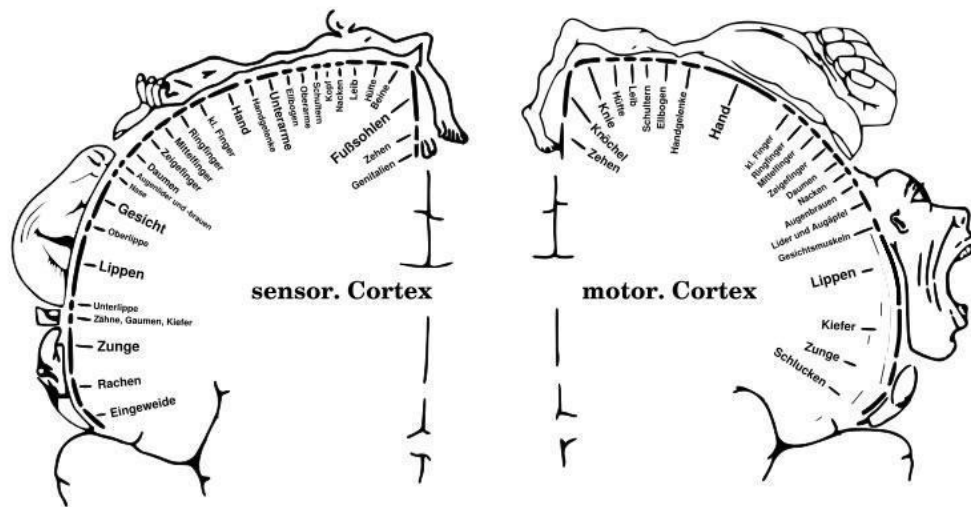


Imagen 2. Homúnculo de Penfield.

- Pérdida gradual de fuerza y aumento de rigidez muscular por ello, durante la actividad se realizan actos que pueden parecer básicos como abrir una bolsa con frutos secos, batir huevos o pelar patatas. Todas estas acciones requieren un mínimo de fuerza muscular en EESS y la coordinación óculo – manual, graduando la cantidad de fuerza para cada tarea.
- Pérdida de masa muscular y ósea. Para poder realizar el taller es necesario permanecer en un correcto posicionamiento, manteniendo el tronco erecto. Las personas que realizan los traslados en silla de ruedas acostumbran a permanecer la mayor parte del tiempo apoyados en el respaldo de la silla. El realizar la actividad encima de una mesa incita a llevar el tronco hacia adelante y mantenerlo para poder seguir las tareas.
- Un gran porcentaje de los participantes, se encuentran institucionalizados en la residencia de ancianos o acuden al recurso de centro de día, esto implica que, han perdido roles tales como, el rol de ama/o de casa, trabajador/a, cocinero/a etc. Afectando directamente a su identidad personal, valores, estabilidad emocional o motivaciones. Por ello, esta actividad les puede resultar una ocupación significativa y atractiva con valores intrínsecos. La cual, al llevarla a cabo generará bienestar al

recuperar de forma momentánea roles con los cuales ellos se sienten identificados además de sentirse competentes, útiles y productivos.

- Debido a la pérdida de funcionalidad, fuerza y movilidad de MMSS, se hace más difícil poder llevar el alimento a la boca, manipular cubiertos de forma autónoma, partir-pelar el alimento, preparar el alimento, en definitiva, el área de alimentación (ABVD) se ve afectada. Gracias a dicho taller, se lleva a cabo una reeducación de forma indirecta de la alimentación, además de, una estimulación y reentrenamiento de destrezas motoras y praxis. Manteniendo y favoreciendo la autonomía en el grado posible, usando si es necesario productos de apoyo como cubiertos adaptados, materiales antideslizantes, fotografías etc.
- El envejecimiento produce cambios gastrointestinales, en este apartado se habla de la pérdida de piezas dentales y la disminución de secreciones salivales, por ello desde terapia ocupacional, se adapta el tipo de ingredientes (textura-dureza) que se usan en el taller con el fin de facilitar el área de comer y a su vez, hacer partícipe a una mayor cantidad de usuarios independientemente de su estado bucal.
- Por último, cabe destacar, como anteriormente se ha descrito que, sufren cambios en áreas cognitivas, el taller incluye una parte específica de estimulación cognitiva. Compuesta por una parte pasiva (en la cual se limitan a prestar atención a las diapositivas) y otra parte más activa que consiste en la elaboración de un recetario donde tienen que poner en funcionamiento áreas como la memoria, atención, percepción pensamiento lógico, lectoescritura y comprensión.

Área psicológica:

En geriatría un concepto muy interesante a trabajar o fomentar es la reminiscencia.

La reminiscencia es un concepto que puede asociarse a evocaciones, memorias, o recuerdos y que es una representación mental de una situación, hecho u otra cosa que tuvo lugar en el pasado y que está casi olvidada.

La Terapia de Reminiscencia basa su efectividad en el uso del recuerdo sobre la calidad de vida del adulto y/o anciano. Al recordar y revivir experiencias pasadas la persona muestra más interés en la actividad que está realizando. Se sabe que,

en la terapia de Reminiscencia, el aspecto emocional está muy presente, ya que utiliza el recuerdo de sucesos o vivencias pasadas.

- A nivel cognitivo, se encuentran mejoras en diferentes dominios. La memoria autobiográfica sufre un retraimiento en su deterioro al ser ejercitada y/o estimulada a través del recuerdo de hechos pasados (Bruna, O. et al, 2011). El lenguaje también se ve estimulado y por lo tanto beneficiado a través de los relatos de las vivencias pasadas que surgen tras evocar los recuerdos (Duru, G. y Kapucu, S., 2016). La orientación y la atención también presentan mejorías, disminuyendo la desorientación espacio-temporal que se da en la tercera edad.

- A nivel funcional, con este tipo de terapias se ha podido comprobar que las personas realizan y/o recuperan algunas de la AVD (Barban, F. et.al 2016).
- A nivel emocional, las mejoras en el estado de ánimo son evidentes, lo que conlleva a la disminución de la sintomatología depresiva (Duru, G. y Kapucu, S., 2016). El autoconcepto y la identidad personal propia aumenta, notándose que los niveles de autoestima y confianza se incrementa (O' Shea, O., et al., 2014).

Por tanto, son muchos y evidentes los beneficios de trabajar la reminiscencia en personas mayores.

Área social:

- La OMS en su definición de "Salud" se refiere al bienestar físico, mental y social de la persona. No se basa solo en un aspecto sanitaria y tiene en cuenta a la persona desde una visión integral de ésta. La definición no sólo hace referencia a la ausencia de enfermedades, sino que incluye la promoción del bienestar físico, psicológico y social. La idea de salud debe ser vista desde una mirada positiva, una mirada de posibilidades y oportunidades de mejora en la calidad de vida.
- La OMS también da mucha importancia, como ya se ha definido anteriormente, al envejecimiento activo. Es muy importante destacar la participación de las personas mayores en actividades sociales, culturales, entre otras, para que sean personas integradas en su entorno y no se relacione la vejez a un grado de aislamiento.

- Se tiene que ver la vejez como una etapa más de la vida dentro del ciclo evolutivo de las personas. Es un periodo de adaptación y socialización, con sus características peculiares y que se tienen que tratar y tener en cuenta igual que todas las etapas evolutivas del ciclo vital. Todo ser humano, en cada proceso evolutivo de su ciclo vital necesita de la interacción social ya que a través de ella nos mantenemos activos y mucho más positivos. En la etapa de la tercera edad es muy común que el círculo de amistades, familiares, etc. se reduzca teniendo en cuenta diferentes factores. Uno de ellos puede ser el ingreso a una residencia geriátrica y este cambio puede producir cambios físicos y emocionales.
- Desde la residencia, con el trabajo interdisciplinar del equipo, se tiene que trabajar para ayudar a afrontar todos estos cambios de la mejor manera posible. Ayudarlos a que se sientan integrados y acompañados en los nuevos cambios. Una manera de ayudarles es potenciando la socialización, evitando el aislamiento y fomentando actividades significativas para la persona. Estas actividades, como es el taller de cocina, es una oportunidad para encontrarse con más personas y conversar, compartir, divertirse, crear vínculos y sentirse realizadas.
- Según unos estudios recientes la socialización en la tercera edad tiene efectos positivos en patologías tales como dolores articulares, control de las enfermedades crónicas, hipertensión arterial, diabetes, y la prevención de patologías de la esfera psico-social como la depresión, ansiedad o empeoramientos en los mismos.
- El taller de cocina es una fuente de socialización, es una actividad donde uno de los objetivos es favorecer el bienestar emocional y físico gracias a la interacción con los participantes potenciando la comunicación y las relaciones sociales a partir de una actividad muy significativa como es la cocina. Esta participación en actividades significativas ayuda a tener un envejecimiento activo y a ver la vejez como una etapa más de la vida y no como una enfermedad.

4. Metodología

Diseño:

El tipo de proyecto es un estudio experimental no controlado con un grupo control no aleatorizado, comparando su situación antes y después de la intervención.

El proyecto se compone de una parte cuantitativa puesto que se ha recogido información mediante escalas validadas y una parte cualitativa recabando información subjetiva.

Se añade también que es un estudio analítico, su finalidad es evaluar una relación causa – efecto. En concreto, los cambios tanto positivos como negativos incluso si no tienen lugar dichos cambios que puede generar la actividad de taller de cocina en un envejecimiento activo.

Y, longitudinal puesto que existe una evaluación previa y una valoración a fecha final de la actividad.

Sujetos del estudio:

Población diana: Los sujetos del estudio serán personas de la *Residencia Comtes d'Urgell de Balaguer*.

Criterios de inclusión:

- Edad > 65 años
- Motivación y participación por la actividad propuesta
- Usuarios que presenten diagnósticos con afectación motriz y/o cognitiva
- Escala de Daniels ≥ 3

Criterios de exclusión:

- Problemas conductuales
- Mínimo nivel de comprensión (MEC): 1
- Escala Barthel Modificada ≥ 14

Variables del estudio:

Las variables se clasifican según sus características en cuantitativas y en cuantitativas. Los valores cuantitativos originan respuestas numéricas y miden cantidades, así pues, la medición del balance articular (BA) de la EESS con el goniómetro de brazos, el *FAST*, *Barthel*, *MEC* y BM (Balance Muscular).

Los valores cualitativos son aquellos que proyectan respuestas categóricas, miden cualidades y se les puede asignar después un valor numérico en este caso la escala de satisfacción de la actividad de cocina.

El goniómetro de brazos se utiliza para medir pasiva y activamente el ángulo de recorrido de las **articulaciones** del cuerpo.

La **valoración muscular** se registra a través de la *Escala de Oxford*, esta medición va del 0 al 5 siendo 0 ausencia de movimiento y contracción, 1 débil contracción en la zona tendinosa del músculo, sin movimiento, 2 movimiento en todo el arco articular sin gravedad, 3 movimiento en todo el arco articular con gravedad, 4 movimiento en todo el arco articular con gravedad y ofreciendo cierto grado de resistencia y 5 movimiento en todo el arco articular con gravedad y ofreciendo resistencia completa (*Tabla 1*) ^(20 y 21).

El **MEC** de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein. Se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas.

Existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos un instrumento más útil para comparaciones internacionales Diseñado por Folstein y McHung en 1975, con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos.

Hoy en día, se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del Trastorno Cognitivo asociado a Enfermedades Neurodegenerativas como la de tipo Alzheimer.

El MEC fue la primera versión en castellano del MMSE, adaptada por Lobo y col. La versión de 35 puntos, fue la primera y es la más utilizada actualmente. Se trata de una sencilla escala estructurada, que no requiere más de 5 – 10 minutos para su administración.

Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje

El **Índice de Barthel** fue publicado en 1965 por Dorotea Barthel y Florence Mahoney. Consiste en una escala compuesto por diez ítems, los cuales, valoran el nivel de independencia del usuario. Cada uno de los ítems están relacionados con diez actividades básicas de la vida diaria (ABVD) especificadas a continuación (alimentación, baño, vestido, aseo personal, uso de WC, transferencias, deambulación, subir y bajar escaleras, deposición y micción). Su máxima puntuación es 100, correspondiéndose con la máxima autonomía y siendo 0 la mínima puntuación, indicando que la persona necesita asistencia para todas las ABVD ⁽²²⁾.

Desde el área social y rehabilitadora se ha elaborado un **cuestionario de valoración de la actividad de cocina** para los participantes. El objetivo de dicho cuestionario es proporcionar un *feedback* de la actividad y así poder evaluar el grado de satisfacción. Está compuesto por 7 preguntas, que deben contestar con sí o no además de dar una valoración numérica del 1 al 10, donde el 1 corresponde a la puntuación más baja y el 10 a una puntuación alta. Las preguntas están elaboradas con un vocabulario simple y de fácil comprensión dado que, las capacidades cognitivas son diversas en el grupo de participantes. El cuestionario podrá ser rellenado de forma autónoma por aquellos usuarios que presente una buena lectoescritura, en el caso de que sean analfabetos, el cuestionario será rellenado con algunos de los técnicos, los cuales no interfieren en las respuestas dadas, solo ayudan a comprender las preguntas para evitar los sesgos. Cabe destacar que es totalmente anónimo (*Tabla 2*).

Recogida de datos:

Los técnicos, en este caso la terapeuta ocupacional (TO) y la fisioterapeuta, contactarán personalmente con los posibles participantes, informándoles de la actividad.

En este primer contacto se comprobará los criterios de inclusión y exclusión.

Después de llevarse a cabo la actividad, los técnicos desarrollan un archivo de las personas que han participado y se registra las observaciones clínicas para poder realizar un seguimiento.

Generalización y aplicabilidad

Si el estudio presenta resultados positivos, el taller de cocina se podría aplicar a más personas tanto a nivel de residentes como a familiares. Incluso hacerlo con más frecuencia.

Se ha mencionado anteriormente que durante el envejecimiento se producen cambios y éstos pueden mantenerse con la actividad de cocina.

Análisis estadístico

El objetivo de este estudio es conocer si existen diferencias en los resultados adquiridos antes y después de la actividad.

En este caso se emplea un muestreo aleatorio estratificado, que consiste en que la muestra tenga en común una característica concreta en áreas cognitivas como áreas motoras y además de tener en cuenta el criterio de inclusión la edad. Para ello se exige un conocimiento detallado de la población.

Los resultados obtenidos serán registrados en el programa que utiliza la institución, en concreto programa *ResiPlus*. En el cual, se puede generar listas de los usuarios relacionados con la asistencia y la puntuación de las escalas utilizadas seleccionando fechas, pudiendo así, comparar los resultados anteriores a la realización de la actividad con los resultados obtenidos al finalizarla.

Plan de intervención:

La actividad consistirá primero en: poner en conocimiento a los participantes de las características y cualidades de los ingredientes utilizados, la manipulación de éstos, preparación de ingredientes y la posterior elaboración de la merienda.

Se colocan por mesas para llevar a cabo la receta. Estas mesas están distribuidas por diferentes criterios interdisciplinares, como puede ser: nivel de funcionalidad, nivel cognitivo y vínculos afectivos.

Presentación de alimentos: Se pasan unas diapositivas con cada ingrediente de la receta a realizar, indicando de dónde procede, los beneficios que tiene y sus características más importantes. Durante esa presentación, se hacen preguntas para conocer el grado de comprensión y memoria de los residentes.

Además, se enseña en ese momento el producto para que puedan tocarlo, verlo, olerlo y empiecen a despertar todos sus sentidos.

Se intenta que los alimentos sean de temporada.

Procedimiento: Colocación de guantes, dando importancia sobre todo a la coordinación ojo – mano para meter en cada hueco el dedo y saber en qué posición se pone trabajando el reconocimiento del esquema corporal. Fomentando además la motricidad fina (pinza y agarre).

En general, en las recetas hay diferentes tareas a realizar (sencillas y complejas) para poder llegar a los diferentes residentes. Como por ejemplo abrir las tapas de los yogures, cortar a trozos algún alimento, batir/remover, cortar a trozos, etc.

Durante la actividad se va recordando los ingredientes que se están utilizando. Estimulando áreas cognitivas (memoria a corto plazo y atención). Los residentes que presentan un elevado déficit cognitivo, han sido estimulados para el reconocimiento de frutas u objetos utilizados.

Recetario: se lleva a cabo al finalizar la parte práctica de la receta. Consiste en rellenar los pasos que se han seguido para conseguir el plato. Según el nivel cognitivo del grupo, el recetario se completa mediante imágenes, las cuales tendrán que recortar y pegar en el hueco adecuado o con lectoescritura.

5. Calendario previsto

La fase previa consiste en la búsqueda de una receta con las características anteriormente mencionadas, distribución de los usuarios de la mesa como la

tarea que llevará cada uno de ellos. Para poder asignar la tarea, anteriormente se ha llevado a cabo un análisis de la actividad relacionándolo con las capacidades y limitaciones de los participantes. Elaboración de diapositivas usando como medio las nuevas tecnologías, creación del archivo del recetario y la compra tanto de los ingredientes como del material necesario.

El tiempo empleado para desarrollar la fase previa son dos días aproximadamente.

La obtención de la muestra consiste en la captación de la población diana que cumplan los criterios de inclusión. Para conseguir la muestra se usan dos-tres horas.

El tiempo de duración entre la intervención y la recogida de datos es de cuatro horas la primera y tres horas la recogida de datos.

La intervención empieza por la colocación de todos los participantes en la mesa adecuada. Los traslados son variados, existen usuarios que deambulan de forma autónoma, otros deambulan con supervisión o acompañamiento de un trabajador y un alto porcentaje se desplazan en sillas de ruedas que no autopropulsan.

A continuación, se lleva a cabo las tres fases (presentación de alimentos, ejecución de recetas y elaboración de recetario). Finaliza la actividad recogiendo el material con la ayuda de los participantes y acompañándolos a sus sitios habituales.

Respecto a la recogida de datos de las escalas objetivas, se llevará a cabo una comparación de las puntuaciones obtenidas antes de hacer la actividad y al finalizarla. En cuanto a la recogida de datos de la escala subjetiva, se implementa dicha escala en la última sesión realizada antes de presentar el proyecto, puesto que, la actividad se seguirá llevando a cabo.

Por último, el análisis de los datos, resultados y conclusión se cumplimenta en un día.

OCTUBRE 2018						
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

NOVIEMBRE 2018						
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

FASE PREVIA

INTERVENCIÓN Y RECOGIDA DE DATOS (SUBJETIVA)

ANÁLISI DE LOS DATOS, RESULTADOS Y CONCLUSIÓN

6. Limitaciones y posibles sesgos

Por las características del estudio no es posible realizar un doble – ciego puesto que, los técnicos que actúan en el proyecto son conocedores de la intervención realizada y la población diana es consciente de que participa en la actividad.

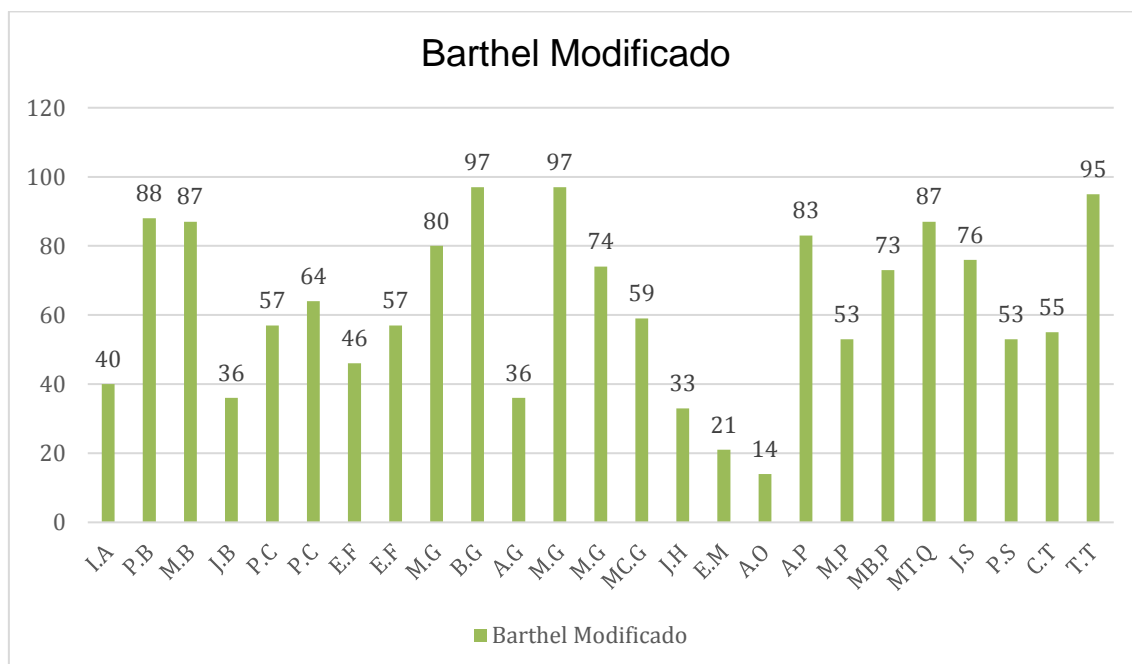
Para evitar sesgos, la medición y registro de variables será siempre realizada por los investigadores principales.

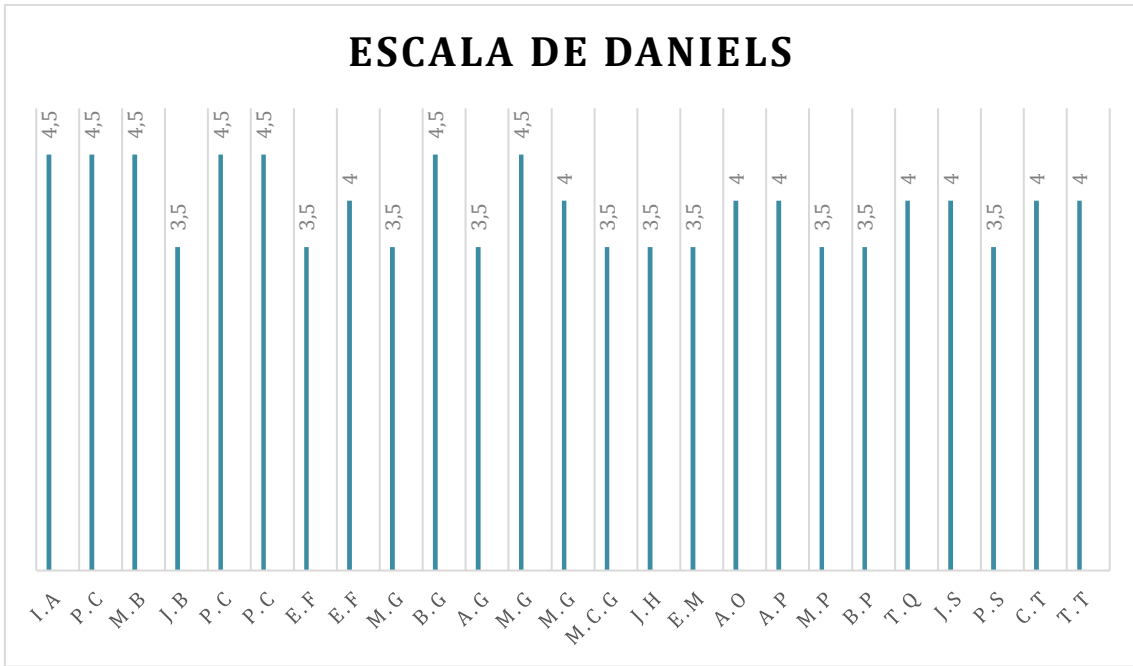
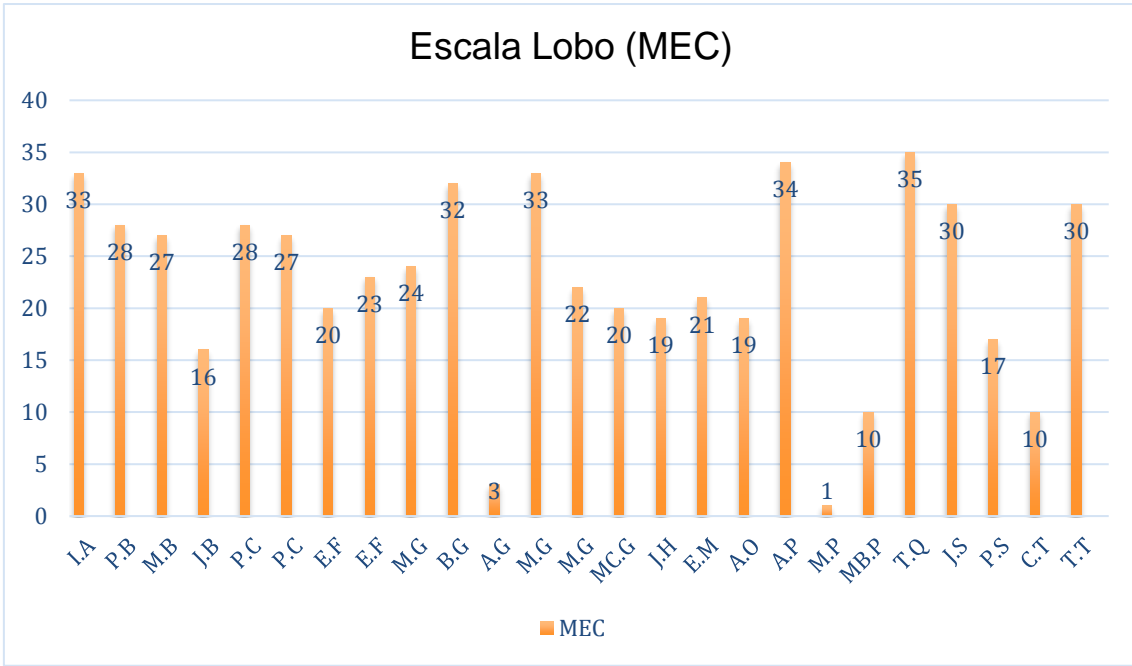
Durante el proyecto, se asume que se producen pérdidas de la muestra. Puede ser por traslado a otra residencia, por hospitalización o por defunción.

Por último, otra limitación es un porcentaje bajo de la muestra, a la cual no se le puede valorar con la escala subjetiva de la actividad por el déficit cognitivo.

7. Resultados

Para poder llevar cabo un buen análisis de datos y verificar así que dicha actividad de cocina tiene un beneficio para la salud en la tercera edad, se deben de observar y analizar los datos previos a la realización de la actividad. En la población diana se han obtenido estos datos:





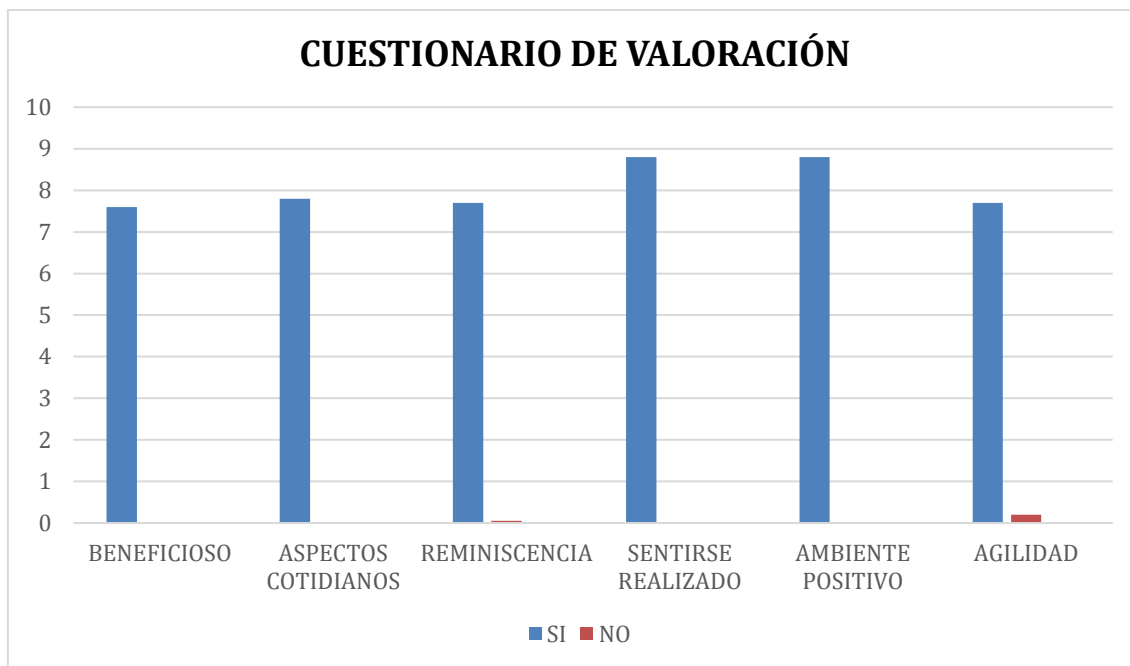


Imagen 3. Cuestionario de valoración

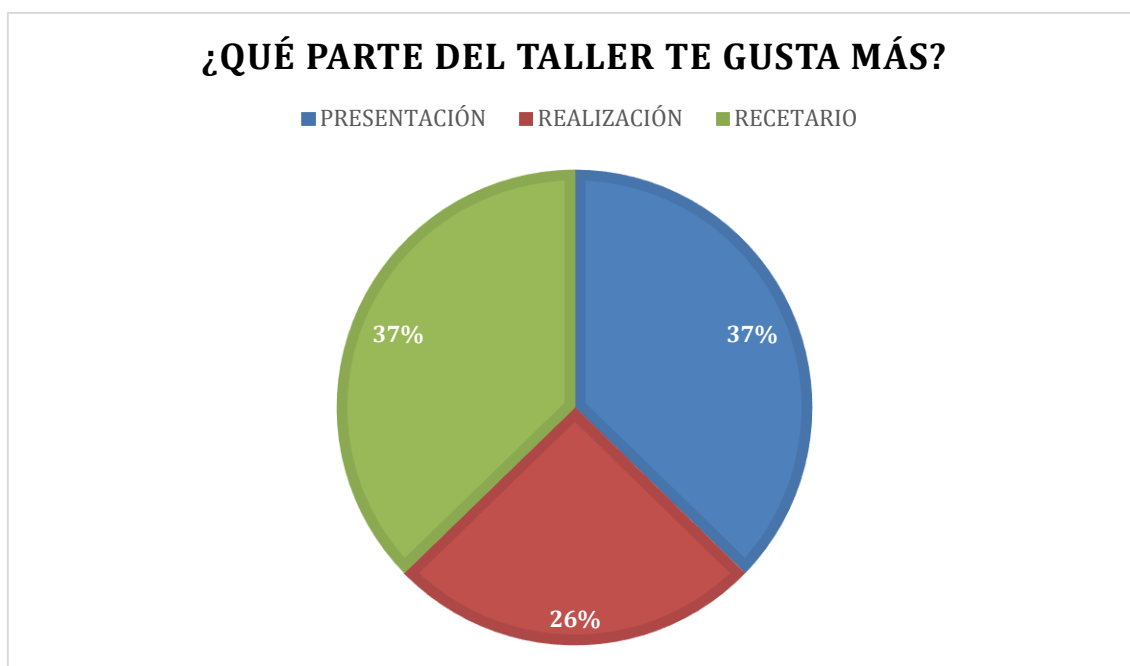


Imagen 4. ¿Qué parte del taller te gusta más?

8. Conclusiones

Analizando los resultados obtenidos del cuestionario (datos subjetivos y cuantitativos) de valoración de la actividad se concluye que dicho taller proporciona un grado de bienestar debido a, un aumento de la agilidad en MMSS

y con ello favoreciendo la mejora de la realización de ABVD. Se aumenta el sentido de competencia, la autoeficacia y la autorrealización, dado que, la receta es elaborada al completo por ellos y el tiempo empleado en la actividad les mantiene ocupados.

Cabe destacar que el 100% de los participantes consideran que la realización del taller crea un ambiente positivo de trabajo y de convivencia (*ver imagen 3*) mejorando las relaciones sociales en el centro además de fomentar las relaciones familiares, dado que, los usuarios explican y enseñan las recetas aprendidas cuando vienen a visitarlos.

Respecto al análisis de resultados de los ítems (*ver imagen 4*) sobre qué parte del taller les ha gustado más, resulta singular que un gran porcentaje de la muestra (37%) ha elegido la parte de la presentación de la receta, al incidir sobre la puntuación máxima de este ítem, se ha explorado y encontrado las posibles causas siendo estas: el interés por aprender los beneficios sobre la salud, las propiedades de los alimentos, la producción y el origen.

9. Bibliografía

1. Aranda Huertas J, Cano Raya M.I, et al. Donar veu a les persones grans de Mallorca. Anuari de l'envelliment: Illes Balears. 2017; ISSN 2174-7997: 397 – 416
2. Navarro González E, Sanjuán Gómez M, Abaraca Franco S. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en ancianos con y sin envejecimiento exitoso. Eur. J, Health. Research. 2017; 3 (1): 75 – 89
3. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015
4. Moreno M, Alvarado A. Aplicación del modelo de adaptación de Roy para el cuidado de enfermería en el anciano sano. En: Gutiérrez M, editor. Adaptación y cuidado en el ser humano: una visión de enfermería. Bogotá: Manual Moderno, Universidad de la Sabana; 2007
5. Baltes P. Behavioral health and aging: Theory & research on selective optimization with compensation. The Gerontologist 2004; 44: 190

6. Montalvo Toro, Jessica, La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología* [en línea] 1997, 29 [Fecha de consulta: 26 de octubre de 2018] Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80529304> ISSN 0120-0534
7. Alvarado García Alejandra María, Salazar Maya Ángela María. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos* [Internet]. 2014 jun [citado 2018 Nov 06]; 25(2): 57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
8. CREPEAU EB., COHN ES, BOYT- SCHETLL BA. *Terapia ocupacional*. Madrid: Medica Panamericana; 2005
9. DURANTE P. y PEDRO P. *Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica*. Barcelona: Masson (2004).
10. GUILLÉN LLERA F. *Patología del envejecimiento*. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino Martín J, eds. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Masson, 1994; 37-46.
11. TORRES GONZÁLEZ M, CHAPARRO AL. *Fisiología del envejecimiento*. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino Martín J, eds. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Masson, 1994;17-26.
12. Parapar Barrera C, Fernández Nuevo J.L, Rey Campos J, Ruiz Yaniz M. Informe sobre el envejecimiento. Fundación CSIC. 2010
13. Regato Pajares P. Encuentro de la red de envejecimiento saludable. Madrid: IMSERSO, 2001
14. Ávila Álvarez A, Martínez Piedrola R, et al. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición. www.terapia-ocupacional.com [portal en internet]. 2010 disponible en: <file:///C:/Users/UsuarioEulen/Downloads/aota2010esp.pdf>
15. Pedro Tarrés P, Durante Molina P, Polonio López B. *Terapia Ocupacional en geriatría: 15 casos prácticos*: Editorial Médica Panamericana; 2002
16. Bruna, O., Roig, T., Puyuelo, M., Junqué, C. y Ruano, A. (2011). Demencias y Enfermedad de Alzheimer. En J. Subirón, M., Crusat, N. Cullell, R. Cuevas, y S. Signo. (Ed), *Rehabilitación Neuropsicológica*

Intervención y Práctica Clínica. (pp. 289-319). Barcelona, España. Elsevier España S.L.

17. Barban, F. et al (2016). Protecting cognition from aging and Alzheimer's disease: a computerized cognitive training combined with reminiscence therapy. *Internal Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 340-348.
18. Duru, G. y Kapucu, S. (2016). The Effect of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, and Activities of Daily Living for Patients With Alzheimer Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 29(1), 31-37. DOI: 10.1177/0891988715598233.
19. O' Shea, O., et al. (2014). The impact of reminiscence of the quality of life of resident with dementia in long-stay care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29, 1062-1070.
20. Messmer Uccelli M et al. La espasticidad en EM. *MS in focus* Issue. 2008; 12: 1 – 28.
21. M. Lynn Palmer, Marcia E. Epler. *Fundamentos de las técnicas de evaluación*. Barcelona: PAIDOTRIBO. 2002
22. Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: Measurement by PULSES profile and the Barthel index. *Arch Phys Med Rehabil* 1979; 60: 145-54.

ACRÓNIMOS

EESS: Extremidades Superiores

MMII: Miembros Inferiores

MMSS: Miembros Superiores

TO: Terapeuta Ocupacional

WC: Water Closet

ANEXOS

TABLA 1:

Valor	Significado	Interpretación
0	Ausencia de movimiento y contracción	Parálisis total
1	Débil contracción en la zona tendinosa del músculo, sin movimiento	Parálisis parcial (Déficit del movimiento voluntario)
2	Movimiento en todo el arco articular sin gravedad	
3	Movimiento en todo el arco articular con gravedad	
4	Movimiento en todo el arco articular con gravedad y ofreciendo cierto grado de resistencia	
5	Movimiento en todo el arco articular con gravedad y ofreciendo resistencia completa	Músculo normal. No parálisis

TABLA 2:

PREGUNTA	SI	NO	CUALES
1. Es beneficioso realizar el Taller de Cocina?			
2. ¿Crees que te puede ayudar en aspectos cotidianos?			
3. ¿El taller te hace recordar momentos del pasado?			
4. ¿Te sientes realizado?			
5. ¿El ambiente es positivo?			
6. ¿Sientes más agilidad en las manos en el día a día?			
7. ¿Qué parte del taller te gusta más? -Presentación Alimentos -Realización de la receta. -Recetario			

