

EVALUACIÓN DE ÁREAS DE INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CENTRO DE MAYORES MEDIANTE EL ENFOQUE DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

EVALUATION OF AREAS OF INTERVENTION FROM OCCUPATIONAL THERAPY IN AN ELDER COMMUNITARIAN CENTERS WITH THE APPROACH OF ACTIVE AGING.

Palabras Claves: Terapia Ocupacional, Envejecimiento, Centro de Día, Evaluación Geriátrica

Keywords: Occupational Therapy, Intervention, Aging, Day Care, Geriatric Assessment.

DESH: Terapia Ocupacional, Envejecimiento, Evaluación Geriátrica

MESH: Occupational Therapy, Intervention, Aging, Geriatric Assessment.



Autores:

Dña. Marta Gómez Masera.

Graduada en Terapia Ocupacional Unidad de Estancia Diurna Juventud Experiencia para personas mayores. Huelva
mam88@hotmail.es

Dr. Javier Gómez Pavón

Prof. Geriátria. Grado de Terapia Ocupacional. CEU Talavera de la Reina. Toledo. Servicio de Geriátria. H. Central de la Cruz Roja. Madrid.

Como citar este documento:

Gómez Masera M, Gómez Pavón J. Evaluación de áreas de intervención desde terapia ocupacional en un centro de mayores mediante el enfoque de envejecimiento activo. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [fecha de la consulta]; 10(18): [17 p.]. Disponible en:
<http://www.revistatog.com/num18/pdfs/original10.pdf>

Texto recibido: 02/05/2013

Texto aceptado: 28/10/2013

Texto publicado: 28/11/2013

Introducción

La dependencia, depender de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria, es la principal preocupación y fundamental causa de sufrimiento y de baja calidad de vida relacionada con la salud en cualquier etapa de las personas mayores, incluido el tramo final de vida (1,2).

Según los datos actuales la relación entre dependencia y edad es, por el momento, una relación de cuasi-casualidad (3). Por ello, establecer las recomendaciones de intervenciones efectivas para prevenir o retrasar la aparición de discapacidad y dependencia en las personas mayores debe ser una prioridad social (1, 3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene, que los países podrán afrontar el envejecimiento, si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad

RESUMEN

Introducción y objetivos: La intervención de la Terapia Ocupacional (TO) en programas de envejecimiento activo no está reconocida. El objetivo fue valorar la necesidad o no de intervención de TO y el área de intervención en los usuarios de un Hogar del Jubilado o Centro de Mayores. **Método:** 100 sujetos mayores de 65 años, no analfabetos de algún programa del Hogar del Jubilado de Talavera de la Reina (Toledo) del 1-1-2010 al 1-5-2010. Tras el análisis de diferentes variables (sexo, edad, cognición, riesgo social, depresión, nivel de satisfacción en actividades de la vida diaria (AVD) se valoró la necesidad o no de intervención de TO y el área de intervención. **Resultados:** La mayoría de los sujetos (85%) serían susceptibles de algún tipo de intervención de TO, y en especial ante la presencia de sexo femenino (90% versus (vs) 70%, $p=0,04$), depresión (98% vs 75%, $p<0,001$) y deterioro cognitivo leve (100% vs 72%, $p<0,001$). Tras regresión logística el sexo mujer, Odds Ratio (OR) de 1,90 (95% Intervalo de Confianza (IC) 1,16 al 5,18), y la presencia de depresión, OR de 1,34 (95% IC 1,04 al 3,91), son los principales factores de riesgo asociados a la necesidad de intervención de TO. **Conclusiones:** En el Centro de Mayores, la mayoría de los usuarios presentan necesidad de intervención de TO, especialmente las mujeres (a través de las áreas de gerontogimnasia / psicomotricidad y AVD) y aquellos con depresión (a través de las cuatro áreas).

SUMMARY

Introduction and objectives: The intervention of Therapy Occupational (TO) accomplishment of programs of active aging is not recognized. The objective was to value the necessity or not of intervention of TO and his areas in the users of a Home of the Pensioner or Elder Community Center. **Method:** 100 peoples \geq 65 years old, not illiterates that participated in some program of the Home of the Pensioner of Talavera of Reina (Toledo) between 1-1- 2010 to 1-5-2010. After the analysis of different variables (sex, age, cognition, social risk, depression, level of satisfaction in activities of the daily life (AVD) valued the necessity or not of intervention of TO and the areas of these intervention. **Results:** The majority of peoples (85%) would be susceptible of some type of intervention of TO, and especially before the presence of feminine sex (90% versus (vs) 70%, $P=0.04$), depression (98% vs 75%, $p<0.001$) and mild cognitive impairment (100% vs 72%, $p<0.001$). After logistic regression sex woman, Odds Ratio (OR) of 1.90 (95% Confidence Interval (CI) 1.16 to 5.18), and the presence of depression, OR of 1.34 (95% CI 1.04 to the 3.91), are the main associated factors of risk to the necessity of intervention of TO. **Conclusions:** In Elder Community Centers, the majority of the users display necessity of intervention of TO, especially the women (through elderly gymnastics / psychomobility and AVD areas) and those with depression (through the four areas).

civil, promulgan políticas y programas de envejecimiento activo que mejoren la salud, la participación y la seguridad de los ciudadanos de mayor edad (4). En este marco los Centros Cívicos, Hogares o Clubs de Jubilados o Pensionistas, Centro de Mayores... (diferentes nombres para un mismo recurso), son centros sociales dependientes del ayuntamiento que tienen entre otros fines, el promover diferentes programas de envejecimiento activo tanto de funcionamiento físico, como mental, con incremento de la vinculación y participación social del mayor con su entorno (3).

La terapia Ocupacional (TO) juega un papel más que demostrado clave y fundamental en la prevención

del declinar funcional de los ancianos tanto en la Geriátrica hospitalaria como en los centros geriátricos residenciales y centros de día (1, 5-7). En la actualidad siguiendo las indicaciones de la OMS, es en el contexto social comunitario de los Centros de Mayores, donde se podría plantear la necesidad de promover, desde un enfoque preventivo, la implantación de la TO, ya que en este tipo de

recursos no se reconoce de primera mano la figura de este tipo de profesionales. Si el objetivo es prevenir la dependencia, la TO merced a sus conocimientos y herramientas, ha mostrado poder desarrollar ampliamente sobre esta población no dependiente, programas reintervención efectivos del envejecimiento activo (8-14).

Con el fin de enriquecer la teoría mediante métodos empíricos que permitan dar validez a la intervención en el ámbito de la TO, surge la necesidad de realizar investigaciones sobre posibles campos de práctica donde poder ejercer la profesión, entre otros los Centros de Mayores. Así el objetivo del presente trabajo es el valorar la necesidad o no de intervención de Terapia Ocupacional y sus diferentes áreas de intervención en los usuarios de un Hogar del Jubilado o Centro de Mayores.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio observacional de corte transversal y descriptivo, con las personas mayores que acuden al Hogar del Pensionista, Centro de Mayores o Hogar del Jubilado de Talavera de la Reina (Toledo), en un periodo comprendido entre el 1 de enero al 1 de mayo de 2010. De dicha población se ha extraído una muestra a estudio de 100 usuarios seleccionados aleatoriamente de los diferentes talleres que se realizaban en el momento del estudio en el hogar: manualidades, gimnasia e informática. Los criterios de exclusión del estudio fueron el ser analfabeto y/o edad menor de 65 años. Se incluyeron a sujetos igual o mayor de 65 años y residentes en Talavera de la Reina. Todos los sujetos de la muestra dieron su consentimiento voluntario a participar en el estudio.

Se recogieron a través de entrevista las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas (edad, sexo).
- Presencia de enfermedades: Artrosis, Parkinson, Artritis Reumatoide, Ictus y Osteoporosis fueron las enfermedades seleccionadas para evaluar

mediante un cuestionario por ser las que más incapacitan a las personas mayores.

- Situación social: Esta variable fue evaluada mediante la Escala de valoración social en el anciano de Gijón, que recoge cinco áreas de valoración: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales. Los resultados de esta escala se reflejan en: de 5 a 9 puntos (Buena situación social), De 10 a 14 (Existe riesgo social) y más de 15 (Existe un problema social). La variable se ajustó a una forma dicotómica: riesgo social si o no (puntuación > 10).

- Estado afectivo: La escala de depresión geriátrica de Yesavage (versión de 15) fue utilizada para la medición de esta variable. Se puntúa en función de si la respuesta del usuario (si/no), se considera afirmativa o negativa acorde a la pregunta de la escala. Los puntos de corte son: de 0 a 5 (no presenta depresión), de 6 a 11 (depresión moderada) y puntuaciones mayores de 11 (depresión grave). La variable se agrupó como presencia de depresión sí o no (valores > 5)

- Estado cognitivo: Evaluado mediante el test de Pfeiffer. Consta de 10 ítems, que puntúan cuatro parámetros: la memoria a corto plazo, la memoria a largo plazo, la orientación, la información para hechos cotidianos, y la capacidad de cálculo. Se puntúan los errores, de tal forma que: 0-3 errores (funcionamiento cognitivo normal), 4-6 errores (Sospecha de deterioro cognitivo), > 6 errores (demencia). En la muestra a estudio no hubo ninguno con demencia por lo que la variable a estudio fue estudiada como deterioro cognitivo sí o no (de 4 a 6 errores).

- Porcentaje de satisfacción durante el desempeño de las actividades de la vida diaria: Para la evaluación de esta variable se diseñó un cuestionario que mide la satisfacción en el desempeño de actividades de la vida diaria de forma porcentual. Las respuestas se medían según satisfacción en el desempeño todo el tiempo (100%), satisfacción la mayoría del tiempo (75%), satisfacción durante la mitad del tiempo (50%), satisfacción durante algo de tiempo (25%), o nada de tiempo (0%).

- Preferencias de ocio: Evaluado mediante un listado de intereses de ocio realizado personalmente, entre los que se encontraban: Manualidades, gimnasia, pintura, jugar a las cartas, viajar, dominó, ajedrez, informática, teatro y fotografía). Los resultados fueron valorados en función de la respuesta si/no.

Tras el resultado de las variables anteriormente expuestas se valoraba si era necesaria o no la intervención de TO y las áreas de intervención (a través del ocio, mediante estimulación cognitiva, gerontogimnasia/ psicomotricidad o mediante actividades de la vida diaria).

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el paquete SPSS® versión 15, realizando un análisis bivariante con Chi cuadrado (corrección de Yates y exacta de Fisher cuando fue necesario) en variables cualitativas y con T de Student con la variable cuantitativa edad, y número de enfermedades que mostraron una distribución normal según test de Kolmogorov-Smirnov. Se analizaron los factores de riesgo asociados a la necesidad o no de intervención de TO mediante un análisis multivariante de regresión logística binaria (Odds Ratio con 95% de intervalo de confianza). En la ecuación se incluyeron todos los factores de riesgo ya que todos ellos independientemente de que sean estadísticamente significativos o no, tienen relevancia clínica. El nivel de significación utilizado fue del 95% (valor de $p < 0,05$).

RESULTADOS

La muestra ha estudio estuvo constituida por 100 sujetos (77% mujeres) de edad media 74,20 +/- 5,54 años con un rango de edad entre 65 y 88 años. Las características de la misma se exponen en la tabla 1. El número medio de enfermedades crónicas de carácter invalidante fue de 1,2. Un tercio de los sujetos estudiados se encuentran en riesgo social, casi la mitad de los usuarios presentan un test positivo de depresión, con una muy buena satisfacción del desempeño de las AVD (un 99% de sujetos lo valoran como un

100%, pero disminuyendo la misma en la actividad de dormir a un 64%). Es de destacar que toda la población estudiada tiene algún interés de ocio, siendo en este orden, manualidades, viajar, teatro, gimnasia y pintura, las cinco actividades de ocio preferidas y que sobrepasan el 50% de la muestra.

Las mujeres presentan un mayor riesgo social que los hombres (76% vs 37%, $p=0,004$) y sus preferencias con respecto al ocio son más significativas en manualidades, gimnasia y pintura. No obstante los dos sexos participan en un 100% en alguna actividad de ocio, siendo informática la actividad de ocio menos elegida mientras viajar es sin duda una de las más preferidas por ambos sexos.

Analizando los variables edad, riesgo social, depresión y deterioro cognitivo, como los principales factores de riesgo de incapacidad, solo la depresión se mostró como un factor asociado a presencia de deterioro cognitivo (92% vs 8%, $p<0,001$), a menor satisfacción en dormir (29% vs 71%, $p=0,04$) y a una menor participación en programas de gimnasia (38% vs 61%, $p=0,04$).

La tabla 2 muestra los resultados de la valoración de la TO estableciendo la necesidad o no de intervención y del tipo de ésta. La mayoría de los sujetos estudiados (85%) serían susceptibles de algún tipo de intervención de TO, y de forma estadísticamente significativa en aquellos sujetos con: sexo femenino (90% vs 70%, $p=0,04$), depresión (98% vs 75%, $p<0,001$) o deterioro cognitivo leve (100% vs 72%, $p<0,001$).

De los cuatro factores de riesgo estudiados destacan el sexo femenino y la depresión. La intervención preferente en las mujeres sería a través de ocio gerontogimnasia / psicomotricidad (80% vs 52%, $p<0,001$) y AVD (61% vs 26%, $p<0,001$). Asimismo, la mayoría de los sujetos estudiados que padece depresión es subsidiaria de recibir TO, preferentemente mediante una intervención de carácter es lúdica (89% vs 44%, $p<0,001$), y un

tratamiento mediante gerontogimnasia / psicomotricidad (87% vs 64%, $p=0,01$), sin olvidar, al estar relacionada con el deterioro cognitivo, la intervención de TO mediante la estimulación cognitiva (56% vs 18%, $p<0,001$). La presencia de deterioro cognitivo constituiría una intervención preferente con necesidad de aplicación de TO en todas sus áreas de forma integral.

Por último es de destacar que en el análisis multivariante, de todos los factores analizados (tabla 3), el sexo mujer y la presencia de depresión son los principales factores de riesgo asociados a la necesidad de intervención de Terapia Ocupacional: Odds Ratios con intervalos de confianza (CI) respectivas del 1,90 (95% IC 1,16 al 5,18) y del 1,34 (95% IC 1,04 al 3,91).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La TO de forma tradicional ha formado parte del "core" del manejo del deterioro funcional en el anciano, siendo una figura clave en el equipo inter y multidisciplinar de Geriatría, y con más que demostrada efectividad en todos los niveles de la asistencia sanitaria al anciano, tanto hospitalarios como domiciliarios (1,5-7). Igualmente su papel está claro en el ámbito social de mantenimiento de la función evitando el avance de la incapacidad (centros de día y residencias). Sin embargo su efectividad todavía está poco estudiada cuando la incapacidad no ha aparecido (lo que hoy se comienza a llamar situación preclínica), es decir en personas mayores independientes en sus AVD, ni siquiera frágiles entendidos como aquellos en riesgo de caer en dependencia y por lo tanto con alguna discapacidad y/o alteración de actividades instrumentales de la vida diaria, y más aún en el medio comunitario (15).

Prevenir la dependencia es procurar que las personas lleguen a la vejez sin enfermedades incapacitantes, con buena salud, que les permita seguir siendo autónomos e independientes en sus actividades de la vida diaria. Pero además a la vejez se puede llegar con muy buena salud, con bajo riesgo de enfermar, y con excelente estado funcional tanto físico como mental; es lo que

se ha venido a llamar "vejez saludable o exitosa" (16). Si además a ésta le añadimos la consecución de una actitud positiva ante el propio proceso de envejecimiento, y una vinculación y participación social activa, estamos hablando de "envejecimiento activo" (17). Y éste constituye una de las principales directrices de la OMS para poder prevenir la dependencia en el anciano, actuando antes de que aparezca (4). Es en este campo donde la TO posee también herramientas suficientes para poder mejorar los programas de intervención de envejecimiento activo, para intentar que la persona mayor pueda "comprimir su discapacidad", es decir que la discapacidad llegue cuanto más tarde mejor (18-20).

Es en este sentido, en donde el trabajo que presentamos, constituye uno de los primeros realizados en España en analizar las posibles áreas de necesidad de intervención de TO en el importante y actual marco del envejecimiento activo. Las limitaciones del trabajo se encuentran especialmente en la evaluación de la necesidad o no de intervención de TO y en sus áreas de intervención. Esta valoración debería de haberse realizado por dos o más terapeutas ocupacionales de forma independiente, analizando así la correlación interobservador (a través del índice de Kappa), con una posterior reevaluación (análisis de re-tetest). No obstante al ser de los primeros estudios en este campo, los datos presentados pueden ser considerados como válidos con la apertura de nuevas líneas de investigación que puedan en un futuro confirmarlos. Otras de las limitaciones es que se han detectado síndromes geriátricos a través de test de screening de dichas patologías (depresión y deterioro cognitivo leve), pero no han sido diagnosticadas ni tratadas por el médico correspondiente. No obstante para el trabajo práctico de la TO, su utilización dentro de la correspondiente valoración geriátrica integral está más que contrastada para la valoración de la TO, sin interferir en el trabajo médico, es más podría ayudar al mismo con la derivación de dichos sujetos para confirmar o no dichos diagnósticos.

La muestra de nuestro estudio con una edad media de 74 años es bastante representativa de la misma población española que vive en la comunidad, siendo nuestros datos semejantes a los datos del último informe del 2008 del observatorio de personas mayores del IMSERSO (3). El predominio de la mujer en la vejez es claro, siendo más participativa en actividades sociales, al igual que sus preferencias de ocio sobre todo manualidades, gimnasia y pintura. De igual modo el viajar sigue siendo en la población anciana de ambos sexos una de las principales opciones de ocio. A través de valoración geriátrica se detectó en la muestra a estudio los principales factores de riesgo de deterioro funcional (1,15) (junto a la edad y el sexo, se detectaron la depresión, el deterioro cognitivo y el riesgo social) y que hemos considerado como de utilidad también en estos estadios "preclínicos", en donde la realización o no de AVD no es un indicador claro de futuras pérdidas funcionales. De todos ellos, como ya es conocido (20), la depresión destaca de forma significativa, interrelacionándose a la vez con otros de los factores estudiados (sexo femenino, riesgo social y deterioro cognitivo leve). Como el marco de estudio es el envejecimiento activo, todos nuestros sujetos se muestran satisfechos en un 100% con el desempeño de sus AVD. Pero como también es conocido, la dificultad del sueño, constituyen uno de los principales problemas de esta población para ambos sexos.

Según los datos de nuestro estudio la necesidad de TO es clara en los centros de mayores. La mayoría (85%) se beneficiarían de una intervención específica de TO, en determinadas áreas de acuerdo a su valoración, siendo en este orden la intervención a través de gerontogimnasia / psicomotricidad la más clara, seguida del ocio y de AVD, y en una menor medida de la estimulación cognitiva. Sin duda alguna una intervención no es excluyente de la otra, y la intervención integral en las distintas áreas podría ser la más beneficiosa y específica de la intervención de la TO en el envejecimiento activo. La evidencia científica nos dice que el abordaje en las personas mayores debido a su complejidad e interrelación de condicionantes y factores

psicosociales debe de ser siempre integral (5,6). Esta intervención integral marcaría la diferencia de la TO con otros profesionales y es en donde residiría su efectividad.

Sin duda los datos más relevadores del presente estudio radican no solo en la necesidad o no de intervención de TO, sino también en identificar los sujetos con mayor necesidad de dicha intervención, es decir aquellas personas mayores con mayor riesgo en estas situaciones "preclínicas" de posible deterioro funcional. Las mujeres y la presencia de depresión (independiente del sexo), se muestran en nuestro estudio como los principales factores de riesgo de necesitar de una intervención integral de TO en los Centros de Mayores, tal y como lo muestra el análisis multivariante. En dicho análisis no ha mantenido su independencia el deterioro cognitivo leve, quizás por el bajo número de sujetos, pero no obstante la depresión y el sexo femenino son dos factores de riesgo de deterioro cognitivo leve. Esto explicaría que el mismo viene reflejado en los otros factores, y que la presencia de deterioro cognitivo de forma significativa también sea subsidiario de intervención de TO a través de las cuatro áreas, pero especialmente de la estimulación cognitiva y la psicomotricidad. No se ha detectado como es lógico ningún paciente con demencia, ya que la propia situación de la enfermedad los excluye de acudir a estos centros de mayores (no se adaptan al medio, no pueden seguir por sus problemas cognitivos la exigencia de los programas, pueden perderse...).

Por lo tanto como conclusión en la mayoría de los sujetos que acuden a un Centro de mayores la intervención de TO podría ser útil, siendo prioritaria en mujeres (preferentemente a través de gerontogimnasia / psicomotricidad y AVD) y en los sujetos en los que se detecte depresión (a través de las cuatro áreas de intervención).

El presente estudio abre nuevos campos de futuras investigaciones en donde la TO tendrá que intervenir si no se quiere quedar excluida como están interviniendo ya otros profesionales (fisioterapeutas, psicólogos, pedagogos,

animadores...). Son necesarios y bajo nuestro punto de vista prioritario, nuevos trabajos no solo de correlación de la valoración de necesidad o no de intervención de TO sino especialmente de análisis prospectivo y randomizado de la efectividad y el coste de dicha intervención.

Bibliografía

1. Gómez Pavón J, Martín Lessende I, Baztán Cortés JJ, Regato Pajares P, Formiga Pérez F, Segura Benedito A, Abizanda Soler J, et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007; 42 (Supl 2):15-56.
2. Gómez Pavón J. Calidad de vida relacionada con la salud. La punta del iceberg del complejo abordaje de los ancianos muy mayores. *Med Clin (Barc)*. 2010 Enero 22. [Epub ahead of print].
3. Informe 2008. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid 2009.
4. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 74-105.
5. Polonio López B, Durante Molina P. *Terapia Ocupacional en Geriatría: 15 casos prácticos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2002.
6. Durante Molina P, Pedro Tarres P. *Terapia ocupacional en Geriatría: principios y práctica*. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.
7. Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2010 Apr 20;340:c1718. doi:10.1136/bmj.c1718.
8. Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, Jellema S, Bakker EB, van den Ende CH. Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. *Age Ageing*. 2004 Sep; 33(5):453-60.
9. Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, Schornstein K, Vernooij-Dassen M, Olde-Rikkert M et al WHEDA study: effectiveness of occupational therapy at home for older people with dementia and their caregivers--the design of a pragmatic randomised controlled trial evaluating a Dutch programme in seven German centres. *BMC Geriatr*. 2009 ;9:44.
10. 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 May;52(5):326-36.
11. Wilkins S, Jung B, Wishart L, Edwards M, Norton SG. The effectiveness of community-based occupational therapy education and functional training programs for older adults: a critical literature review. *Can J Occup Ther*. 2003 Oct;70(4):214-25.
12. 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(8):1381-8.
13. Clark F, Azen SP, Carlson M, Mandel D, LaBree L, Hay J, et al. Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: long-term follow-up of occupational therapy intervention. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001 Jan;56(1):P60-3.
14. Clark F, Azen SP, Zemke R, Jackson J, Carlson M, Mandel D, et al. Occupational therapy for independent-living older adults. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1997;278(16):1321-6.
15. Abizanda Soler P, Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ. Frailty detection and prevention: a new challenge in elderly for dependence prevention. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135 (15): 713 9.

16. Baker J, Meisner BA, Logan AJ, Kungl AM, Weir P. Physical activity and successful aging in Canadian older adults. *J Aging Phys Act.* 2009 Apr;17(2):223-35.
17. Martín Lessende I, Martín Zurro A, Moliner Prada C, Aguilera García L. Envejecimiento activo, la mejor "receta" para prevenir la dependencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007; 42 (Supl 2):10-12.
18. Demers L, Robichaud L, Gélinas I, Noreau L, Desrosiers J. Coping strategies and social participation in older adults. *Gerontology.* 2009;55(2):233-9. Epub 2008 Dec 3.
19. Wood W. Delivering occupational therapy's fullest promise: clinical interpretation of "life domains and adaptive strategies of a group of low-income, well older adults". *Am J Occup Ther.* 1996 Feb;50(2):109-12.
20. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, Ebrahim S. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2008; 371(9614):725-35.
21. Vahia IV, Meeks TW, Thompson WK, Depp CA, Zisook S, Allison M, et al. Subthreshold depression and successful aging in older women. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2010 Mar;18(3):212-20.

Agradecimientos

Al Centro de Mayores de Talavera de la Reina, por habernos dado la oportunidad de recoger los datos necesarios para la realización de esta investigación.

Conflictos De Intereses

Ninguno de los dos investigadores declara ningún conflicto de intereses en la realización del estudio

Tabla 1. Características de la muestra a estudio de forma global y por sexos.

	Muestra N (%) 100	Mujer N (%) 77	Hombre N (%) 23	Valor p
Edad	74,20+/-5,54	75,18+/-6,34	74,09+/-5,24	0,1
Nº enfermedades	1,22 +/- 0,75	1,62 +/- 0,95	1,02 +/- 0,35	0,3
Riesgo Social	31 (31%)	59 (76%)	10 (37%)	0,004
Depresión	45 (45%)	35 (45%)	11 (48%)	0,4
Deterioro cognitivo	12 (12%)	10 (13%)	2 (7%)	0,4
Satisfacción 100% desempeño AVD: Dormir (100%)	99 (99%) 64 (64%)	77 (100%) 63 (82%)	22 (95%) 16 (69%)	0,2 0,2
Intereses de Ocio:	100 (100%)	77 (100%)	23 (100%)	
- Manualidades	79 (79%)	71 (92%)	8 (35%)	<0,001
- Viajar	76 (76%)	58 (75%)	17 (63%)	0,2
- Teatro	73 (73%)	58 (75%)	15 (56%)	0,2
- Gimnasia	70 (70%)	60 (78%)	10 (37%)	0,003
- Pintura	54 (54%)	50 (65%)	4 (15%)	<0,001
- Fotografía	39 (39%)	32 (41%)	7 (26%)	0,2
- Jugar cartas	36 (36%)	28 (36%)	8 (30%)	0,5
- Dominó	24 (24%)	21 (27%)	3 (13%)	0,1
- Informática	14 (14%)	11 (14%)	3 (13%)	0,5

Tabla 2. Necesidad de intervención de Terapia Ocupacional (TO) y su relación con la presencia (sí/no) de los principales factores de riesgo de incapacidad en las personas mayores:

	Muestra N (%) 100	Sexo Mujer N (%) 77 vs 23	Riesgo Social N (%) 31 vs 69	Depresión N (%) 45 vs 55	Deterioro cognitivo N (%) 12 vs 88
Necesidad TO	85 (85%)	69 (90%) vs 16 (70%)*	26 (84%) vs 59 (85%)	44 (98%) vs 41 (75%)*	12 (100%) vs 73 (83%)*
- Ocio	64 (64%)	50 (64%) vs 14 (61%)	17 (55%) vs 47 (68%)	40 (89%) vs 24 (44%)‡	12 (100%) vs 52 (59%)‡
- Estimulación cognitiva	35 (35%)	27 (35%) vs 8 (35%)	10 (32%) vs 25 (36%)	25 (56%) vs 10 (18%)‡	12 (100%) vs 23 (26%)‡
- Gerontogimnasia	74 (74%)	62 (80%) vs 12 (52%)‡	21 (68%) vs 53 (77%)	39 (87%) vs 35 (64%)*	12 (100%) vs 62 (70%)‡
- AVD	53 (53%)	47 (61%) vs 6 (26%)‡	14 (45%) vs 39 (56%)	32 (71%) vs 21 (38%)‡	9 (75%) vs 44 (50%)*

***Valor de $p < 0,05$. ‡Valor de $p < 0,001$**

Tabla 3. Análisis multivariante de los principales factores de riesgo de incapacidad asociados a la necesidad o no de Terapia Ocupacional:

	Necesidad de TO N (%)	Odds Ratio	95% de Intervalo de Confianza	Valor p
Edad	74,98+/-7,14	1,01	0,91 - 1,82	0,13
Sexo Mujer	69 (90%)	1,90	1,16 - 5,18	0,007
Riesgo Social	26 (84%)	1,26	0,82 - 1,45	0,12
Depresión	24 (98%)	1,34	1,04 - 3,91	0,007
Deterioro cognitivo	100%	0,9	0,75 - 1,75	0,9