

TERAPIA OCUPACIONAL GERONTOLÓGICA EN EL MEDIO RURAL: 3 AÑOS DE EXPERIENCIA

GERONTOLOGICAL OCCUPATIONAL THERAPY IN RURAL AREAS: 3 YEARS EXPERIENCE

Palabras clave: Terapia Ocupacional Domiciliaria, Rehabilitación Domiciliaria, Rehabilitación, Envejecimiento, Anciano Frágil, Autonomía.

Key Words: Occupational Therapy, Home Care, Elderly, Housing for the Elderly, Rehabilitation, Frail Elderly, Personal Autonomy

MESH: Terapia Ocupacional, Servicios de Atención de Salud a Domicilio, Rehabilitación; Envejecimiento; Anciano Frágil, Autonomía personal.

DECS: Occupational Therapy, Home Care Services, Rehabilitation, Aging, Frail Elderly; Personal Autonomy

Dña. Huete Valencia M

Terapeutas Ocupacionales en el Proyecto Experimental de Atención y Prevención a la Dependencia en el Medio Rural. Promovido por Asociación Castellano Manchega de Terapeutas Ocupacionales. ACAMTO

Dña. Tendero Moraleda MI

Terapeutas Ocupacionales en el Proyecto Experimental de Atención y Prevención a la Dependencia en el Medio Rural. Promovido por Asociación Castellano Manchega de Terapeutas Ocupacionales. ACAMTO

Dña. Pacheco Bellón V

Terapeutas Ocupacionales en el Proyecto Experimental de Atención y Prevención a la Dependencia en el Medio Rural. Promovido por Asociación Castellano Manchega de Terapeutas Ocupacionales. ACAMTO

Como citar el texto en sucesivas ocasiones:

Huete Valencia M, Tendero Moraleda MI, Pacheco Bellón V. Terapia ocupacional gerontológica en el medio rural: 3 años de experiencia. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010 [citado fecha]; monog. 3: 139-184 Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/mediorural.pdf>

Introducción

Según la "Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud" (2007), España presenta uno de los índices más altos de envejecimiento, cercano al 18%. Este envejecimiento poblacional está comportando un importante y progresivo aumento de la morbilidad asociada a procesos crónicos y degenerativos, frecuentemente incapacitantes.

El envejecimiento de los ya viejos, de los mayores de 80 años, hará aumentar las tasas de dependencia en España alrededor de un 10%. Es de sobra conocido, que este sector de población es el más vulnerable y el que concentra el mayor riesgo de dependencia, lo que ocasiona un mayor gasto en salud en relación con un mayor gasto de recursos sanitarios y sociales.

La reciente aprobada "Ley de Promoción de la Autonomía

RESUMEN

En este artículo se presenta el Proyecto Experimental de Terapia Ocupacional de Atención y Prevención a la Dependencia en el Medio Rural gestionado y desarrollado por la Asociación Profesional Castellano Manchega de Terapeutas Ocupacionales (ACAMTO), financiado por la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha. Este proyecto tiene como finalidad desarrollar modelos de actuación de Terapia Ocupacional en el medio rural, con el objetivo de mantener a la persona mayor en su domicilio durante el mayor tiempo posible, conservando su autonomía personal, mejorando así su calidad de vida y evitando la institucionalización prematura en otros recursos asistenciales. El perfil de usuarios beneficiario de este proyecto son personas mayores con enfermedad crónica, ancianos frágiles y personas mayores con una dependencia transitoria o ya establecida. Las intervenciones llevadas a cabo han sido de carácter individual/domiciliario y grupal, obteniendo resultados favorables en la situación funcional de aquellas personas mayores con enfermedad crónica o en riesgo y no siendo tan claros estos resultados en aquellas personas que están en situación de dependencia permanente, aunque si ha disminuido la sobrecarga de sus cuidadores.

SUMMARY

The Experimental Project of Occupational Therapy about Care and Prevention to Dependence in Rural Areas is present in this article. This project is managed and developed for the Professional Association Castellano Manchega of Occupational Therapy (ACAMPTO) and it is held on trust by the Junta de Comunidades de Castilla la Mancha. The purpose of this project is developing performance models of occupational therapy in rural, with the aim of keeping older people at home for as long as possible, preserving personal autonomy, improving their quality of life and preventing premature institutionalization in other health care resources. The user profile beneficiary of this project is older people with chronic illness, frail elderly and older people with a temporary or established dependency. The intervention realized were been individual /home and group, obtaining favourable results in the functional status of older people with chronic disease or at risk and not being so clear these results in who are in a situation of permanent dependency, even the overload of their caregivers has decreased.

Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia" (Ley 39/2006), en su disposición final primera, de aplicación progresiva de la ley, menciona explícitamente la asistencia a la dependencia ya establecida.

Pero cabe citar, que tras tres años de continuidad del proyecto y retomando los objetivos de la "Primera Conferencia de Promoción y Prevención de la Dependencia"(2007): " Evitar la aparición de la Dependencia es tanto o más importante que abordarla, y abordarla cuando es reciente y reversible es más efectivo que hacerlo cuando está claramente establecida".

Si bien, es necesario reforzar los dispositivos asistenciales para las personas gravemente dependientes, no se deben dejar en segundo plano los esfuerzos para evitar la dependencia o para la recuperación cuando la dependencia es reversible, ya que las intervenciones que tengan como objetivo la actuación preventiva, precoz y rehabilitadora deben ocupar un lugar preferente.

Cabe destacar, que la dependencia es un concepto dinámico, nunca estático. Así, una misma persona, podrá avanzar hacia estadios más severos y en tiempos más o menos rápidos dependiendo de la enfermedad de base, pero

muy especialmente del manejo preventivo y de la asistencia sanitaria y social continuada recibida, de ahí la importancia de que personas que se encuentren en riesgo o situación de dependencia de evolución transitoria o permanente, se beneficie de proyectos de este tipo.

3. INICIO DEL PROGRAMA

El Proyecto Experimental de Terapia Ocupacional de Atención y Prevención a la Dependencia en el Medio Rural, surgió de un grupo de terapeutas ocupacionales de la provincia de Ciudad Real, que tras conocer la situación de desigualdad respecto a los grandes núcleos urbanos, a nivel de recursos asistenciales para personas mayores, comenzaron a trabajar la idea de que fuesen los propios profesionales socio-sanitarios los que se trasladasen a estas zonas deprimidas. Para ello, con el fin de buscar una entidad que respaldara dicho proyecto, contactaron con A.C.A.M.T.O., quién se hizo responsable de la gestión y coordinación del proyecto buscando la financiación a través de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.

Dicha financiación fue posible gracias al I Foro de Mayores de Castilla la Mancha celebrado en Ciudad Real, del 28 de Septiembre al 1 de Octubre del 2005, organizado por la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha, donde A.C.A.M.T.O. junto con el Centro de Mayores de Daimiel (Ciudad Real), , aprovechó, para así acercar a través de un stand interactivo, la Terapia Ocupacional a nuestros mayores y demás participantes.

Este foro supuso un punto de encuentro entre los mayores, profesionales que trabajan en el sector y diferentes instituciones públicas y privadas. Tras esta buena experiencia, se comenzó el proyecto en la localidad El Torno (Ciudad Real) en Junio del 2006, con la contratación de dos Terapeutas Ocupacionales. La elección de este municipio, se debió a que cumple los criterios establecidos en el proyecto, que son los siguientes:

- menos de 3000 habitantes, en este caso El Torno cuenta con 550 habitantes.

- no disponibilidad de recursos asistenciales para mayores alejados de la ciudad, concretamente a 50 Km. de la capital.

En la figura 1 se observa en verde la ubicación de la provincia de Ciudad Real en España y en la figura 2 se localiza exactamente la localidad del Torno dentro de la Provincia.

4. POBLACIÓN DIANA DEL PROYECTO TERAPIA OCUPACIONAL EN EL MEDIO RURAL

Atendiendo a la Tipificación de las personas mayores acordada en la "*Primera Conferencia de Promoción y Prevención de la Salud*" (2007), se realiza la siguiente clasificación:

- **Persona mayor sana:** no presentan enfermedad ni alteración funcional, mental o social alguna.
- **Persona mayor con enfermedad crónica:** padecen una o varias enfermedades crónicas, pero sin problemas funcionales, mentales o sociales.
- **Persona mayor en riesgo y frágil:** Conserva su independencia de manera inestable y se encuentra en situación de riesgo de pérdida funcional. Se trata de personas mayores que presentan uno o más de los siguientes factores de riesgo predictivos de deterioro, pérdida de funcionalidad, y de dependencia (37-42): edad avanzada (por lo general a partir de 80 años); hospitalización reciente; caídas de repetición; polifarmacia con comorbilidad especialmente con patologías crónicas que tienden a la incapacidad (artrosis, artritis, fracturas por caídas, depresión y enfermedades psiquiátricas, déficit visual o auditivo, incontinencia, eventos cardiovasculares); con deterioro cognitivo; con debilidad muscular, alteraciones de la movilidad y equilibrio, y realización de poco ejercicio; con deficiente soporte o condicionantes sociales adversas (pobreza, soledad, incomunicación, viudedad,) o factores demográficos (mujer mayor de 80 años).

Dentro de este grupo igualmente se incluyen como personas mayores en riesgo y frágiles a aquellas con pérdidas de funcionalidad incipientes, fundamentalmente en actividades de la vida diaria, cuando todavía son potencialmente recuperables.

- **Persona mayor dependiente de carácter transitorio o de carácter permanente:** es aquella que se encuentra ya en situación de dependencia de carácter transitorio o bien de carácter permanente independientemente de su intensidad. A efectos prácticos del presente documento clínico, *se propone la clasificación de la dependencia en los grados de severidad que clasifica el índice de Barthel de acuerdo a: puntuación de 60 o más: dependencia leve; 45-55: dependencia moderada; 20-40: dependencia grave; < 20: dependencia total.* Esta clasificación clínica de la dependencia nada tiene que ver con el reciente instrumento de valoración de la dependencia de la citada ley de autonomía personal cuyo objetivo es el de clasificar de un determinado modo a la dependencia con el fin de identificar el baremo para poder así beneficiarse de las prestaciones sociales.

También es importante destacar que el grupo de personas mayores con dependencia grave y total, aunque en ocasiones se encontrarán dentro del siguiente grupo de final de la vida, no debe de ser entendido como sinónimo de terminalidad. Aunque el concepto de terminalidad en la persona mayor dependiente es complejo, debe de ir ligado más al de enfermedad en fase terminal, que generalmente va acompañado de dependencia severa no reversible.

- **Persona mayor en situación de final de la vida:** es aquella que padece una enfermedad en fase terminal con una expectativa de vida generalmente menor de seis meses. Englobaría tanto a pacientes con enfermedad oncológica como no oncológica en fase avanzada y/o terminal y con limitación funcional severa no reversible (generalmente total con Barthel menor de 20), con síntomas intensos, complejos y cambiantes. Según la enfermedad de base

presentan trayectorias clínicas de pérdida funcional y muerte muy diferentes (de alrededor de tres a seis meses en los pacientes oncológicos, y de expectativa de vida menos predecibles con pérdida funcional progresiva y con situaciones de empeoramiento y mejoría en relación con reagudizaciones frecuentes en las enfermedades crónicas no oncológicas).

A raíz de esta tipificación, nuestro proyecto, como hemos justificado anteriormente, se va a centrar en la intervención con los siguientes grupos de población:

- Persona mayor con enfermedad crónica.
- Persona mayor frágil y en riesgo.

Persona mayor dependiente de carácter transitorio o de carácter permanente.

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Los objetivos que se plantearon al inicio del Proyecto, se han ido modificando conforme ha evolucionado el mismo, manteniendo el fin principal por el que se creó: "Mantener a la persona mayor en su domicilio durante el mayor tiempo posible".

Los orígenes de este proyecto, tenían un carácter más asistencial, simulando los programas de Terapia Ocupacional que se desarrollan en Centros de Día o Residencias de nuestra Comunidad Autónoma, por lo tanto los objetivos estaban relacionados con dichos programas, donde primaban los tratamientos grupales frente a los individuales (Durante P; Pedro P, 2004).

Tras las sucesivas ampliaciones de zonas de intervención, y sin olvidar el origen del proyecto ligado a la "*Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*", se cambió el modelo de trabajo evolucionando a un tratamiento domiciliario de personas dependientes y cuidadores frente a los tratamientos grupales.

Influenciadas por la Ley antes citada, donde se prima la atención a las personas dependientes frente a la promoción de la autonomía, se trabajó durante dos años bajo un modelo de atención a personas en situación de dependencia.

En la actualidad, se ha modificado este enfoque desarrollando un modelo de trabajo en el domicilio de la persona mayor, interviniendo en 4 áreas principales (Actividades de la vida diaria, Adaptación/modificación del entorno, Asesoramiento, prescripción y entrenamiento en Ayudas Técnicas, y Formación a cuidadores principales, familiares y otros profesionales), donde los objetivos se corresponden a las mismas.

5.1. OBJETIVOS PRINCIPALES

Como se ha comentado anteriormente, los objetivos principales de este proyecto han ido variando a lo largo de estos años, ajustándose a los diferentes modelos de trabajo que se han llevado a cabo. En la actualidad los objetivos principales del proyecto se basan en las cuatro áreas principales de intervención desarrolladas a lo largo de este documento, quedando los objetivos como se exponen a continuación (Montagut Martínez, F et al, 2005; Polonio López B, 2001; Romero Ayuso D, Moruno Miralles P, 2006)

- Aumentar la independencia y autonomía de la persona mayor en las AVD de modo que sea funcional en su entorno.
- Formar a cuidadores principales, familiares y otros profesionales para fomentar la autonomía personal y social del mayor en su entorno.
- Asesorar y entrenar en el uso de ayudas técnicas.
- Adaptar y eliminar barreras arquitectónicas del hogar del usuario y de su ambiente más cercano creando un entorno facilitador.

Estos cuatro objetivos generales tienen como fin común:

- Evitar, o al menos retrasar en la medida de lo posible, la institucionalización del mayor

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Crear un servicio de *Consulting*, para asesorar, informar y formar, tanto a los propios usuarios como a sus familiares, sobre las distintas patologías y su repercusión sobre el desempeño ocupacional de la persona, creando pautas de actuación y recomendaciones para cada caso concreto.
- Mejorar la ejecución de las ABVD: baño, aseo personal, alimentación, vestido, control de esfínteres, deambulación, uso de escaleras, transferencias,...
- Mejorar y/o mantener la ejecución de las AIVD: Cuidado del hogar, compras, uso del teléfono, toma de la medicación, manejo del dinero, lavado de la ropa, preparación de la comida.
- Reeducar al usuario, adaptando la ejecución de las AVD a sus características psicofuncionales.
- Impartir pautas educativas de rehabilitación y cuidados básicos a los familiares y/o cuidadores de los usuarios
- Fomentar la participación activa en programas de formación continuada de los cuidadores principales.

6. DIFUSIÓN DEL PROYECTO

La difusión del proyecto se lleva a cabo desde varias vías:

- Presentación del Proyecto de Terapia Ocupacional en el ámbito rural a los Alcaldes de los municipios, los Servicios Sociales de la zona y Atención Primaria, para facilitar la difusión del programa entre la población, así como la derivación de los mismos al Servicio de Terapia Ocupacional (véase imagen 7 y 8)
- Efecto "boca a boca", o a través de folletos informativos y carteles.
- Presentación del Proyecto de Terapia Ocupacional a la población mayor de 60 años, cuidadores informales u otros profesionales mediante una presentación audiovisual del programa.
- Intervención directa de las terapeutas a la población mayor mediante el censo.

- Elaboración de la Guía de Promoción de la Autonomía y Prevención de la Dependencia de las personas mayores en el medio rural (imagen 9)

Tanto en la presentación del Proyecto a los Servicios Sociales y Atención Primaria de la zona, como la presentación a la población mayor, se entrega una hoja de solicitud al Servicio de Terapia Ocupacional, para obtener los datos de identificación del usuario y dar paso al proceso de valoración y posterior criba de la población a tratar.

Durante los dos primeros años se llevó a cabo, primero, el estudio de la población y posteriormente se intervino con las personas susceptibles de tratamiento. A partir del 2008, han sido valoradas, preferentemente por el Servicio de Terapia Ocupacional, aquellas personas derivadas por los Servicios Sociales Básicos, por Atención Primaria y por demanda propia del usuario. A pesar de ello, es el Terapeuta Ocupacional, quién decide si es susceptible de recibir tratamiento.

7. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

Este Proyecto comenzó en El Torno en el 2006, ampliando la zona de intervención en los sucesivos años. Por ello, se ha realizado un estudio demográfico y de recursos asistenciales para personas mayores en los municipios colindantes, observando que las pedanías menores de 300 habitantes no cuentan con ningún recurso e incluso algunas de ellas comparten consultorio médico, siendo éste el único servicio asistencial común a todas las localidades y no cuentan con ningún recurso asistencial de tipo rehabilitador que tenga como fin el mantenimiento de la persona en su domicilio con una aceptable calidad de vida.

Nos encontramos, por tanto, ante zonas pobladas en su mayoría por personas mayores, muy desfavorecidas y aisladas donde no llegan los recursos asistenciales necesarios para atender al mayor cuando existe una pérdida de autonomía personal, haciendo que la persona abandone su domicilio para

trasladarse a algún otro recurso asistencial, normalmente residencia geriátrica, con las consecuencias que esto ocasiona.

Como se puede observar en la Figura 3, la ampliación de los municipios ha seguido la siguiente evolución:

- AÑO 2006: Dos Terapeutas Ocupacionales:
 - ✓ Área Montes Norte: Zona Horcajo de los Montes: El Torno.
- AÑO 2007: Tres Terapeutas Ocupacionales:
 - ✓ Área Montes Norte:
 - Zona Horcajo de los Montes: El Torno y Pueblo Nuevo del Bullaque.
 - Zona Arroba de Los Montes: El Robledo y pedanías.
 - ✓ Plan Concertado: Porzuna
- AÑO 2008-2009: Tres Terapeutas Ocupacionales:
 - ✓ Área Montes Norte:
 - Zona Horcajo de los Montes: El Torno y Pueblo Nuevo del Bullaque.
 - Zona Arroba de Los Montes: El Robledo y pedanías.
 - ✓ Plan Concertado: Porzuna
 - ✓ Área de Alcolea de Calatrava:
 - Zona de Alcolea de Calatrava: Alcolea de Calatrava.
 - Zona de Corral de Calatrava: Corral de Calatrava, Los pozuelos de Calatrava, Caracuel de Calatrava, Cañada de Calatrava, Ballesteros de Calatrava y Villar del Pozo.

Esta organización corresponde a la distribución territorial de las Zonas P.R.A.S. (Plan Regional de Acción Social) de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.

Durante el 2008, se propone la localización de cada una de las 3 Terapeutas Ocupacionales en municipios de las zonas antes mencionadas, realizando su distribución en relación al número de habitantes y distancia entre los

municipios/Terapeuta Ocupacional, como se expone en la figura 4, quedando de la siguiente forma:

T.O. 1: Área Montes Nortes: Torno, Pueblo Nuevo del Bullaque y Robledo Y Plan Concertado de Porzuna

T.O.2: Zona de Alcolea de Calatrava: Alcolea de Calatrava
Zona Corral de Calatrava: Ballesteros y Villar del Pozo .

T.O.3: Zona Corral de Calatrava: Corral de Calatrava, los Pozuelos, Cañada y Caracuel.

Esta nueva distribución, intenta rentabilizar recursos, facilitar la coordinación horizontal con los Servicios Sociales Básicos y ofrecer un servicio de calidad a la población.

8. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN Y VALORACION

El proceso de intervención y valoración de terapia ocupacional dentro del Proyecto de Terapia Ocupacional en el Medio Rural para la Atención y Prevención a la Dependencia sigue una serie de pasos que se exponen esquemáticamente en la figura 5 "Proceso de Terapia Ocupacional", explicándose más detalladamente a continuación (Romero Ayuso D, Moruno Miralles P, 2003):

1. Derivación del caso ó solicitud del servicio: El primer contacto del usuario con el Servicio de Terapia Ocupacional puede darse por tres vías diferentes:
 - a) Solicitud del servicio por parte del usuario o familiar: Para ello es necesario rellenar una hoja de solicitud.
 - b) Derivación del caso por parte de Servicios Sociales: Este paso se lleva a cabo a través de un informe de derivación, estando actualmente en proceso de validación.
 - c) Derivación por parte de Atención Primaria: Igual que en el caso anterior, se tramita un informe de derivación que también se encuentra en proceso de validación.

- (Ver anexo I, se adjunta modelo de solicitud e informe de derivación de Servicios Sociales y de Atención Primaria)
2. Recogida de información de fuentes indirectas: Informe social, Informe médico,...
 3. Entrevista semiestructurada con el usuario y en caso necesario con los familiares y/o cuidadores principales (Ver Anexo II).
 4. Observación directa del desempeño de las Actividades de la Vida Diaria.
 5. Cuestionarios y test estandarizados y no estandarizados (Polonio B, 2003):
 - a) Test estandarizados:
 - Índice de Barthel.
 - Escala de Lawton y Brody.
 - Mini Examen Cognoscitivo.
 - Test de Pfeiffer.
 - Escala de Tinetti
 - Escala de la Incapacidad Física de la Cruz Roja.
 - Escala de la Incapacidad Psíquica de la Cruz Roja.
 - Escala de Depresión Geriátrica de Yesavege (Versión reducida).
 - Entrevista de Zarit.
 - b) Test no estandarizados, que se presenta en el anexo III (9) y (10):
 - Ficha inicial de terapia ocupacional.
 - Evaluación de Actividades Básicas de la Vida Diaria.
 - Evaluación de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
 - Evaluación Inicial de Terapia Ocupacional en Demencias.
 - Evaluación del Hogar de Terapia Ocupacional.
 6. Análisis de datos
 7. Establecimiento de metas y objetivos.
 8. Implementación y desarrollo del tratamiento.
 9. Evaluaciones intermedias y coordinación con el resto de profesionales encargados del cuidado del mayor (Ver Anexo V: se adjunta informe de derivación a Servicios Sociales Básicos)
 10. Reevaluación y seguimiento del caso.

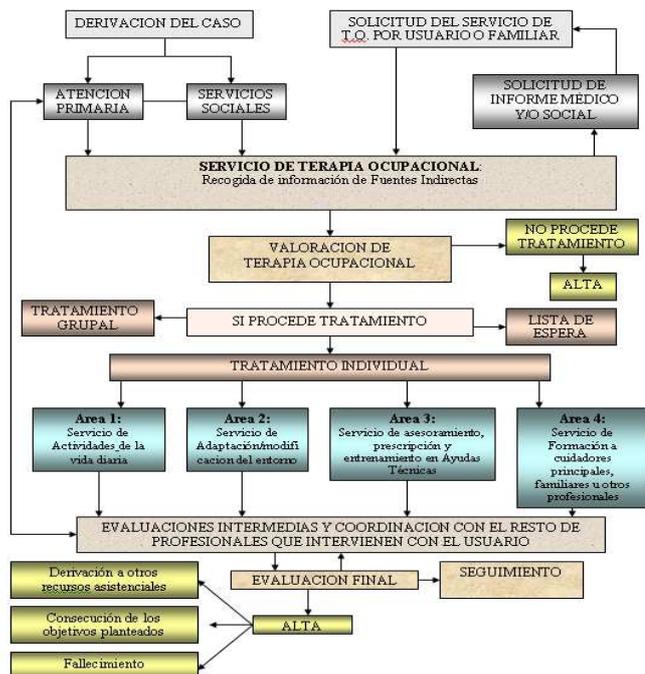


Figura 5: Proceso de terapia ocupacional

diseñado diversos programas, que han sido modificados de la forma mas conveniente con el fin de dar cobertura a dichas necesidades (Montagut Martínez F et al, 2005

9.1. Tratamiento individual

Los tratamientos individuales que se van a llevar a cabo en este Proyecto se dividen en las cuatro áreas que se exponen a continuación estando todas interrelacionadas y persiguiendo un mismo objetivo común, coincidiendo a su vez con el fin último de este proyecto:

- Área 1: Actividades de la Vida Diaria.
- Área 2: Adaptación/modificación del entorno.
- Área 3: Asesoramiento, prescripción y entrenamiento en Ayudas Técnicas
- Área 4: Formación a cuidadores principales, familiares y otros profesionales.

A continuación vamos a desglosar cada una de estas áreas.

9. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

A lo largo de estos tres años el Proyecto de Atención y Prevención a la Dependencia en el Medio Rural ha intentado satisfacer las demandas y necesidades detectadas en la población mayor, para ello se han

❖ **ÁREA 1: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVDs)**

Las AVDs son aquellas actividades realizadas habitualmente a lo largo del día por la persona, siendo universales, si bien con diferentes contextos culturales. Según el marco de trabajo creado por la AOTA *Ámbito de Competencia y Proceso*(2008) las **ÁREAS DE OCUPACIÓN** se clasifican en siete tipos de actividades de la vida, incluidas las Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), educación, trabajo, juego, tiempo libre y participación social, quedando las áreas ocupacionales como se refleja en el Cuadro 1 "Áreas de Ocupación.

En las personas en **riesgo o frágiles o en situación de dependencia de carácter transitorio o permanente**, encontramos una alteración en las capacidades físicas, psíquicas y sensoriales, que no tiene porque ser patológica sino debido al propio envejecimiento fisiológico, que conlleva una disminución en las habilidades para realizar las actividades de la vida diaria. Esto influye de forma negativa en la persona ya que no puede responder a las demandas del ambiente, abocándolo a una situación de dependencia permanente.

La pérdida de las actividades de la vida diaria aumenta de la misma forma que lo hace la ayuda que necesita de otra persona. Las primeras actividades que se ven afectadas son las relacionadas con la capacidad del individuo para vivir de manera autónoma en su entorno y aquellas relacionadas con el tipo de vida de cada persona.

Muchas de las quejas de los mayores están relacionadas con el cuidado del hogar, realización de compras, control de la medicación y el cuidado de otros, normalmente el cuidado del cónyuge. Estas actividades son las más complejas y requieren un mayor compromiso de todas las capacidades de la persona, siendo las primeras que se pierden. En este momento, la persona se encuentra en **riesgo de dependencia o frágil**, donde empieza a demandar el apoyo puntual de otra persona.

AREAS DE OCUPACIÓN						
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTALES (AVDI)	EDUCACIÓN	TRABAJO	JUEGO	TIEMPO LIBRE	PARTICIPACIÓN SOCIAL
Bañarse/ducharse	Cuidado de otros	Participación en la educación formal	Interés y búsqueda de empleo	Exploración del juego	Exploración del tiempo libre	Comunidad
Control de esfínteres y vejiga	Cuidado de mascotas	Participación personal en educación informal	Encontrar y conseguir un empleo	Juegos de participación	Preparación para el ocio	Familia
Vestido	Criar niños		Desempeño del trabajo			Compañero, amigo
Comer	Uso de sistemas de comunicación		Preparación para la jubilación			
Alimentación	Movilidad en la comunidad		Exploración del voluntariado			
Movilidad funcional	Manejo de temas financieros		Participación como voluntariado			
Cuidado de ayudas técnicas personales	Cuidado de la salud y la manutención					
Higiene y aseo personal	Crear y mantener un hogar					
Actividad Sexual	Preparación de la comida y limpieza					
Dormir y descansar	Procedimientos de seguridad y respuestas de emergencia					
Higiene del inodoro	Compras					

Para la ejecución de las actividades personales , que se inician en edades tempranas pasando a realizarse de manera automática, son necesarias habilidades más sencillas, por lo tanto son las últimas actividades en verse afectadas y que llevan a la persona a una **situación de dependencia permanente**, con la necesidad de un apoyo continuo

Dentro de esta clasificación de estas actividades, principalmente trabajamos con las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

El **objetivo principal** dentro de este programa, coincide básicamente con el fin ultimo de la terapia ocupacional: *“Conseguir la autonomía e independencia de la persona en las actividades de la vida diaria, de modo que sea funcional en su propio domicilio”*.

Objetivos específicos:

- Mejorar la ejecución de las ABVD: baño, aseo personal, alimentación, vestido, control de esfínteres, deambulación, uso de escaleras, transferencias,...
- Mejorar y/o mantener la ejecución de las AIVD: Cuidado del hogar, compras, uso del teléfono, toma de la medicación, manejo del dinero, lavado de la ropa, preparación de la comida
- Reeducar al usuario, modificando la ejecución de las AVD a sus características psicofuncionales.

Metodología:

Este programa se realiza en el domicilio de manera individual, tras la valoración exhaustiva del caso y análisis de datos. Los objetivos e implementación y desarrollo de la intervención, está enfocado al desempeño ocupacional, siendo éste individual y único de cada persona.

Se realizan sesiones de 2/3 veces en semana con una duración a aproximada de 45 minutos.

La valoración de las Actividades de la Vida Diaria, es una herramienta muy valiosa para obtener una información sobre el desempeño ocupacional de la persona, para ello, debe realizarse en el medio natural, con las ventajas e inconvenientes que esto requiere, así como utilizar diferentes procedimientos para la recogida de la información, como entrevistas, siendo lo más importante la observación directa de la persona en la ejecución de las actividades de la vida diaria, así como utilización de test estandarizados, donde el profesional, debe tener una formación o preparación previa para pasar este tipo de cuestionarios, que servirán para registrar los resultados que se obtienen a lo largo de la intervención. Es muy enriquecedora la información que el terapeuta ocupacional puede ofrecer al resto de profesionales sobre el desempeño ocupacional de la persona.

❖ **ÁREA 2: SERVICIO DE ADAPTACIÓN/MODIFICACIÓN DEL ENTORNO.**

La pérdida de las AVD, se produce por una alteración en las capacidades para su desempeño, pero un domicilio o entorno “no accesible” entendido como aquel que no responde a las demandas de la persona, bien por la presencia de barreras arquitectónicas, al déficit de infraestructuras en la vivienda o al mobiliario mal situado y/o excesivo.

Por lo tanto, nos encontramos ante un domicilio no facilitador, donde la persona presenta problemas para realizar las AVD (Moruno Miralles P , Romero Ayuso D. 2006).

El objetivo principal:

Adaptar y/o modificar el domicilio, teniendo en cuenta las preferencias de cada uno, de modo que se sienta seguro en su medio, evitando posibles caídas y promoviendo la independencia en AVD.

A modo de ejemplo en las imágenes 5 y 6 se ve el proceso de adaptación/modificación del baño de una usuaria del servicio de Terapia Ocupacional. Decir que todas las modificaciones y adaptaciones se hacen en coordinación con las personas beneficiarias de dicha intervención.

Metodología:

Se llevará a cabo en el domicilio de la persona mayor, mediante actuaciones puntuales, dependiendo la duración de la intervención y el número de sesiones, de las características individuales y del entorno.

❖ **ÁREA 3: SERVICIO DE ASESORAMIENTO, PRESCRIPCIÓN Y ENTRENAMIENTO EN AYUDAS TÉCNICAS PARA PROMOVER LA INDEPENDENCIA PERSONAL.**

Las ayudas técnicas son aquellos dispositivos o utensilios destinados a facilitar o disminuir la limitación de alguna capacidad funcional para realizar una actividad.

La intervención del Terapeuta Ocupacional consiste en asesorar y entrenar sobre las diversas ayudas técnicas existentes para facilitar la realización de AVDs, tales como ayudas para la movilidad de la persona (bastón, muletas, andadores...), cuidado personal (tabla de bañera, asideros, ponemedias, abrochabotones,...), tareas domésticas (alcanza objetos, abre botellas,...), de tal forma que mediante un correcto asesoramiento y entrenamiento en estas ayudas técnicas podamos compensar los déficit sufridos por la enfermedad o por el propio envejecimiento de la persona. A modo de ejemplo, exponemos mediante imágenes el caso de una señora afectada de artritis reumatoide con gran deformación en ambas manos (imagen 7), como puede observarse (imágenes 8, 10 y 11), se han realizado diversas ayudas técnicas no comercializadas por ortopedias, sino que son ayudas técnicas que responden al ingenio conjunto del terapeuta ocupacional y la usuario, devolviendo, a través de estas intervenciones terapéuticas, la independencia a una persona que si no fuese por esto, dependería de una tercera para realizar gran parte de sus actividades de la vida diaria.

Objetivo principal:

Asesorar y entrenar en el uso de ayudas técnicas en personas con déficit residuales, para facilitar la realización de las AVDs y mejorar la autonomía personal.

Metodología:

Se llevará a cabo en el domicilio de la persona mayor, mediante actuaciones puntuales, dependiendo la duración de la intervención y el número de sesiones, de las características individuales y del entorno.

❖ **ÁREA 4: SERVICIO DE FORMACIÓN A CUIDADORES PRINCIPALES, FAMILIARES U OTROS PROFESIONALES.**

Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida los mayores viven hasta una edad muy avanzada, y en algún momento de esta etapa, suelen acabar requiriendo algún tipo de apoyo, que normalmente viene dado por las familias, principalmente esposas, hijas y nueras o con el ingreso a un recurso asistencial.

Normalmente las personas que se encargan del cuidado de personas en riesgo o en situación de dependencia, son mujeres entre 45 y 65 años de edad. Muchas de estas mujeres no están preparadas para responder ante las tareas, tensiones y esfuerzos que supone el cuidado, apareciendo sobrecarga del cuidador.

Para evitar estas situaciones de estrés y mejorar la calidad de vida tanto de la persona en dependencia como cuidador, se llevará a cabo la formación e intervención con cuidadores principales, profesionales u otros, con el objetivo de orientar, ayudar y preparar al cuidador principal de la persona en situación de dependencia en el entorno familiar (Ruiperez I, 2003).

Para ello se pueden desarrollar diferentes programas de familias atendiendo a las necesidades individuales de cada caso.

Desde la Terapia Ocupacional podemos formar e intervenir a cuidadores principales en:

- Entrenamiento de las actividades de la vida diaria
- Asesoramiento, prescripción y uso de ayudas técnicas

- Adaptación / modificación del hogar

Es muy importante concienciar sobre la importancia de que se mantengan aquellas actividades de la vida diaria conservadas durante el mayor tiempo posible, y proporcionarle un ambiente facilitador, seguro y estimulador.

Objetivos principales:

- Evitar en la medida de lo posible la sobrecarga del cuidador y la sobreprotección de la persona mayor.
- Formar a cuidadores principales y familiares para fomentar la autonomía personal y social del mayor en su entorno, y así mejorar la calidad de vida de ambos.

Metodología:

Este programa se realiza en el domicilio con el cuidador principal, familiar u otro profesional y la persona, enfocado al entrenamiento, características y necesidades del mismo, de modo que mientras que estimulamos las habilidades afectadas del usuario y/o entrenamos las actividades de la vida diaria, vamos formando al cuidador.

Se realizan sesiones de 2/3 veces en semana con una duración alrededor de 45 minutos.

- Dentro del este área, se continua con el "***Programa de Formación continua a los Cuidadores principales de las Personas Dependientes con carácter transitorio o permanente y a otros Profesionales***" (Pérez Melero A , 2002; Selmes M 2000; Jiménez Ortega J, 2003)

Objetivo principal:

Formar a cuidadores principales, familiares y otros profesionales para fomentar la autonomía personal y social del mayor en su entorno.

Objetivos específicos:

- Disminuir la carga del cuidador principal de la persona mayor.
- Crear pautas de actuación beneficiosas para el cuidador y el mayor.
- Evitar la institucionalización

Metodología:

Formación continuada grupal, mediante un curso de "Programa de Formación continua a los Cuidadores principales de las Personas Dependientes con carácter transitorio o permanente y a otros Profesionales", que se irá realizando a lo largo del año 2009.

Para este nuevo ciclo, se va a elaborar un "Cuestionario para Auxiliares del Servicio de Ayuda a Domicilio", para recoger información sobre los principales problemas que se les plantean en los domicilios, dudas, inquietudes, abordaje de patologías... para atender a esas demandas y necesidades.

Para ello es enriquecedor, que todo el equipo esté implicado en la Formación de Auxiliares, Familiares y Cuidadores principales.

9.2 Tratamiento Grupal.

En la actualidad se pretende que la intervención de terapia ocupacional esté centrada básicamente en las cuatro áreas de intervención individual antes mencionadas.

- A pesar de esta pretensión, es posible que hubiese que desarrollar distintos programas de intervención grupal. Teniendo en cuenta las necesidades detectadas en años anteriores a través de la valoración de terapia ocupacional concluimos que los programas que mejor cubren las necesidades de las población mayor en general, y de forma específica, de las que residen en el medio rural, son los que redactamos a continuación

(Debra J. Rose 2005; Grieve, J.200; Portellano, J.A. 2005; Chapinal Jiménez, A. 2001; Díaz Petit, J 2002):

PROGRAMA DE PSICOMOTRICIDAD:

El termino psicomotricidad tiene un enfoque terapéutico que integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio motrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial (Jimenez Ortega, J, 2003).

El objetivo principal del programa de psicomotricidad es el desarrollo y/o mantenimiento de las capacidades motrices, expresivas y creativas a partir del cuerpo, lo que lleva a centrar las actividades e intereses en el movimiento y el acto incluyendo, patologías, disfunciones, estimulación,...

También facilitar la toma de conciencia en la persona mayor de los recursos motores, cognitivos y relacionales de su persona; recursos que aun diferentes y menores que antes, los tiene y pueden ser desarrollados con todo lo que esto implica.

Los objetivos específicos son:

- Mejorar y/o mantener el control tónico postural.
- Mejorar y/o mantener el control respiratorio.
- Mejorar y/o mantener el equilibrio
- Mejorar y/o mantener la coordinación dinámica
- Mejorar y/o mantener la disociación y ejecución movimientos.
- Mejorar y/o mantener la coordinación visomotriz.
- Mejorar y/o mantener la orientación espacial y la estructuración temporal.
- Mejorar y/o mantener el esquema / imagen corporal.
- Mejorar y/o mantener la lateralización.

Metodología:

El programa de psicomotricidad se realizará en grupos y tendrá carácter rehabilitador, a este programa asistirán persona con enfermedad crónica o en situación de riesgo o frágil., y que una vez valorados se observe que existen alteraciones psicomotrices que influyan en la ejecución de las AVD y en el desempeño ocupacional autónomo de la persona, o se considere que esas alteraciones pueden influir en un futuro próximo.

PROGRAMA DE PSICOESTIMULACIÓN:

Este programa se fundamenta en saber que si una capacidad cognitiva se estimula y entrena, mejora o al menos se mantiene, mientras que si esto no ocurre la capacidad cognitiva se deteriora, llegando, incluso a perderse;
(Portellano, J.A, 2005)

Su *objetivo principal* es mantener y mejorar las capacidades cognitivas que aún posee la persona e intentar restablecer las pérdidas o compensarlas en la medida de lo posible.

Los *objetivos específicos* son:

- Mejorar y/o mantener la memoria.
- Mejorar y/o mantener las capacidades perceptivas.
- Mejorar y/o mantener la atención y la concentración.
- Mejorar y/o mantener la capacidad de resolución de problemas, operaciones espaciales, secuenciación, formación de conceptos, categorización,...
- Mejorar y/o mantener la orientación a la realidad.
- Mejorar y/o mantener la orientación temporal y espacial.
- Entrenar a los familiares y cuidadores principales sobre como disminuir las consecuencias de las alteraciones cognitivas en las actividades de la vida diaria y en el domicilio de la persona.

Metodología:

El programa de psicoestimulación se realizará en grupos y tendrá carácter rehabilitador, a este programa asistirán personas con enfermedad crónica o en situación de riesgo o frágil., y que una vez valorados se observe que existen alteraciones cognitivas que influyan en la ejecución de las AVD y en el desempeño ocupacional autónomo de la persona, o se considere que esas alteraciones pueden influir en un futuro próximo.

PROGRAMA OSTEOARTICULAR

El ***objetivo principal*** del programa de artritis/artrosis es disminuir las consecuencias y limitaciones que ocasionan esta patología, a la vez que se evita la disfunción en la realización de las actividades de la vida diaria de modo que se mantenga la independencia de la persona (Díaz Petit J, Camp R, 2002)

Los ***objetivos específicos*** han sido los siguientes:

- Preparar la articulación para trabajar correctamente evitando riesgos.
- Incrementar la fuerza de la musculatura periarticular de las zonas afectadas para conservar un apoyo eficaz.
- Aliviar el dolor mediante técnicas que proporcionen reposo articular evitando el esfuerzo.
- Aumentar o mantener la movilidad articular.
- Aumentar y/o mejorar la resistencia muscular y articular.
- Evitar las deformaciones gracias a un buen control postural.
- Crear patrones de economía articular, de modo que la articulación sufra lo menos posible y tolere correctamente la ejecución de la actividad.
- Adiestramiento en las AVD mediante técnicas de protección articular para facilitar estas actividades y evitar un mayor deterioro por una mala ejecución de las mismas.

Metodología:

El Programa de artritis/artrosis se realizará en grupos y tendrá carácter rehabilitador, a este programa asistirán personas con enfermedad crónica o en situación de riesgo o frágil, y que una vez valorados se observe que existen alteraciones que influyan en la ejecución de las AVD y en el desempeño ocupacional autónomo de la persona, o se considere que esas alteraciones pueden influir en un futuro próximo.

PROGRAMA INTEGRAL DE DEMENCIAS

El **objetivo principal** del programa integral de demencias es disminuir las consecuencias negativas y limitaciones que provoca este tipo de enfermedades, por un lado, en la persona mayor afectada, al retrasar el deterioro tanto cognitivo como físico, además de mejorar y rentabilizar los apoyos sociales y crear un entorno facilitador y accesible; y por otro lado, con en el cuidador y la familia, evitando problemas de salud en estas personas, como estrés, sobrecarga, lesiones de columna e impedir la sobreprotección del mayor .

Metodología:

Este programa se desarrolla de manera grupal, durante 2/3 sesiones semanales de 2 horas de duración cada una de ellas, llevando a cabo un tratamiento integral que incluye una parte de Psicoestimulación y otra de psicomotricidad, dando importancia al entrenamiento de la marcha y el equilibrio, aspectos físicos muy deteriorados en este colectivo.

Además del tratamiento grupal que reciben los usuarios de este programa, hay que resaltar que recibirán la atención necesaria en lo referente a entrenamiento de AVDs en el domicilio, adaptación/modificación del entorno, asesoramiento y entrenamiento de ayudas técnicas y formación a cuidadores.

10. RECURSOS:

10.1 Recursos humanos

3 Terapeutas ocupacionales para desarrollar el proyecto

10.2 Recursos materiales

- Infraestructuras: Se contará con las salas de trabajo con que cuenta cada uno de los municipios. En otras localidades no se cuenta con ninguna sala por lo que todos los tratamientos que se desarrollen serán llevados a cabo en los domicilios de los usuarios de manera individual.
- Material fungible: Material propio de oficina.
- Material no fungible: Material de estimulación cognitiva, de psicomotricidad, y de tratamiento de artrosis.
- Material para el entrenamiento de las actividades de la vida diaria.
- Material de ortopedia para ayudas técnicas y adaptaciones del hogar (este material se tendrá como banco para el asesoramiento y entrenamiento de las ayudas técnicas y de la adaptación del hogar).

11. EVOLUCIÓN DEL PROYECTO

El Proyecto Experimental de Terapia Ocupacional de Atención y Prevención a la Dependencia en el Medio Rural, se inició en un solo municipio, llegando en la actualidad a ofrecer una cobertura a 11 localidades de la provincia de Ciudad Real, que cumplen los criterios antes citados.

La evolución del Proyecto ha sido la siguiente:

□ AÑO 2006

En este año comienza el Proyecto en El Torno, municipio que cuenta con una población total de 590 habitantes, de los cuales 190 son personas mayores de 60 años, entrando en contacto con toda la población y realizando un total de 115 valoraciones en el domicilio. De esos 115 valorados, se intervino con 94 personas de la forma que a continuación se expone:

- Tratamiento individual: 31 personas mayores reciben tratamiento en su domicilio, incluyendo en esta intervención las prescripciones de ayudas técnicas, adaptación/modificación del domicilio y entrenamiento al cuidador, además de la rehabilitación del desempeño ocupacional de la persona.
- Tratamiento grupal: Los tratamientos desarrollados fueron, Programa de Psicoestimulación y Programa de Psicomotricidad a nivel preventivo y rehabilitador y Programa de Artrosis/ artritis. La asistencia a cada uno de los programas giraba en torno a 20 personas.

Durante este año se desarrollaron distintas charlas formativas dirigidas a la población mayor, familiares, cuidadores principales y/o Servicio de Ayuda a Domicilio, llevados a cabo por distintos profesionales del área socio sanitaria.

□ **AÑO 2007**

Tras los resultados favorables obtenidos a lo largo del 2006, en 2007 se decide ampliar el número de municipios, así como el personal humano con la contratación de otra terapeuta ocupacional.

En 2007, se adhieren 3 municipios colindantes, El Robledo, Pueblo Nuevo del Bullaque y Porzuna, contando con un total de 4 localidades de la provincia de Ciudad Real. Los datos obtenidos son los siguientes:

La población mayor total con la que contamos es de 1329 personas, se valoran a 415, de las cuáles se intervino con 220 personas, saliendo una media de 74 personas por Terapeuta Ocupacional a lo largo de un año, realizando las siguientes actuaciones:

- Tratamiento domiciliario: 69 personas recibieron tratamiento domiciliario, 23 usuarios/ Terapeuta Ocupacional, siendo esta intervención directamente con la persona.

- Actuaciones Puntuales en el domicilio: Este epígrafe engloba, asesoramiento y prescripción de ayudas técnicas, adaptación/modificación del entorno, derivaciones a otros profesionales y entrenamiento al cuidador. En total se realizó 146 actuaciones puntuales, 48/Terapeuta Ocupacional.
- Tratamiento grupal: 185 personas en los diferentes programas enunciados anteriormente a nivel rehabilitador.

Durante este año se desarrollaron en los nuevos municipios, charlas formativas dirigidas a la población mayor, familiares, cuidadores principales y/o Servicio de Ayuda a Domicilio, llevados a cabo por las Terapeutas Ocupacionales del Proyecto.

□ **AÑO 2008**

Durante el 2008 con los adhesión de nuevos municipios, 11 en total, y con el fin de englobar todas las actuaciones realizadas desde el inicio del Proyecto, exponemos los siguientes datos:

11. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

PERFIL DE USUARIOS ATENDIDOS

Las enfermedades mas prevalentes son los trastornos osteoarticulares, seguidas de las enfermedades degenerativas (tabal 1). Un 51,49% de la población atendida padece algún tipo de patología osteoarticular, artrosis/artritis, seguidas con un 15,67% los trastornos psiquiátricos, principalmente depresión/ansiedad.

PATOLOGÍAS ENCONTRADAS EN LA PERSONA MAYOR	
DEFICIT SENSORIAL	7,08%
PATOLOGIA OSTEOARTICULAR	51,49%
PATOLOGIA NEUROLOGICA	7,08%
PATOLOGIA CARDIORESPIRATORIA	6,71%
TRASTORNOS PSIQUIATRICO (depresión, ansiedad,...)	15,67%
ENFERMEDADES DEGENERATIVAS (Demencia, Alzheimer, Parkinson,...)	11,19%
OTRAS	0,74%

Este alto porcentaje podría deberse al estilo de vida del medio rural, dado que son personas que han trabajado en el campo.



Gráfica 1. Tipo de Convivencia de las personas mayores atendidas.

Respecto al tipo de convivencia familiar, más de la mitad de la población atendida viven con su cónyuge. Alcanzando el 20% las personas que viven solas, normalmente viudas entre 80-85 años, que utilizan el Servicio de Ayuda a Domicilio. Un porcentaje más pequeño, el 14% de los mayores viven con sus hijos en el domicilio de éstos.

La Tabla 2 recoge el tipo de apoyo (formal o informal) que reciben las personas mayores en el ámbito rural atendido. Casi un 40% de las personas mayores tienen apoyo formal, en este caso Servicio de Ayuda a Domicilio, frecuentemente utilizado para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) como la limpieza del hogar.

Una de cada cuatro personas tienen un cuidador. Normalmente, suelen ser cónyuge o hijas las encargadas de realizar esta tarea, mujeres entre 45-50 años, que trabajan, tienen una unidad familiar y no están formadas en cuidados principales, apareciendo sobrecarga del cuidador. Cabe destacar el porcentaje de usuarios que se identifican como cuidadores, ya sea de su cónyuge, algún hijo con discapacidad o incluso de algún ascendiente.

VALORACIONES REALIZADAS y TIPO DE TRATAMIENTO OFRECIDO

El Proyecto de Atención y Prevención a la Dependencia ha valorado a un total de 732 personas mayores de 60 años.

El gran peso del Proyecto recae en el Tratamiento Domiciliario/ Individual con un total de 85 personas mayores susceptibles, de las cuales se trabajan en la actualidad con un 35% (gráfica 2).

APOYO FORMAL E INFORMAL	
TIENEN CUIDADOR	27,36%
ES CUIDADOR	16,41%
SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO	39,30%
ALGUN CUIDADO ESPORADICO (ayuda para realizar la compra, ducharse, ir al médico,...)	16,91%

Tabla 2: Apoyo Formal e Informal

Las personas que se benefician del Tratamiento Domiciliario, son en su mayoría personas dependientes de carácter transitorio o permanente, donde en raras ocasiones existe evolución ante la intervención, siendo en su mayoría la atención a la persona

en fase de mantenimiento. La intervención domiciliaria es uno de los tratamientos más demandados que cuenta actualmente con una lista de espera del 28%. A continuación se muestran los datos en la siguiente tabla



Gráfica 2: Tratamiento Domiciliario

Las Actuaciones puntuales han estado muy ligadas al Tratamiento Domiciliario, que se encuentran estructuradas en 5 bloques (Tabla 3) Cabe resaltar la importancia del Bloque V. Reevaluación y seguimiento

del caso, con 214 actuaciones puntuales, llevadas a cabo el 72,89% de las mismas. Como venimos exponiendo a lo largo del Proyecto, se ha trabajado principalmente con personas en situación de dependencia transitoria o permanente, donde en su mayoría se ha realizado entrenamiento al cuidador y modificación /adaptación del domicilio y asesoramiento en ayudas técnicas, que continúan en seguimiento por posibles modificaciones o problemas del cuidador.

El Asesoramiento y Entrenamiento en Ayudas Técnicas, y el Entrenamiento al cuidador, también son intervenciones demandas principalmente por los

familiares y cuidadores de las personas mayores que residen en el ámbito rural, no siendo suficientes los recursos humanos y existiendo lista de espera (gráfica 3).

ACTUACIONES PUNTUALES			
TOTAL		REALIZADAS	LISTA DE ESPERA
ACTUACIONES PUNTUALES			
BLOQUE I. ASESORAMIENTO Y ENTRENAMIENTO DE AYUDAS TÉCNICAS	98	67,43%	32,65%
BLOQUE II. MODIFICACIÓN DEL AMBIENTE Y ELIMINACION DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS	19	68,42%	31,57%
BLOQUE III. ENTRENAMIENTO DEL CUIDADOR	44	75%	25%
BLOQUE IV. DERIVACION AL TRABAJADOR SOCIAL	11	90,90%	9,09%
BLOQUE V. REEVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CASO	214	72,89%	27,10%

Tabla 3: Actuaciones puntuales

Las personas mayores que reciben algún tipo de tratamiento individualizado, también puede participar en cualquier programa grupal que se ofrece dentro del servicio de terapia ocupacional. El número total de personas susceptibles de recibir tratamiento grupal son 402, de los cuales el 52,73%, asisten a alguno de los programas a nivel grupal que se han llevado a cabo, quedando una lista de espera del 24,87%.

ACCESIBILIDAD DEL ENTORNO MAS INMEDIATO

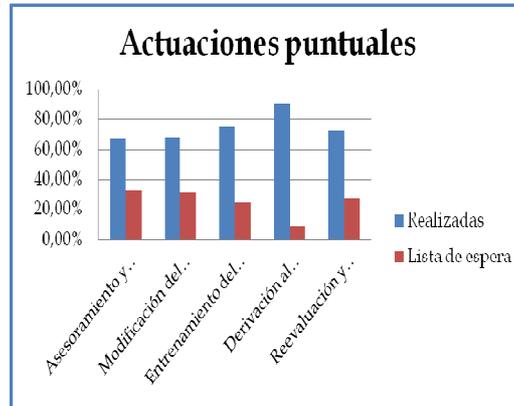
En relación a la accesibilidad, entendemos que es una propiedad básica del entorno edificado o urbanizado. Gracias a ella todo tipo de

personas pueden utilizar las casas, tiendas, teatros, parques o lugares de trabajo y, en consecuencia, participar en las actividades sociales y económicas para las que el entorno ha sido construido.

La vivienda es el espacio edificado en el que consumimos la mayor parte de nuestro tiempo, aquél del que tenemos más dependencia, pues nos proporciona abrigo, privacidad y, en general, bienestar. Pero, la vivienda sin un grado

mínimo de accesibilidad también puede ser sinónimo de aislamiento, inseguridad o males, sobretodo para aquellas personas cuyos requerimientos son mayores (Alonso López, 2004)

Los criterios que se han tenido en cuenta para valorar la accesibilidad es la distribución interior, tanto comunicación horizontal como vertical y la comunicación vivienda-calle. En las zonas rurales, es frecuente encontrar domicilios que cuentan con grandes patios, escalones, los cuartos de baño pueden encontrarse fuera de la vivienda en los patios o corrales. Tal y como se sintetiza en la tabla 4, el 68,5% de los domicilios valorados no es accesible.



Gráfica 3: Actuaciones puntuales

ACCESIBILIDAD EN LA VIVIENDA		
200 DOMICILIOS VALORADOS		
	SI	NO
ACCESIBILIDAD	31,5%	68,5%
BANO ADAPTADO	33%	67%

Tabla 4: Accesibilidad en la vivienda

Respecto al baño, únicamente 1 de cada 3 responde a las necesidades de la persona. El equipo de terapeutas del proyecto encontró que muchos de los cuartos de baños que en la actualidad se adaptan, bien por subvenciones públicas o por voluntad del usuario, no cumplen los criterios de accesibilidad, creando nuevas barreras arquitectónicas difíciles de solventar para nuestros mayores.

Por lo tanto, a raíz de este Proyecto de Terapia Ocupacional de Atención y Prevención a la Dependencia en el Medio Rural, nacido como proyecto experimental y piloto, tras su corta andadura, concluimos que en aquellas intervenciones que se realizan en personas con enfermedades crónicas y en situación de riesgo y frágiles, obtenemos unos resultados favorables a la intervención del servicio de Terapia Ocupacional, en relación a una mejora en la

independencia en las Actividades de la Vida Diaria, y por consiguiente en su calidad de vida.



Gráfico 6: Apoyo Formal e informal

En cambio, con aquellas personas que se encuentran con una situación de dependencia instaurada desde hace años o con gran afectación, no se han obtenido resultados favorables en cuanto a la intervención directa con la persona a lo largo del tiempo, siendo

su afectación irreversible, aunque si, la formación y el apoyo a los cuidadores, junto con la adaptación y modificación de su entorno y la prescripción y asesoramiento en ayudas técnicas, han dado unos resultados positivos en cuanto a la mejora de la calidad de vida, tanto de los usuarios como de sus cuidadores y familiares.

En cuanto a las prescripciones de ayudas técnicas realizadas, la mayoría de ellas, pertenecen al cuarto de baño, concretamente la utilización de tabla de bañera, asidero para el plato de ducha y silla de baño. La mayor parte de las prescripciones hechas por el Servicio de Terapia Ocupacional y llevadas a cabo, han sido aquellas donde el propio usuario ha detectado la necesidad y ha solicitado el asesoramiento.

En lo referente, a las adaptaciones/modificaciones del entorno, se han llevado a cabo adaptaciones en el cuarto de baño, en la sustitución de bañera por ducha, en algunos casos derivados por el Trabajador/a Social de la zona, así como modificaciones.

El programa más solicitado, es el Entrenamiento en las Actividades de la Vida Diaria en el domicilio de la persona mayor, para recuperar/mantener la independencia personal. Normalmente la persona que solicita el servicio es un familiar o cuidador principal, por sobrecarga del mismo.

Una vez que se valora a la persona mayor, se ponen en marcha el resto de áreas antes enunciadas, ya que normalmente son personas con situación de dependencia permanente que necesitan ayudas técnicas, adaptaciones o entrenamiento del cuidador en cuanto a movilizaciones, transferencias, higiene personal...

RESULTADOS DE SATISFACCIÓN

Para obtener los resultados en cuanto a la satisfacción de los usuarios y familiares que utilizaron el Servicio de Terapia Ocupacional, en 2006 se elaboró un Cuestionario de Satisfacción, a continuación se presentan los resultados obtenidos a lo largo del año 2008:

Resultados del cuestionario de satisfacción para los usuarios y familiares del Servicio de Terapia Ocupacional.

Conteste a las siguientes preguntas teniendo en cuenta que:

0: Totalmente en desacuerdo 1: Bastante en desacuerdo 2: Algo en desacuerdo
3: Algo satisfecho 4: Bastante satisfecho 5: Muy satisfecho

Total de cuestionarios realizados: 117

Hombre: 28% Mujer: 72%

Edad: 57% entre 70-79 años

1. Conocimiento del Servicio por medio de:

- Presentación audiovisual del proyecto: 61%
- Contacto a través del Censo de Población: 6%
- Efecto "boca a boca": 17%
- Derivación del Equipo de Servicios Sociales: 16%

2. Respecto al profesional:

- El trato y los servicios recibidos por parte del profesional han sido: 79% ha elegido la opción de muy satisfecho

- El Terapeuta Ocupacional ha sabido “transmitir los conocimientos” satisfactoriamente: 71% ha elegido la opción muy satisfecho
- El Terapeuta Ocupacional ha sido puntual en sus intervenciones: 84% ha elegido la opción bastante satisfecho

3. Respecto al tratamiento/intervención:

- La intervención se ha llevado a cabo con un horario y una frecuencia (días/semana) satisfactoria: 71% ha elegido la opción bastante satisfactoria
- La duración del tratamiento ha sido lo suficientemente larga en el tiempo: 62% ha elegido la opción poco satisfactoria
- La intervención se ha centrado en aspectos que luego he podido aplicar en mi vida diaria: 93% ha elegido la opción muy satisfactoria
- Las instalaciones (espacio físico) han sido las adecuadas (lejanía, mobiliario, temperatura,...): 59% ha elegido la opción poco satisfactoria
- Si he recibido prescripción de ayudas técnicas:
 - ¿éstas han sido las adecuadas a mi problema? 94% ha elegido la opción totalmente satisfactorio
 - ¿he ganado en seguridad? 89% ha elegido la opción totalmente satisfactorio
- Si ha sido necesario, he recibido información acerca de la Ley de Dependencia u otro recurso o donde acudir para informarme: 86% ha elegido la opción muy satisfactoria

4. Puntuación media del Servicio de Terapia Ocupacional: 8,9 (del 1-10)

5. Proponga para el año próximo:

- Continuidad del proyecto a lo largo del tiempo
- Más tiempo de intervención
- Facilitar la llegada de las personas a los espacios comunes donde se desarrollan los tratamientos: transporte adaptado.

BIBLIOGRAFIA

1. Alonso F. La accesibilidad en la vivienda como valor social: Costes y beneficios de la eliminación de barreras. Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/simp25.pdf>
2. Chapinal Jiménez A. Rehabilitación de las manos con Artritis y Artrosis en Terapia Ocupacional. Barcelona: Masson ; 2001
3. Rose D. Equilibrio y Movilidad con Personas Mayores. Badalona: Paidotribo; 2005.
4. Díaz Petit J, Camp R. Rehabilitación en la Artritis Reumatoide. Barcelona: Masson; 2002.
5. Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2004.
6. Grieve J. Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales. Evaluación de la percepción y la cognición. 2ª Ed. Madrid: Médica Panamericana; 2000.
7. Guía de Promoción de la Autonomía y Prevención de la dependencia de las personas mayores en el medio rural (2009). Junta de Comunidades de Castilla la Mancha - Asociación Castellano Manchega de Terapeutas Ocupacionales. Disponible en línea: <http://pagina.jccm.es/social/forma/doc/GuiaAtencionMayoresMedioRural.pdf>
8. I Conferencia de Promoción y Prevención de la Salud. Madrid; 14-15 de junio 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007
9. Jimenez Ortega J, Alonso Obispo J, Jiménez de la Calle I. Psicomotricidad I. 3ª Ed. Madrid: La Tierra Hoy; 2003.
10. Jimenez Ortega J, Alonso Obispo J, Jiménez de la Calle I. Psicomotricidad II. 3ª Ed. Madrid: La Tierra Hoy; 2003.
11. Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Ley 39/2006 de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-12-2006).
12. Montagut Martínez F, Flotats Farré G, Lucas Andreu E. Rehabilitación domiciliaria: Principios, indicaciones y programas terapéuticos. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
13. Moruno Miralles P, Romero Ayuso D. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson; 2006.
14. Occupational therapy practice framework: Domain&Process2nd Edition. Am J Occup Ther. 2008, 62(6).

15. Pérez Melero A. Guía de Cuidado de Personas Mayores. 1ª ed. Madrid: Síntesis; 2002.
16. Polonio López B, Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Médica Panamericana; 2001.
17. Polonio López B, Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Terapia Ocupacional en Geriatría: 15 casos prácticos. Madrid: Médica Panamericana; 2002.
18. Portellano JA. Introducción a la Neuropsicología. 1ª ed. Madrid: Mc Graw Hill; 2005.
19. Romero Ayuso D, Moruno Millares P. Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas. Barcelona: Masson; 2003.
20. Ruiperez I, Llorente P. Guía para auxiliares y cuidadores del Anciano. 2ª Ed. Barcelona: Mc Graw Hill; 2003.
21. Selmes MA, Selmes J. Vivir con... la enfermedad de Alzheimer. Guía práctica para los cuidadores, las familias y para todos aquellos que están cercanos a una persona afectada de EA. 5ª Ed. Madrid: MEDITOR; 2000.
22. Selmes MA, Selmes J. Guía de actividades diarias o cómo ocupar el tiempo libre de un enfermo de Alzheimer. Elegir, proponer, planificar, desarrollar y finalizar actividades diarias. 3ª Ed. Madrid: MEDITOR; 2000.

ANEXOS



Imagen 1: Entrada a stand



Imagen 2: Discriminación táctil



Imagen 3: Discriminación auditiva



Imagen 4: Psicoestimulación



Imagen 5: Funciones de terapia ocupacional



Imagen 6: Demostración



Imagen 7: Presentación del proyecto a la población



Imagen 8: Presentación del proyecto a la población



Imagen 5 Adaptación de Baño: Eliminación de bañera.



Imagen 6: Adaptación de Baño: Suelo antideslizante sin escalón y con pendiente a desagüe.



Imagen 7 : Manos con artritis reumatoide.



Imagen 8: Ayuda técnica para la llave de la puerta de la calle.



Imagen 9: Ayuda técnica para la lavadora.



Imagen 10: Ayuda técnica para la llave de paso del gas.

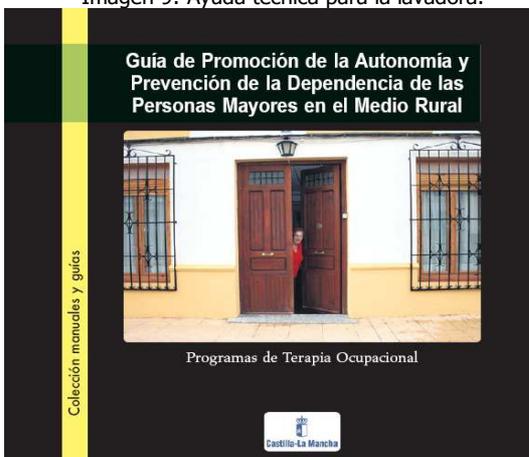


Imagen 9. Portada Guía de Promoción de la Autonomía y Prevención de la Dependencia de las Personas Mayores en el Medio Rural. JCMM-ACAMTO



Figura 1: Mapa de España. Ubicación de la provincia de Ciudad Real

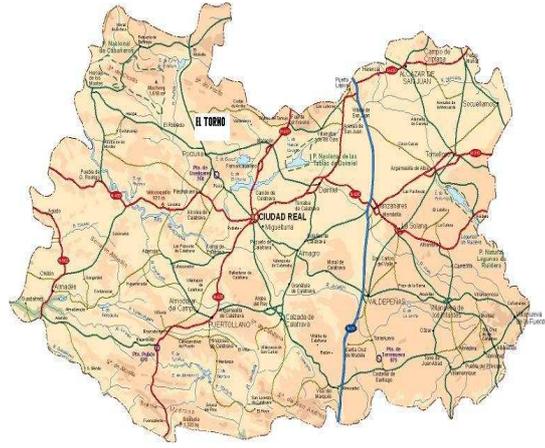


Figura 2: Mapa de la Provincia de Ciudad Real. Ubicación de El Torno

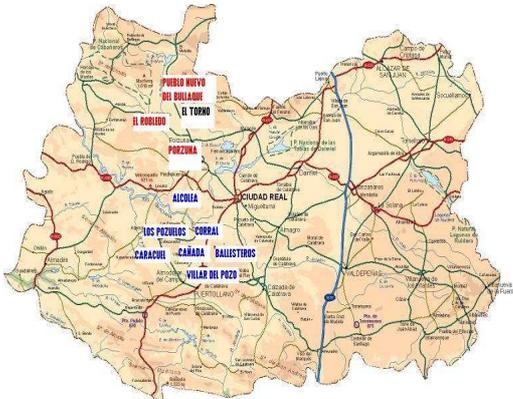


Figura 3: Ampliación de los municipios en el proyecto por años:
Negro: 2006 Rojo: 2007 Azul: 2008-2009

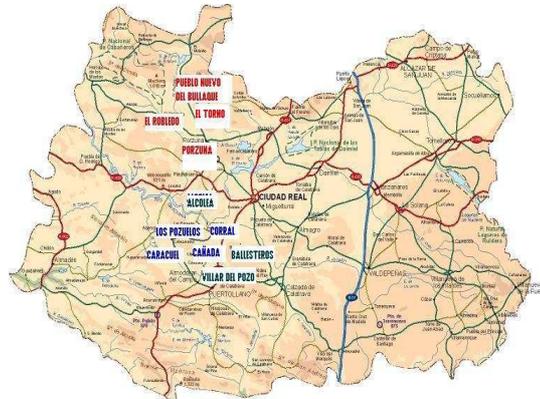


Figura 4: Distribución de municipios por terapeuta ocupacional
T.O. 1: Rojo T.O.2: Verde T.O.3: Azul

Hoja de solicitud del Servicio de Terapia Ocupacional
Informe de Derivación de Servicios Sociales al Servicio de Terapia Ocupacional
Informe de Derivación de Atención Primaria al Servicio de Terapia Ocupacional

**SOLICITUD DE PLAZA DEL SERVICIO DE
TERAPIA OCUPACIONAL EN:**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellidos:	
Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Estado Civil:
Dirección:	
Teléfono:	
Nombre/Teléfono familiares:	
Observaciones:	

En....., a de
de 200__

Fdo. Usuario / Familiar

**INFORME DE DERIVACION DE SERVICIOS SOCIALES AL
SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

Don/dña _____

Trabajador/a Social del equipo de Servicios Sociales

_____,
Emito el siguiente informe de derivación al SERVICIO DE TERAPIA
OCUPACIONAL, referente al usuario Don/Doña:

MOTIVO DE DERIVACION:

SITUACION SOCIOFAMILIAR Y ECONÓMICA:

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO VIUDO

CONVIVENCIA: SOLO CONYUGE HIJOS OTROS: _____

¿TIENE HIJOS? SI NO Nº DE HIJOS: _____

CUIDADOR: SI NO **¿QUIÉN?** HIJOS PERSONA CONTRATADA

OTRO: _____

SITUACION/INGRESOS ECONÓMICOS: BAJO MEDIO ALTO

CONDICIONES HIGIENICAS: PERSONAL: SI NO DOMICILIO: SI NO

RECURSOS SOCIALES:

SAD: SI NO PENDIENTE DE RESOLUCION

TELEASISTENCIA: SI NO PENDIENTE DE RESOLUCION

RECONOCIMIENTO DE LA SITUACION DE DEPENDENCIA:

SI NO PENDIENTE DE RESOLUCION

ADAPTACIÓN DE DOMICILIO:

SI NO ESPECIFICAR: _____

SOLICITUD DE INGRESO EN RECURSO ASISTENCIAL:

SI NO ESPECIFICAR: _____

Fdo:

**INFORME DE DERIVACION DE ATENCION PRIMARIA AL
SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

Don/dña _____

Médico/a de familia del Centro de Salud _____,

Emito el siguiente informe de derivación al SERVICIO DE TERAPIA
OCUPACIONAL, referente al paciente Don/Doña: _____

MOTIVO DE DERIVACION:

HISTORIA CLÍNICA:

**OTROS DATOS DE INTERES (Medicación, intervenciones
quirúrgicas,...):**

Fdo:

ANEXO II:

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE TERAPIA OCUPACIONAL (con el paciente o en su caso con el familiar)

- ¿Como se llama?
- ¿Cuantos años tiene? ¿Cuando nació?
- ¿Con quien vive? ¿vive su cónyuge?
- ¿Tiene hijos? ¿cuantos?
- De los hijos que tiene ¿cuantos viven en el pueblo? ¿vienen mucho a casa? ¿que tal la relación con ellos?
- ¿A que se dedicaba de joven? ¿en que trabajó?
- ¿Sabe leer y escribir?
- ¿En que suele ocupar el tiempo? ¿que cosas le gusta hacer?
- ¿Mantiene relación con los amigos?
- ¿Por que ha solicitado el servicio de terapia ocupacional?
- ¿Que enfermedad incapacitante tiene? ¿Tiene más enfermedades?
- ¿Que actividades de la vida diaria le cuesta más realizar o le dificultan su autonomía?
- Si vive solo ¿cree que esta perdida de autonomía es motivo para dejar de hacerlo y cambiar su lugar de residencia? ¿Le gustaría evitar que esto pasara?
- Si vive con hijos, cuidadores,...¿El motivo de vivir acompañado, con cuidador, es su perdida de independencia para realizar las Actividades de la Vida Diaria?

A partir de aquí, la entrevista como tal, finaliza, pudiendo pasar dos cosas:

- a) Si la entrevista se esta realizando en el despacho de terapia ocupacional, se da por finalizada, dando una cita para continuar con la valoración en el domicilio de la persona.
- b) Si la entrevista se esta realizando en el domicilio de la persona y esta no está muy fatigada, se continua, teniendo lugar la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria y si es necesario el de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, a través de la observación directa del desempeño de dichas actividades. Posteriormente, se pasan el resto de test estandarizados y no estandarizados.

ANEXO III:

TEST NO ESTANDARIZADOS: Se adjunta carpeta con los siguientes documentos:

Ficha inicial de terapia ocupacional.

Evaluación de Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Evaluación de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

Evaluación Inicial de Terapia Ocupacional en Demencias.

Evaluación del Hogar de Terapia Ocupacional.

ANEXO IV:

**INFORME DE DERIVACION DE TERAPIA OCUPACIONAL AL
TRABAJADOR SOCIAL**

Don/dña _____
Terapeuta ocupacional del equipo de Servicios Sociales

Emito el siguiente informe de derivación al TRABAJADOR/A SOCIAL, referente al usuario Don/Doña: _____

MOTIVO DE DERIVACION:

SITUACION FUNCIONAL/ OCUPACIONAL:

INTERVENCION DE TERAPIA OCUPACIONAL:

TRATAMIENTO: INDIVIDUAL GRUPAL

ENTRENAMIENTO DE AVDs: SI NO

AYUDAS TÉCNICAS: SI NO ESPECIFICAR: _____

ADAPTACION/ MODIFICACION DEL ENTORNO:

SI NO ESPECIFICAR: _____

ENTRENAMIENTO CONTINUADO AL CUIDADOR: SI NO

FORMACION REGLADA AL CUIDADOR: SI NO

PSICOESTIMULACION: SI NO

PSICOMOTRICIDAD: SI NO

TERAPIA FUNCIONAL: SI NO

OTROS: _____

Fdo: