



Terapia Ocupacional y Personas Mayores. Respondiendo a Nuevos Retos.

Ana Isabel Corregidor Sánchez
(compiladora)

Promueve y Coordina:



Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Editado:



Asociación Profesional Gallega de
Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

TERAPIA OCUPACIONAL Y PERSONAS MAYORES. RESPONDIENDO A NUEVOS RETOS.

Como citar esta monografía en sucesivas ocasiones

Corregidor Sánchez AI, compiladora de Terapia ocupacional y personas mayores. Respondiendo a nuevos retos. [monografía en Internet]. TOG (A Coruña); 2010 [citado fecha mes y año]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/mono3.pdf>

Publicado en www.revistatog.com

ISSN 1885-527X

Abril 2010

TERAPIA OCUPACIONAL Y PERSONAS MAYORES. RESPONDIENDO A NUEVOS RETOS.

Dña. Ana Isabel Corregidor Sánchez

***Diplomada en Terapia Ocupacional. Licenciada en
Antropología Social y Cultural. Profesora Universidad
Castilla la Mancha***

Promueve y Coordina:



**Revista de Terapia Ocupacional
Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com**

Editado:



**Asociación Profesional Gallega de
Terapeutas Ocupacionales
(APGTO)**

Catalogación_

Corregidor Sánchez AI, compiladora. Terapia ocupacional y personas mayores. Respondiendo a nuevos retos. [monografía en Internet]. TOG (A Coruña); 2010 [citado fecha mes y año]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/mono3.pdf>


Páginas 310
Incluye Bibliografías e Índice, portada y contraportada
Versión electrónica, imprimible

ISSN 1885-527X

Título Original:

Terapia ocupacional y personas mayores. Respondiendo a nuevos retos. ©
Occupational Therapy and old people. Answering to new challenges ©

Esta primera edición fue publicada en el mes de Abril de 2010.

<p>REVISTA TOG</p>  <p>www.revistatog.com</p>	<p>CONTACTO CON REVISTA TOG</p> <p>Visite nuestra página www.revistatog.com</p> <p>ESPAÑA Email: miguelrevistatog@yahoo.es revista_tog@yahoo.es</p>
---	--

ISSN 1885-527X

La Terapia Ocupacional es una ciencia en constante cambio. Según avanza las nuevas investigaciones y la experiencia teórica y clínica nuestro conocimiento crece. Los compiladores de la obra y los autores de los capítulos han verificado toda la información con fuentes fidedignas, para asegurarse que sea completa y acorde con los estándares aceptados en el momento de la publicación. Aún así, por posible error en la transcripción o en la recogida de datos, se recomienda al lector confirmarlas con otras fuentes. Los compiladores y autores, han realizado todo el esfuerzo posible para

localizar a los titulares del copyright del material utilizado. Si por error u omisión no se ha citado algún titular, se subsanará en nota que www.revistatog.com editará en su página web una vez localizado.

Gracias por acceder a www.revistatog.com. Este libro es resultado del esfuerzo de sus compiladores y autores, así como del compromiso de la APGTO, Revista TOG y la UDC (en su fase de traducción).

Para usar el material que se ofrece con este libro es necesario la confirmación de Revista TOG por medio del email miquelrevistatog@yahoo.es y la referencia obligada del libro y de Revista TOG.

Revista TOG mantiene todos los derechos sobre este libro, para cualquier utilización de sus contenidos, tiene que haber permiso expreso de Revista TOG (por medio del mail miquelrevistatog@yahoo.es).

La Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales es la editora de Revista TOG. La idea principal de TOG, mas allá de la Asociación Profesional de la que parta, es conseguir unificar criterios científicos y aunar al mayor número posible de profesionales y ciencias afines, que se sientan identificados con la publicación.

Rev. TOG intenta ser un puente entre los profesionales de América Latina y del resto del mundo con los profesionales que residen en España.

Rev. TOG intenta tener un cuerpo estructural y metodológico concreto para poder ofrecer a sus lectores un rigor científico, convirtiéndose así en una más de las fuentes de conocimiento actual.



Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales (APGTO)

Componentes de la Junta directiva de APGTO

Presidenta

Nereida Canosa Domínguez

Vicepresidenta

Raquel Feal González

Secretaria y Tesorera

Cristina Novo Díaz

Vicesecretaria y Tesorera

Minia Pardo Vence

Vocales

Lorena Pier García

Jesús López Otero



**Revista de Terapia Ocupacional Galicia
Revista TOG**

www.revistatog.com

Componentes de Revista TOG

www.revistatog.com

Director de TOG

D. Miguel Ángel Talavera Valverde.

Secretaria

Dña. Marta Blanco Vila.
Dña. Anastasia Fernández Lamas
Dña Iria Fernández Rivera

Comité Redactor

Dña. Nereida Canosa Domínguez.
Dña Uxia Gutiérrez Couto.
Dña Lina Mallón Cabanzo.

Comité Asesor

Dña Ana Calvo Ferrer.
Dña Azucena Blanco Pérez.
Dña Beatriz Casal Acción.

Comité de Difusión de TOG

Dña. Lucia Vilanova Trillo
Dña. Tania Romeu Ces
Dña. Aloia Lema Tilve
Dña. Silvie Christinat Souto.
Dña. Tamara Ferrer Basanta

Comité de Estilo

Dña. Teresa Mejuto Martí.

Comité de Recursos Informáticos

Dña. Laura Nieto
Dña. Sonia Reboredo

Web Master.

D. Eladio Fernández Barrigüete

Equipo de Traducción

Grupo 1

Dña. Cristina Gutiérrez Borge
Dña. Patricia de la Fuente López
Dña. Tania Colias Sebastián
Dña. Mar Crespo Bustos
Dña. Ana Losa Rincón

Equipo de Traducción

Grupo 2

Dña. María Pais Abejón
Dña. Lucía Outeiral Barbazán
Dña. Verónica Varela Domínguez
Dña. Vanesa Suárez
D. Jesús Mosquera Fontes
Dña. M^a Jesús Viña Areosa
Dña. Laura Maciñeiras Regueiro
Dña. Beatriz Abril Candiera

Equipo revisor de bibliografías

Grupo 1

Dña. Yoanna Corral Bergantiños
Dña. Silvia Eiroa Santos
Dña. Tania Muiño Vila
Dña. Miriam Soliño Barros

Equipo revisor de bibliografías

Grupo 2

Dña. Lydia Abad Itoiz
Dña. Eva Alba Miranda
Dña. Shere Couce Loureiro
Dña. Silvia Gerpe López
Dña. Mara José Hermida Magariños
Dña. Alba Mayán Carballa

Comité de Honor Nacional

Dña. Mercedes Abella
Dña. María José Román
Dña. Ana Fons
Dña. Alicia Chapinal

Comité de Honor Internacional

Dña. Suzanne Peloquin.
D. Gary Kielhofner.
Dña. Ann A Wilcok
Dña. Christine Chaparro
Dña. Judy Ranka
Dña. Hanneke Van Bruggen
Dña. M. Carolyn Baum

Comité Científico Nacional

Dña. Adriana Avila Álvarez.
D. Pablo Cantero Garlito.
Dña. Ana Isabel Corregidor Sánchez.
Dña. Nuria García Gonzalo.
Dña. Pilar García Margallo
D. Pedro Moruno Miralles.
Dña. Emilia Navarron Cuevas.
Dña. Cecilia Ruiz Montero.
Dña. Teresa Sánchez Mozo.
D. Salvador Simo Algado.
Dña. Dulce Romero Ayuso.
Dña. Ines Viana Moldes.
Dña. Alba M^a Vázquez Otero
Dña. Lorena Vilaboy Filgueiras
D. Luís María Berrueta Maeztu
D. José Ramón Bellido Mainar
Dña. Ingrid Carrasco Rojo
Dña. María Jesús Laguna Canadilla
Dña. Alba María Mouzo Filgueiras
Dña. Inés Calvo Torres
Dña. Berta Pazos Lorenzo

Comité Científico Internacional

Dña Eva Beatriz Carbone.
Dña. Liliana Paganizzi.
Dña. Claudia Marcela Rozo Reyes.
Dña. Andrea Monzón

Terapia ocupacional y personas mayores. Respondiendo a nuevos retos. ©

Promueve y Coordina:



**Revista de Terapia Ocupacional
Galicia
Revista TOG**
www.revistatog.com

Editado:



**Asociación Profesional Gallega de
Terapeutas Ocupacionales
(APGTO)**

Agradecimientos_

Somos la suma de lo que recibimos y lo que hacemos con lo recibido. No podríamos *hacer* sin haber acogido aquello que en cada momento la vida nos ofrece. Los proyectos humanos, sean de la índole que sean, en definitiva representan la conjunción del propósito personal y las oportunidades que brinda el entorno.

Respecto a las *oportunidades que la realidad nos ofrece*, agradecer a la *Dra. Jiménez Rojas (Hospital Central de Cruz Roja)* tantas horas dedicadas a enseñarnos a todos los que con ella trabajamos, la autenticidad de los valores geriátricos y la importancia del trabajo en equipo. Sin lugar a dudas, mi visión de la geriatría no sería la misma sin sus aportaciones. Mi más sincera gratitud a D. Miguel Ángel Talavera Valverde y a todo el equipo de TOG por abrir sus puertas de par en par a la Terapia Ocupacional Geriátrica Española y por su confianza sin reservas.

Por supuesto, reconocer a todas las autoras y autores de los distintos artículos, su participación en este proyecto. Sin sus contribuciones, tan entusiastas como altruistas, este documento no hubiera sido posible. Especial mención merecen las personas mayores que han compartido, en este o en otros lugares, sus proyectos de vida y el *lugar que la Terapia Ocupacional ocupa en ellos*.

La *ilusión* por coordinar este monográfico difícilmente hubiera podido mantenerse si no contara con mis padres y abuelos, que desde pequeña han sabido transmitirme la dignidad que confiere el trabajo y el esfuerzo sin intermisión. El *tesón* necesario, vino de la mano de *David, el sembrador de estrellas* que consiguió devolverme la luz perdida.

A todos ellos *Gracias*.

Sinopsis_

A lo largo de la trayectoria de esta revista, el tesón de sus colaboradores, ha posibilitado que sus contenidos se conviertan en parte del campo teórico de la profesión. Compartimos espacios con otras publicaciones que en su esfuerzo tienen el mismo objetivo y que poco a poco se va cumpliendo.

La confianza que demuestran los autores con TOG se ven reflejados en los textos de calidad que estos ofrecen para su publicación. En este caso este monográfico es la lucha del tesón de su compiladora, que tras múltiples situaciones personales y profesionales nos obsequia con cerca 300 páginas de conocimiento y de colaboraciones, en un afán de lograr atraer al lector a sus contenidos. El lector se sumergirá en un monográfico cuidado hasta el último detalle, con una apuesta clara de desarrollo en la estructura del mismo y sobre todo una sencillez en la lectura que es la tónica que marca la diferencia de los buenos contenidos con los que Ana Isabel Corregidor quiso dotar este número.

Agradecer todo el esfuerzo realizado a la compiladora de este monográfico para que hoy podamos acceder a unos contenidos atrevidos y actuales, claros y precisos, que ofrecen una visión más clara si cabe de las intervenciones sobre la población aquí referida. Su esfuerzo nos consta que la ha costado, es por ello que sabemos de la ilusión de que hoy este monográfico aparezca.

Agradecer desde TOG el esfuerzo a los autores por su trabajo y tiempo dedicado y alentarles para sucesivas publicaciones en pro de mejorar cada día más la evidencia científica de nuestra disciplina.

Esperemos que os guste.

Gracias Ana.

Entidades Promotoras, Editoras, Patrocinadoras y Colaboradoras_

Identidad Profesional en Terapia Ocupacional. ©

D. Miguel Ángel Talavera Valverde, como Director de Revista TOG, quiere agradecer el esfuerzo que para la consecución del mismo han realizado las Asociaciones Profesionales de Terapia Ocupacional, los Colegios Profesionales de Terapia Ocupacional, las entidades de promoción de la Terapia Ocupacional y las Universidades donde se desarrollan los estudios de Terapia Ocupacional, así como a todos aquellos que han prestado su colaboración y apoyo a este proyecto.

Agradecemos su colaboración a:

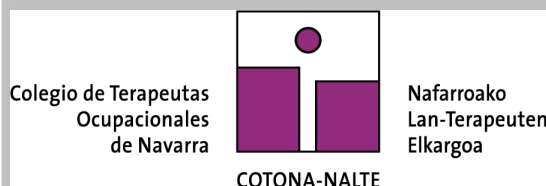
COLEGIOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL



**COLEGIO PROFESIONAL DE TERAPIA
OCUPACIONAL DE ARAGÓN**



**COLEGIO PROFESIONAL DE
TERAPIA OCUPACIONAL DE
EXTREMADURA**



**COLEGIO PROFESIONAL DE TERAPIA
OCUPACIONAL DE NAVARRA**



**COLEGIO PROFESIONAL DE
TERAPIA OCUPACIONAL DE ISLAS
BALEARES**

ASOCIACIONES PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL



**ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE
TERAPIA OCUPACIONAL DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS**



**ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE
TERAPIA OCUPACIONAL DE
CATALUÑA**



**ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE
TERAPIA OCUPACIONAL DE
CASTILLA LA MANCHA**



**ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE
TERAPIA OCUPACIONAL DE
CASTILLA Y LEÓN**

REVISTAS, BLOG y PORTALES TEMATICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

**Revista Asturiana
de Terapia Ocupacional
RATO**



TOG (A Coruña)



EL DIARIO DE AEXTO



UNIVERSIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

UNIVERSIDADE DA CORUÑA



UNIVERSIDAD DE CASTILLA LA
MANCHA
TOLEDO

Terapia ocupacional y personas mayores. Respondiendo a nuevos retos. ©

Promueve y Coordina:



Revista de Terapia Ocupacional
Galicia
Revista TOG
www.revistatoq.com

Editado:



Asociación Profesional Gallega de
Terapeutas Ocupacionales
(APGTO)

Índice_

Agradecimientos	09
Sinopsis	10
Entidades colaboradoras	11
Índice de contenidos:	14
Prologo (Damián Rojas Gómez)	17
Prefacio (Dulce Romero Ayuso)	25
Introducción (Ana Isabel Corregidor Sánchez)	27
Valoración de Terapia Ocupacional en Geriatría: virtud de medir el defecto? (Ana Isabel Corregidor Sánchez)	32
Terapia Ocupacional a contra reloj: unidades geriátricas de agudos (Laura Dominguez Martín y Vicente Lozano Berrio)	51
Las estancias temporales: un recurso asistencial geriátrico al alza (Aranda Moreno González)	68
Terapia Ocupacional en centros de mayores (Vanesa Alcántara Porcuna, Mireia Ruiz García y Pedro Moruno Miralles)	92
Un nuevo reto para la autonomía de las personas mayores: la ley de dependencia (Marta Sánchez López y Mónica Fuertes Yuguero)	122

Terapia Ocupacional Gerontológica en el medio rural: Una ilusión, un proyecto y 3 años de experiencia	139
(Montserrat Huete Valencia, M ^a Isabel Tendero Moraleda, Victoria Pacheco Bellón)	
Terapia Ocupacional en cuidados paliativos: ocupar antes de morir	185
(Ana Isabel Corregidor Sánchez y Reyes Ávila Tato)	
Terapia Ocupacional y conducción en personas mayores	214
(Jorge Duque Pineda y Ana Isabel Corregidor Sánchez)	
Urbanismo y espacio publico para personas mayores: hacia la amabilidad de las formas	232
(David Moreno Ramos y Ana Isabel Corregidor Sánchez)	
Usabilidad, seguridad y accesibilidad: elementos clave para optimizar el entorno de las personas mayores	255
(Ana Isabel Corregidor Sánchez, Begoña Polonio y Marta Hernández Pajares)	
¿Y si nos miramos? ¿que nos devuelve el espejo?: 6 imágenes de la terapia ocupacional geriátrica	291
(Ana Isabel Corregidor Sánchez)	
Notas:	304

Contenidos_

PROMOCIÓN DE RECURSOS EN EL ENTORNO COMUNITARIO

PROMOTION OF COMMUNITY RESOURCES IN THE ENVIRONMENT

DECS: Terapia Ocupacional.
MESH: Occupational Therapy.

D. Damián Rojas Gómez.

Licenciado en Derecho. Diplomado en Trabajo Social y Educación Social. Jefe de Servicio de Atención a la Dependencia. Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Como citar el texto en sucesivas ocasiones:

Rojas Gómez D. Promoción de recursos en el entorno comunitario. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010 [citado fecha]; monog. 3: 17-24 Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/prologo.pdf>

Prologo

La verdad es que cuando Ana Corregidor me llamó para pedirme que prologara una revista tan prestigiosa del ámbito de la terapia ocupacional a nivel nacional, me causó a la vez sorpresa y duda.

Sorpresa, porque no es habitual que se acuerden de un trabajador social para tan importante empresa, como es prologar un monográfico que leerán multitud de profesionales del ámbito social y sanitario tanto de España como del extranjero, especialmente terapeutas ocupacionales.

Pero sobre todo una duda casi existencial: *"¿qué pinta un trabajador social en una revista de terapia ocupacional, y además que me pidan que prologue el monográfico dedicado a la atención en geriatría?"*

La verdad es que en muchas ocasiones me embarco en

RESUMEN

La terapia ocupacional debe jugar un papel fundamental no solo a nivel asistencial y rehabilitador, que ya lo está jugando, puesto que está plenamente incorporada como disciplina en estos equipamientos, sino también a nivel promocional y preventivo, facilitando la adaptación progresiva de las personas mayores a las limitaciones que el proceso de envejecimiento ocasiona, la adaptación de su entorno para hacerlo practicable y accesible y que permita el mantenimiento de las destrezas durante el mayor tiempo posible, el disfrute del ocio en plenas facultades, la oportunidad de participar en la vida comunitaria

SUMMARY

Occupational therapy should play a key role not only in terms of care and rehabilitation, which already is playing, because it is fully incorporated as a discipline in these facilities, but also promotional and preventive level, facilitating the progressive adaptation of older people the limitations that cause aging, adapting their environment to make it practical and accessible and allows the maintenance of skills for as long as possible, the enjoyment of leisure at full power, the opportunity to participate in community life

aventuras sin reflexionar mucho sobre ello, y claro, ante la propuesta sincera de Ana, no podía negarme.

Pero dándole vueltas después de colgar el teléfono y buscando justificaciones que dieran respuesta a tal honor, llegué a la conclusión siguiente, **¿Y por qué no?.**

Efectivamente, desde mis diferentes puestos de mayor o menor responsabilidad dentro de la organización de los Servicios Sociales de Castilla-La Mancha durante los últimos cinco años, no sólo he descubierto una profesión que, junto al trabajo social, considero que es fundamental dentro de lo que en la Ley 39/2006¹, se refiere a la Promoción de la Autonomía Personal, sino que he intentado promocionar la disciplina de la terapia ocupacional dentro de la organización de los servicios sociales comunitarios y especializados, aún a costa de recibir críticas puntuales de colegas de profesión y de responsables organizativos, pero también de apoyos y reconocimientos a este esfuerzo, desde la propia disciplina del trabajo social, y por supuesto, desde la terapia ocupacional.

Pero, **¿en qué momento comienza esta relación entre trabajo social y terapia ocupacional en mi vida profesional?** Todo comenzó en 2003, cuando la providencia de un traslado profesional, me llevó a ocupar una plaza como trabajador social en un Área de servicios sociales comunitarios de la provincia de Toledo, en la cual, los compañeros del equipo: trabajadoras sociales, educadora social y psicólogo, habían llevado a cabo un estudio de la incidencia de las situaciones de dependencia en los usuarios del Servicio de

¹ Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de Dependencia. En el texto aparece con la terminología coloquial: Ley de Dependencia.

Ayuda a Domicilio. Previamente ya se había llevado a cabo un estudio sociológico sobre la situación de las personas con discapacidad que residían en los once municipios del Área, detección de necesidades e inquietudes, la cobertura de recursos de atención, etc.

Los resultados de ambos estudios llevaban a soluciones similares que pasaban por la promoción de recursos en el entorno comunitario: puesta en marcha de Centros de Día para la atención de personas mayores y personas con discapacidad intelectual, mejora de la cobertura de atención del servicio de ayuda a domicilio, mejora de la cualificación laboral de las auxiliares del SAD, formación a las familias en cuanto a cuidados personales a las personas en situación de dependencia, accesibilidad del entorno, asesoramiento en el manejo de ayudas técnicas, etc.

Pero no fue hasta 2005, cuando planteamos por vez primera y de forma seria, la puesta en marcha de un Proyecto de Atención Integral a la Dependencia en el Área 20 Villaminaya², en el cual se trabajara de forma interdisciplinar, itinerante, a domicilio y en grupo, en ámbitos de prevención de las situaciones de dependencia, promoción de la autonomía personal de las personas que ya eran dependientes o presentaban riesgo de serlo a corto plazo, formación a los cuidadores y al resto de profesionales implicados en la atención, asesoramiento en ayudas técnicas y productos de apoyo, rehabilitación física y cognitiva, ocupación del ocio y el tiempo libre de las personas en situación de de dependencia y de sus familias, etc.

Para desarrollar este proyecto, creamos un equipo interdisciplinar en el cual las disciplinas profesionales protagonistas serían: trabajo social, fisioterapia, terapia ocupacional y animación sociocultural.

² En la implementación inicial de este Proyecto, que ahora cumple sus primeros cinco años de vida, jugó un papel fundamental la Asociación Profesional Castellano-Manchega de Terapeutas Ocupacionales (ACAMTO).

No es objeto de un prólogo detallar los pormenores de este proyecto, el cual ya se ha difundido y publicado en revistas científicas tanto del ámbito del trabajo social como de los servicios sociales, pero sí que me parece interesante mencionar los obstáculos que uno se encuentra por el camino por defender la innovación en lo que los servicios sociales denominamos intervención social.

Este proyecto encontró voces críticas en algunos compañeros del ámbito de los servicios sociales, con argumentos como es el hecho de incluir disciplinas profesionales identificadas como del ámbito sanitario, para prestar servicios sociales en el medio comunitario de la persona, alegando que debería ser el sistema sanitario de Castilla-La Mancha el que prestara estos servicios.

Curiosamente, esta misma cuestión no se plantea cuando hablamos de servicios sociales especializados. Los ejemplos claros los tenemos en los Centros Residenciales de atención a las personas mayores, en los cuales, entre sus plantillas se entremezclan médicos, diplomados en enfermería, auxiliares de geriatría, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, trabajadores sociales, animadores, etc, y nadie pone en duda que estos recursos forman parte de la red de servicios sociales especializados. Situación similar la tenemos en los Centros de Día, Centros de Recuperación a Personas con Discapacidad Física, Equipos de Atención Temprana, etc, en los cuales, la disciplina de la terapia ocupacional es clave dentro de los equipos interdisciplinarios en la prestación de unos servicios sociales especializados.

Pero la duda y la crítica surge cuando un grupo de profesionales de un Área pequeña de la provincia de Toledo, detectan una serie de necesidades de atención y cuidados en un sector de población, en muchos casos "invisibles", como son las personas en situación de dependencia, y plantean que la mejor forma de atender a estas personas es en su propio domicilio, a través de un trabajo directo con la persona y con su cuidador principal, mejorando la formación de las auxiliares del servicio de ayuda a domicilio público que les atienden, evitando el internamiento de la persona a nivel institucional, o al

menos retrasándolo, con el consiguiente desarraigo afectivo y a un coste mucho menor que el que supone una plaza residencial.

Los argumentos que los profesionales del Equipo utilizábamos para defender esta iniciativa pasaban por que una de las funciones del trabajo social como disciplina profesional es la de promoción de los recursos, tanto personales como institucionales, el diagnóstico de necesidades y la articulación de las respuestas a las mismas, y sobre todo un argumento defendible en cualquier ámbito de debate: como servicios sociales, no podemos seguir haciendo lo mismo que hacíamos durante los últimos 25 años, sino que los recursos comunitarios deberán adaptarse a las necesidades sociales de la ciudadanía y todo pasa por la innovación, las nuevas estrategias de intervención, incorporación de nuevas disciplinas profesionales, etc.

Y pasado el tiempo y ahora que me toca dirigir el Servicio de Dependencia de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, me vuelvo a hacer una serie de preguntas a mí mismo, pero que también me atrevo a lanzar al lector del presente monográfico para una reposada reflexión: si pretendemos promocionar la autonomía personal y prevenir las situaciones futuras de dependencia de aquellas personas que tienen mayor riesgo de padecerla, *¿no deberíamos comenzar por facilitar los mejores cuidados y atenciones dentro del propio hogar de la persona?, ¿no deberíamos contemplar la puesta en marcha de equipos mixtos de carácter sociosanitario e interdisciplinar que aborden la atención a las personas dependientes en base a un único plan de intervención individualizado?, ¿no deberíamos poner todos los medios posibles para evitar o al menos retrasar lo máximo posible y en las mejores condiciones de atención a la persona, el internamiento en centros residenciales de atención a las personas mayores?*

En estos ámbitos de desempeño de la persona dentro de su entorno habitual, juega un papel fundamental la figura del terapeuta ocupacional, no ya sólo en

la recuperación y rehabilitación de las personas que ha sufrido un accidente traumático o sufren una enfermedad degenerativa, sino en cuanto a la prevención del deterioro cognitivo, físico, intelectual, sensorial, etc, en la formación continua a la persona cuidadora principal, que cobra una dimensión especial de protección en la Ley de Dependencia, en el asesoramiento en la utilización de productos de apoyo y ayudas técnicas; en definitiva, en cuanto a la Promoción de la Autonomía de las Personas.

En el ámbito en el que me muevo profesionalmente como son los Servicios Sociales tenemos una mala praxis, quizás influenciada por la precariedad de recursos profesionales y económicos que tradicionalmente han caracterizado a este pilar básico del Estado de Bienestar, y es intervenir, y muy bien por cierto, en la solución de los problemas y necesidades sociales de las personas sólo cuando ya se han manifestado, pero nos olvidamos de anticiparnos a los mismos.

Somos expertos en poner en marcha recursos para garantizar una atención adecuada y de forma, normalmente eficiente, a menores en situación de riesgo o desamparo, a personas con discapacidad intelectual con pérdida de autonomía, centros de día para atender a personas mayores con un alto grado de dependencia, centros residenciales muy bien equipados, con los mejores profesionales y los mejores medios, pero: ¿y la prevención de la dependencia?, ¿y la promoción de la autonomía de las personas mientras son personas válidas, pero alcanzan ya ciertas edades en las que aumenta el riesgo de ser dependientes?

La terapia ocupacional debe jugar un papel fundamental no solo a nivel asistencial y rehabilitador, que ya lo está jugando, puesto que está plenamente incorporada como disciplina en estos equipamientos, sino también a nivel promocional y preventivo, facilitando la adaptación progresiva de las personas mayores a las limitaciones que el proceso de envejecimiento ocasiona, la adaptación de su entorno para hacerlo practicable y accesible y que permita el

mantenimiento de las destrezas durante el mayor tiempo posible, el disfrute del ocio en plenas facultades, la oportunidad de participar en la vida comunitaria de sus municipios, y de forma muy especial en el medio rural. En definitiva, mejorar la calidad de vida de las personas mayores, y por extensión de las personas en situación de dependencia, objetivo coincidente con todas las políticas sociales del bienestar.

Por otro lado, el devenir sociodemográfico de la población nos lleva a que la sociedad española va a necesitar cada vez mayor presencia de recursos preventivos y de promoción de la autonomía. Las proyecciones estadísticas aventuran que a mediados del siglo, el porcentaje de personas mayores de 60 años se duplicará, llegando al 30 % del total de la población el país. La inversión en prevención a corto plazo será la inversión en ahorro social y sanitario a largo plazo.

El diseño de estrategias de prevención y cuidados a las personas en su propio entorno, facilitando su independencia y su permanencia en su propio hogar, apoyar a las familias en cuanto a formación en cuidados, entrenamiento en habilidades para retrasar los efectos del envejecimiento, orientación en la resolución de los problemas de la persona en situación de dependencia, etc, debe constituir una prioridad política de futuro, para prepararnos ante el "tsunami demográfico" que se nos avecina.

Disciplinas profesionales como la terapia ocupacional, la enfermería de enlace o comunitaria, la fisioterapia, el trabajo social, la educación social, etc, deberán ser capaces de, en el marco de un único plan de intervención individualizado, trabajar codo con codo para lograr este objetivo. Y como me dijo una vez una gran amiga, trabajadora social y apasionada de los viajes, que en el viejo muro de Berlín había una inscripción que decía: ***"Mucha gente pequeña, que vive en lugares pequeños y que hacen cosas pequeñas, pueden cambiar la faz de la Tierra"***.

Desde aquí os animo a todos los terapeutas ocupacionales a que desde vuestro ámbito de trabajo, ocupéis el espacio profesional que os corresponde y que, por ejemplo, en el marco de la Ley de Dependencia han supuesto en Castilla-La Mancha vuestra incorporación a los Equipos de Valoración de la Dependencia. Entre todos los que nos dedicamos a esto de lo "sociosanitario" debemos ser capaces de transmitir a nuestros responsables políticos e institucionales, en cada uno de nuestros ámbitos profesionales, la necesidad de trabajar juntos y de forma coordinada, en ese objetivo común que es mejorar la calidad de vida de las personas, sobre todo de las que más lo necesitan.

Damián Rojas Gómez

AUGE Y DESARROLLO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES.

RISE AND DEVELOPMENT OF OCCUPATIONAL THERAPY IN THE FIELD OF CARE FOR THE ELDERLY

DECS: Terapia Ocupacional.
MESH: Occupational Therapy.

Dña. Dulce María Romero Ayuso

Terapeuta Ocupacional. Licenciada en Psicología. Dra. en Psicología (Neurociencias). Profesora Contratada Doctora. Departamento de Psicología. Subdirectora del Grado y Diplomatura de Terapia Ocupacional. Universidad de Castilla-La Mancha.

Como citar el texto en sucesivas ocasiones:

Romero Ayuso D. Auge y desarrollo de la terapia ocupacional en el ámbito de la atención a las personas mayores. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010 [citado fecha]; monog. 3: 25-26 Disponible en:
<http://www.revistatog.com/mono/num3/prefacio.pdf>

Prefacio

Ya hace más de veinte años que comenzó el auge y desarrollo de la terapia ocupacional en el ámbito de la atención a las personas mayores. Ahora, en el año 2010 me alegra presentarles este monográfico coordinado por Dña. Ana Isabel Corregidor Sánchez, en gran medida autora intelectual del mismo. Sin duda, a lo largo de los nueve artículos se revisan los aspectos más relevantes de la atención a las personas mayores, en las últimas dos etapas del ciclo vital. La profunda reflexión sobre aspectos tan relevantes como el desarrollo humano, nuestra visión del mundo y la calidad de vida en esta etapa impregnan las páginas de estos trabajos. ¿Quiénes somos?, ¿Por qué somos?, y muy especialmente ¿De dónde venimos y a dónde vamos?, serán preguntas que el lector podrá ir revisando. Es de agradecer que alguien nos recuerde que la vida es efímera y que la temporalidad

RESUMEN

A lo largo de los nueve artículos se revisan los aspectos más relevantes de la atención a las personas mayores, en las últimas dos etapas del ciclo vital.

SUMMARY

Along the nine articles are reviewed the most relevant aspects of care for older people in the past two life cycle stages.

(de los acontecimientos subrayan nuestra naturaleza humana.

Quizás sea este encuentro el que produce más temor, huída, ternura, pero a la vez comprensión y sabiduría. No es

fácil. Recuerdo con cariño las palabras de una profesora a la que siempre he admirado, Carmen Torres, que nos decía que el terapeuta ocupacional debe tener siempre *mentalidad terapéutica*, ver toda la potencialidad del ser humano con el que nos encontramos. Para ello, sin duda hay aspectos que se revisan inicialmente, como la "virtud de medir el defecto", que permitirá ir virando progresivamente de la perspectiva centripeta del hombre hasta una visión más constructivista, donde los factores contextuales y del entorno son decisivos en el estudio y comprensión de la diversidad funcional.

Es difícil repensar la íntima y crucial interrelación entre el ser humano, su participación, rendimiento o ejecución, y los contextos y entorno donde se produce. Estamos acostumbrados a considerar como variables independientes las características de la persona. En cambio, al entorno, los contextos y las actividades solemos conceptualizarlas como variables dependientes, en nuestro "experimento" diario. Les propongo un reto: ¿y si cambiamos de punto de partida?, ¿y si incluimos como variable dependiente también al ser humano?, ¿y si dejamos la visión mecanicista y organicista para aquellos casos en los que realmente son útiles?, ¿Y si comenzamos a ver el potencial y riqueza humana, su adaptabilidad?, ¿y si miramos más al fondo que a la superficie?.

Permítanme que les desee que disfruten con este monográfico, que repensemos la práctica diaria, basada en evidencias y sobre todo un feliz viaje.

Dulce María Romero Ayuso

TERAPIA OCUPACIONAL Y PERSONAS MAYORES. RESPONDIENDO A NUEVOS RETOS. INTRODUCCIÓN AL MONOGRÁFICO

OCCUPATIONAL THERAPY AND OLD PEOPLE. ANSWERING TO NEW CHALLENGES. INTRODUCTION TO THE MONOGRAPHIC. SUMMARY

DECS: Terapia Ocupacional.
MESH: Occupational Therapy.

D. Ana Isabel Corregidor Sánchez.

Diplomada en Terapia Ocupacional. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Profesora Universidad Castilla la Mancha

Como citar el texto en sucesivas ocasiones:

Corregidor Sánchez AI. Terapia ocupacional y personas mayores. Respondiendo a nuevos retos. Introducción al monográfico. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010 [citado fecha]; monog. 3: 27-31 Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/introducción.pdf>

Considero que los viejos han recorrido
antes que nosotros
un camino que todos tenemos que
seguir a nuestra vez;
es bueno que les preguntemos sobre la
naturaleza de tal camino,
si es áspero y difícil o fácil y suave.

Sócrates a Céfalo
La República (Platón)¹

Es un hecho tan incuestionable como inadvertido que al finalizar cada una de las líneas que componen este monográfico, el proceso de envejecimiento habrá tenido lugar en cada lector. De hecho, comenzamos a envejecer, quizá ya, cuando empezamos a vivir². Sin embargo, son las pautas socioculturales las que construyen – al menos en la sociedad occidental- un envejecimiento que comienza a partir de los 65 años y que se visibiliza principalmente a nivel ocupacional. El abandono del rol productivo y la oferta de actividades determinadas por el momento social en el que nos encontramos, delinean en gran medida el panorama ocupacional

RESUMEN

Abstraerse de los valores productivos y estéticos predominantes y comprender al anciano como un agente activo, dinámico y capaz de dirigir su proceso de rehabilitación es la clave para hacer del envejecimiento una etapa satisfactoria. El terapeuta ocupacional ha de conocer y valorar como impacta la imagen social del envejecimiento en las elecciones ocupacionales que realizan las personas mayores.

SUMMARY

Abstracted from the productive and dominant aesthetic values and understand the elder as an active, dynamic and capable of directing the process of rehabilitation is key to successful aging stage. The occupational therapist must know and appreciate how it impacts the social image of aging on occupational choices older people make

de las personas mayores, objeto de estudio de la Terapia Ocupacional Geriátrica y Gerontológica. A pesar de que la vejez es profundamente personal, es el resultado de nuestra transacción con el tiempo, está muy influida por condicionantes sociales.

El descubrimiento de un cabello blanco, la aparición de arrugas o la restricción de determinados alimentos por prescripción médica, no suelen ser eventos bienvenidos y habitualmente intentan ser reparados de diferentes formas¹. Tal vez por este motivo y por los valores estéticos reinantes, la industria cosmética sea una de las más poderosas. Pero lejos de nuestro propósito, está analizar los beneficios empresariales derivados de una concepción peyorativa del envejecimiento. Más bien, el interés radica en comprender cual es el contexto sociocultural que rodea a las personas mayores y conocer como impacta en sus elecciones ocupacionales y en su desempeño diario.

El envejecimiento constituye uno de los mayores triunfos sociales. Es el resultado de importantes mejoras en las condiciones de vida. En palabras de Harlem (1999)³, directora de la Organización Mundial de la Salud, *el envejecimiento de la población es, ante todo y sobre todo, una historia del éxito de las políticas de salud pública, así como del desarrollo social y económico*. Sin embargo, en lugar de ser entendido ser entendido como un reto social, el proceso de envejecimiento es interpretado desde algunas esferas, como un gran problema que genera importantes demandas económicas, sociales y sanitarias. Este enfoque problemático al que se suma el esfuerzo social por ocultar los signos de la vejez contribuyen a crear una imagen negativa del

¹ Es habitual, en nuestra sociedad, la practica corporal de teñirse el cabello para ocultar la aparición de canas o aplicarse cremas y lociones corporales para frenar las repercusiones del envejecimiento sobre el sistema tisular.

envejecimiento, que menoscaba el sentimiento de competencia y autoeficacia ocupacional de las personas mayores.

Afortunadamente, las visiones menos optimistas del envejecimiento se ven contrarrestadas por iniciativas mundiales como el marco político que promueve el *Envejecimiento Activo*. Este planteamiento, que sustituyó al término Envejecimiento Saludable a finales de los 90², se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios de Independencia, Participación, Dignidad, Asistencia y Realización de los propios deseos. Sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento «basado en las necesidades» (que contempla a las personas mayores como objetivos pasivos) a otro «basado en los derechos», que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen⁴.

El Envejecimiento Activo fomenta, el derecho de las personas mayores a mantener la independencia y la participación en todas las esferas de la sociedad. La Terapia Ocupacional, especialmente sensible a la promoción de la funcionalidad y el bienestar que ésta reporta, recibe como anillo al dedo la filosofía del Envejecimiento Activo basada en los derechos a ser, a decidir y a ocuparse significativamente. Hacer del envejecimiento una experiencia positiva, aún cuando tiene lugar la pérdida de autonomía personal³, necesita cultivar una *forma de mirar diferente*. Abstraerse de los valores productivos y estéticos predominantes y comprender al anciano como agente activo, dinámico y capaz

² La sustitución del término Saludable por el término Activo, responde a la intención de la Organización Mundial de la Salud, de expresar un mensaje más completo y reconocer que además de la atención sanitaria hay más factores que influyen en la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones.

³ Es importante diferenciar los conceptos autonomía y dependencia. *Autonomía* es la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias. **La independencia** se entiende comúnmente como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, la capacidad de vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda, o ninguna, de los demás

de *dirigir* su proceso de rehabilitación e incorporar nuevos hábitos y actividades que le reporten satisfacción y bienestar.

El presente monográfico, no es, la suma artículos independientes, sino una muestra conjunta del trabajo desarrollado por terapeutas ocupacionales que comparten esa forma diferenciada y especializada de *entender y pensar* al anciano en riesgo o situación de dependencia. Las propuestas vertidas en estas páginas incluyen desde los pilares de la valoración ocupacional geriátrica, hasta el diseño de intervenciones ocupacionales en unidades especiales en las que a pesar de no contemplarse en su normativa la figura del terapeuta ocupacional se ha demostrado su efectividad. Son los casos de las unidades de paliativos, las estancias temporales o las unidades de agudos. Campos de actuación que comienzan a emerger como la valoración de la dependencia en base al baremo establecido por la Ley de Atención a la Dependencia⁵, la conducción de automóviles o la participación en la planificación urbanística son desafíos que también se abordan en este documento. Para finalizar, y como no podía faltar, se ofrece el valioso testimonio de seis personas mayores que han utilizado el servicio de Terapia Ocupacional en distintos recursos asistenciales.

En espera de que las ideas aquí presentadas trasciendan el papel y con *voluntad y pasión* lleguen a la práctica clínica de terapeutas ocupacionales que desarrollen su labor en recursos de atención al anciano, únicamente nos queda despedir esta introducción citando a quien fue premio novel y escribió su último libro a los 82 años (*La vida vista a los 80 años*), poco antes de fallecer.

Las ideas no se muestran fecundas con quien las sugiere o las aplica por primera vez, sino con los tenaces que las sienten con vehemencia... bien puede afirmarse que las conquistas científicas son creaciones de la voluntad y ofrendas de la pasión.

Ramón y Cajal S.⁶

Bibliografía

1. Platón. La República: Diálogos. Madrid: Ediciones Ibéricas;1997.
2. Barash DP. El envejecimiento. Barcelona: Biblioteca Científica Salvat; 1994.
3. Organización Mundial de la Salud. World Health Report, Database. Ginebra; 1999.
4. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento Activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37(S2):74-105.
5. 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 299 (15/12/2006)
6. Ramón y Cajal S. Recuerdos de mi vida. Madrid: Editorial Critica; 2006.

VALORACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRÍA: ¿LA VIRTUD DE MEDIR EL DEFECTO?

OCCUPATIONAL THERAPY VALUATION IN GERIATRICS: THE VIRTUE OF MEASURING THE FAULT?

Palabras Clave: Terapia Ocupacional, Valoración, Actividades de la vida diaria, Escalas de valoración, Valoración Geriátrica Integral

Key Words: Occupational Therapy, Activities of Daily Living, Process Assessment, Outcome Assessment, Geriatric Assessment

DECS: Terapia Ocupacional, Evaluación de Proceso (Atención de Salud), Actividades cotidianas, Evaluación de Resultado (Atención de Salud), Evaluación Geriátrica

MESH: Occupational Therapy, Process Assessment (Health Care), Activities of Daily Living (ADL), Outcome Assessment, Geriatric Assessment

Dña. Ana I Corregidor Sánchez

Diplomada en Terapia Ocupacional. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Profesora Universidad Castilla la Mancha

Como citar el texto en sucesivas ocasiones:

Corregidor Sánchez AI. Valoración de Terapia Ocupacional en geriatría: ¿la virtud de medir el defecto?. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010 [citado fecha]; monog. 3: 32-50 Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/medir.pdf>

Introducción

La heterogeneidad y la complejidad que caracteriza al continuo salud-enfermedad que puede darse en población geriátrica, hacen que la Valoración Ocupacional Geriátrica (VGO) pueda concebirse como ese espacio de *continuo encuentro* entre las consecuciones funcionales del anciano y la avezada mirada del terapeuta ocupacional. *Mirada particular*, que busca hallar tanto en los tiempos de valoración formal¹ como en aquellos *momentos de valoración informal*² los cambios en la ejecución ocupacional y el grado de satisfacción personal del paciente, que pueda deducirse del itinerario del tratamiento. Este *encuentro compartido*, es el espacio apropiado para iniciar la relación terapéutica y recabar datos

¹ Entiéndase la *Valoración Formal*, como los espacios de tiempo dedicados específicamente al examen del desempeño ocupacional en el área ocupacional seleccionada, incluyendo componentes y condicionantes ocupacionales, a través del herramientas o protocolos de valoración.

² El concepto de *Valoración Informal* hace referencia a los momentos no específicos de valoración, como pueden ser las conversaciones espontáneas que surjan con el usuario, familiares o cuidadores, la observación de las respuestas y reacciones de éste ante el tratamiento diario, el análisis de la relación mantenida con el resto de usuarios durante su estancia en el centro, la puntualidad con la que asiste al departamento (puede ser indicativo de motivación o actitud positiva ante el tratamiento), etc.

RESUMEN

La heterogeneidad que caracteriza al colectivo de personas mayores y los procesos de fragilidad y comorbilidad que pueden presentar, hacen necesarios procesos de valoración específicos, que identifiquen, describan y expliquen las repercusiones que estos problemas pueden causar en el desempeño de las actividades de la vida diaria. La Terapia Ocupacional desde su concepción holística del individuo ofrece un marco apropiado para desarrollar valoraciones funcionales globales y centradas en las expectativas y potencialidades del paciente. En el presente artículo se desarrollan las características y las fases que componen la Valoración Ocupacional Geriátrica (VOG), así como su estrecha contribución a la Valoración Geriátrica Integral (VGI). Se revisan además, los criterios para la selección de instrumentos de medida y se examina el grado en el que estos instrumentos reflejan los valores fundamentales de la profesión

SUMMARY

The specific processes of valuation that they identify, they describe and make clear repercussions that these problems can cause in the performance of the activities of daily life are necessary due to the heterogeneity that characterizes to the group of major persons and the processes of fragility and comorbidity that they can present. Occupational therapy offers a appropriate frame to develop global functional valuations and centred on the expectations and potentials of the patient, all this form it holistic conception. Characteristics and phases that compose Occupational Geriatric Valuation and it contribution to the Integral Geriatric Valuation (VGI) are developed in this article. In addition, criterions for selection of measure instruments are checked in this article and it is examined the degree in that these instruments reflect the fundamental values of the profession.

ocupacional en los distintos contextos institucionales y/o comunitarios y la entrevista con el paciente y sus allegados son las principales fuentes de información de las que el terapeuta ocupacional se sirve.

La traducción e interpretación de la información recabada es orientada, siguiendo un proceso de arriba-abajo o de lo general a lo específico según Trombly (1993) para dar respuesta a tres cuestiones fundamentales:

1. Situación del desempeño ocupacional: ejecución en las diferentes áreas ocupacionales.
2. Condicionantes del desempeño y
3. Influencia del contexto.

(cuantitativos y/o cualitativos) sobre los que construir, modificar o dar por finalizadas las posibles líneas de tratamiento.

El propósito de la VOG, es llegar a *comprender* no solo el desempeño actual del anciano, sino también su historia funcional previa y los condicionantes que han conducido a la situación vigente. La revisión de la documentación clínica (historia clínica, informes de ingreso y alta en los distintos niveles asistenciales, informes quirúrgicos si los hubiere, etc.), la observación del desempeño

La *situación del desempeño* ocupacional comprende las actividades de la vida diaria que son fundamentales para la identidad de la persona mayor y que otorgan sentido a su vida. La valoración ha de contemplar tanto la dimensión cuantitativa como la cualitativa del desempeño. La primera hace referencia tanto a aquellas actividades que son realizadas por el sujeto como las que han sido desarrolladas en la etapa previa al deterioro funcional, pudiendo incluir también actividades que nunca han formado parte de la historia ocupacional sujeto, pero que en el momento actual aparecen como significativas por las demandas del contexto (como por ejemplo, el desarrollo de destrezas para la comunicación virtual o la cocina, para un anciano que reside lejos de sus familiares).

La dimensión de calidad del desempeño tiene en cuenta el grado de autonomía y seguridad que presenta la persona mayor en cada una de las actividades anteriormente valoradas, así como los riesgos que puedan derivarse. Por ejemplo, la debilidad en la ejecución de actividades como la movilidad funcional (deambulación, transferencias, escaleras) pueden conducir a caídas y a un empeoramiento funcional.

Por su parte la evaluación de los *condicionantes del desempeño* recoge los componentes ocupacionales que están afectados y causan un desempeño diario ineficaz o insatisfactorio para la persona. Así como, los componentes que promueven un desempeño compensatorio y contribuyen a mantener un determinado nivel de actividad.

La influencia del contexto, en todas sus variantes (físico, cultural, social, personal, espiritual, temporal y virtual.....) (AOTA, 2008) puede fomentar o dificultar la realización de actividades, en mayor medida que otros componentes del desempeño. Este puede ser el caso, de una persona mayor con deterioro funcional causado por un accidente cerebrovascular que reside en un tercer piso sin ascensor y a pesar de haber recuperado el nivel de destreza para realizar actividades en el exterior del hogar, no puede salvar los condicionantes

de su entorno físico para desarrollar las destrezas recuperadas. El análisis transversal de los contextos de ejecución ocupa un papel primordial en la valoración ocupacional geriátrica.

En este sentido y apuntando a contextos culturales, la consideración del grado de conocimientos que posean cuidadores/familiares sobre la discapacidad, así como las actitudes hacia la misma y los métodos de compensación que emplean, viene ocupando un aspecto central en el abordaje que desde la profesión se está desarrollando en pacientes con demencia (Dooley R.N&Hinojosa J. 2004; Graff MJ et al, 2006)

Valoración Ocupacional Geriátrica: desmontando Iceberg

A pesar de ser un encuentro compartido y de su doble direccionalidad (del terapeuta hacia el paciente, pero también del paciente al terapeuta), no es infrecuente pensar el proceso de valoración desde una única perspectiva: la que parte y regresa al terapeuta. Es fácil, por el sesgo profesional³, obviar la vivencia que el paciente anciano pueda tener del proceso de valoración, de esas preguntas que indagan sobre las actividades que ya no desempeña satisfactoriamente, las características de su casa o de la implicación de su familia en el itinerario de su enfermedad.

Concebir la valoración en único sentido dificulta el ajuste entre los recursos profesionales y las expectativas del paciente. Así, mientras el terapeuta tiene el propósito de iniciar la relación terapéutica y comenzar a obtener datos (ya sean cuantitativos o cualitativos) sobre los que construir las posibles líneas de tratamiento, el paciente intenta “describir” por qué este nuevo profesional que entra en escena (de nombre difícilmente pronunciable) se preocupa por “sus cosas diarias”, e intenta vislumbrar a través de sus palabras si llegará a “valerse por si mismo” como lo hacía antes o la *discapacidad* se instalará en sus días.

³ El sesgo profesional hace referencia a creer saber perfectamente lo que el paciente desea o espera

La confluencia entre estos dos mundos, que han sido identificados por Popper y Eccles (1982) como "mundo uno" y "mundo dos" compone el universo global del proceso de valoración. El *mundo uno* es el mundo objetivo, el ámbito de las ciencias naturales, de la *autoridad* otorgada por las investigaciones científicas y el objeto de las valoraciones unidireccionales (las que únicamente contemplan la valoración en una sola dirección, normalmente en la dirección terapeuta-paciente); el *mundo dos*, es el mundo subjetivo de los sentimientos, recuerdos y pensamientos. En este mundo, el estado de salud, la relación enfermedad-dependencia, el miedo o el sufrimiento pueden darse cita. En definitiva, el mundo dos representa la manera en la que el paciente experimenta e interpreta su enfermedad o discapacidad dentro del marco de la experiencia de su vida (Kesselring J,2003).

Doble y Caron (2008) destacan la necesidad de repensar las herramientas de evaluación de Terapia Ocupacional en relación a su capacidad para reflejar las experiencias ocupacionales subjetivas y la idiosincrasia de cada individuo.

Al iniciar el proceso de evaluación, clarificar y cuantificar el nivel de desempeño ocupacional (mundo uno) acapara la atención del terapeuta

ocupacional -y del resto de equipo-. Probablemente esto ocurra porque es lo más visible/attractivo a la mirada del profesional, que desde su etapa de formación ha sido aleccionado para identificar aquellas estructuras cuyo funcionamiento no responde a la norma establecida, en nuestro caso, estas estructuras serian aquellas actividades que no pueden realizarse de una forma satisfactoria.

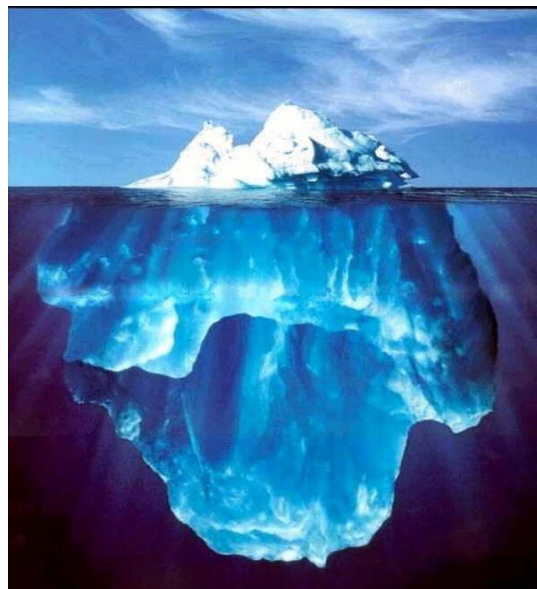


Ilustración 1. Iceberg que muestra los condicionantes ocupacionales que se hayan sumergidos

Es la *virtud (construida y avalada sobre el conocimiento científico) de medir el "defecto"*⁴.

Rescatando la metáfora del iceberg (ilustración 1) utilizada por Pérez del Molino (1994) en la descripción de la valoración geriátrica y a aplicándola a la valoración ocupacional geriátrica, en la cumbre se situara " el defecto"⁴, es decir, las actividades que el anciano no puede realizar satisfactoriamente y aquellas en las que necesita ayuda de una tercera persona.

Los condicionantes de este desempeño, permanecen más ocultos y requieren de mayor tiempo para sacarlos a la luz. La alteración de los componentes ocupacionales, la relevancia que el sujeto otorgue a cada actividad, la motivación, las expectativas ante el tratamiento (mundo dos), el sentimiento que provoca la dependencia o el miedo ante a institucionalización o la ineficacia del tratamiento, permanecen en niveles más inferiores del iceberg, y solo una valoración profunda y de doble direccionalidad, podrá hacerlos emerger.

De igual forma, entender y mensurar la influencia del entorno sobre el desempeño incluye aspectos que se encuentran adosados al fondo del iceberg, como pueden ser, los intereses personales de cada una de las personas que forman parte del la vida del sujeto, el devenir de las relaciones familiares y su posición ante el envejecimiento, y relación de ayuda.

La valoración ocupacional geriátrica ha de erigirse como el proceso comprensivo en el que además de identificar y cuantificar cada área ocupacional, se consideran las motivaciones, los sentimientos y las expectativas derivadas del tratamiento ocupacional ofrecido.

⁴ Cabe especificar, que la utilización del término "defecto" se realiza de forma alegórica, buscando impacto literario y no como presentación del tradicional modelo biologicista-organicista desde el que ha sido abordada la discapacidad.

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL Y VALORACIÓN OCUPACIONAL GERIÁTRICA

En 1940 Marjorie Warren introdujo lo que hoy en geriatría se considera un pilar básico en la atención a la persona mayor: la valoración geriátrica integral. De la misma manera que Pinnel a finales del s. XVIII (Foucault, 2005) cambiara la visión del enfermo mental, Warren confió en las posibilidades de rehabilitación de las personas mayores y comenzó a valorar en el anciano dependiente no solo la esfera clínica o física, sino también la esfera cognitiva y la funcionalidad en términos de movilidad y deambulación, de ahí el apellido "integral"⁵. En nuestro país, la valoración geriátrica adquirió el nombre de *Valoración Cuádruple Dinámica* por contemplar aspectos físicos, cognitivos, sociales y funcionales (González Montalvo; Alarcón Alarcon , 2008). La Escala del Hospital Central de Cruz Roja (Guillén Llera,1986) en Madrid, fue el primer instrumento de medida que se diseñó en España. Posteriormente se comenzaron a utilizar instrumentos de ámbito internacional como el Índice de Barthel (Mahoney F&Barthel D,1965) o el Índice de Katz (Katz et al, 1963)

La reveladora concepción de un proceso de evaluación global (o integral) y su materialización en escalas de medida funcional ha contribuido a mejorar la atención al anciano, a través de la detección y cuantificación de los problemas de funcionamiento en las actividades cotidianas. La proliferación y divulgación de estos test a partir de la década de los 70 y en la actualidad, ha impulsado su utilización por los profesionales de la Terapia Ocupacional Geriátrica.

La VOG se integra en la valoración geriátrica integral aportando información pormenorizada sobre el desempeño ocupacional del anciano en cada una de las áreas ocupacionales. La detección de limitaciones y potencialidades en los componentes ocupaciones y su traducción a la vida diaria, convierten la

⁵ En el ámbito geriátrico se atribuye al concepto Integral el conjunto de condiciones físicas, funcionales, psicológicas sociales y ambientales que presente el paciente anciano (Pérez del Molino et al, 2007).

valoración ocupacional en un aspecto central en momentos tan decisivos como el alta hospitalaria o el traslado a otro recurso asistencial más apropiado.

Desde el ámbito médico-geriátrico, las escalas tradicionales de valoración funcional, están siendo sustituidas por las denominadas herramientas de segunda y tercera generación (González Montalvo, 2008), protocolos de evaluación funcional que amplían el radio de evaluación hacia otras actividades no contempladas por las escalas tradicionales. Cabe destacar la adaptación del *Late Life Function and Disability Instrument Function Component* (Jette A et al, 2002) propuesta por Abizanda (2006) como herramienta válida para la medición funcional de ancianos hospitalizados (Tabla 1) o la herramienta FIM (Functional Independence Measure, (Wright, J. 2000), compuesta por 13 ítems que evalúan actividades básicas (tareas de autocuidado, deambulación y subir y bajar escaleras) y 5 ítems de actividades instrumentales.

La última actualización de la valoración integral llegó en 2005 de la mano de protocolos de evaluación en red, diseñados por diferentes grupos de expertos de más veinte países. El sistema InterRAI está formado por una red de colaboración de investigadores multidisciplinares que tiene como propósito mejorar la atención sanitaria de las personas ancianas, frágiles o discapacitadas basada en la evidencia científica. La toma de decisiones se realiza a través de sistemas de registros de valoración que son el resultado de un riguroso proceso de investigación, para establecer siempre la mejor fiabilidad y validez de los ítems, de las escalas de medición de resultados, de los protocolos de valoración, de los algoritmos de *Case Mix* y de los indicadores de calidad.

Estos protocolos o sistemas de valoración tienen como objetivo ayudar al evaluador a interpretar sistemáticamente la información registrada en el instrumento. Existen diferentes protocolos en función del nivel asistencial en el que se ubique el paciente. Los protocolos están formados por distintos ítems que son intercambiables y que han sido validados en grupos focales.

	MMSS		MMII Básica		MMII Avanzada
30		30	Lavar platos	30	Caminar varias manzanas
35	Sostener vaso lleno	35	Quitar, poner un abrigo Caminar por casa	35	Caminar 1,5 Km
40		40	Levantar silla	40	Levantarse del suelo 1 tramo de escaleras fuera de casa
45	Poner/quitar pantalones Usar utensilios	45	Entrar/salir del coche Hacer cama Alcanzar alto de pie	45	3 tramos de escalera en casa Cargar mientras sube escaleras
50	Tocarse la espalda Verter una jarra	50	1 tramo escaleras en casa Inclinarse	50	Correr para coger el autobús Caminar deprisa 1 k
55	Retirar envoltorios	55	Freno arriba y abajo Abrir puertas pesadas	55	Caminar superficie resbaladiza Excursión varios KM
60		60	Subir taburete	60	
			Subir y bajar autobús Levantarse de un sofá blando bajo		
70		70		70	Correr 1 km
75	Desenroscar tapa	75		75	

Tabla 1. Adaptación de la escala Late Life Function and Disability Instrument (Abizanda, 2006)

En la tabla 2 se recogen los 20 dominios que forman parte del protocolo de evaluación referente al anciano que reside en su hogar y que es descrito por el sistema de la siguiente forma: *ancianos frágiles con discapacidad que pueden o no recibir atención de salud o servicios oficiales de apoyo*. La traslación que la terapeuta ocupacional lleva a cabo desde las puntuaciones

de una escala de valoración a la vida diaria del paciente resulta muy valiosa para estimar el grado de funcionalidad real que se está alcanzando con el tratamiento. Por ejemplo, es muy distinto valorar que un paciente puede caminar 20 metros en línea recta durante la consulta del médico geriatra, a valorar si este mismo paciente puede avanzar estos mismos 20 metros en un restaurante lleno de gente hasta llegar a la mesa que se le ha asignado. La aplicabilidad de los resultados de las escalas de puntuación a la cotidianidad de la persona es el principal valor que la VOG aporta a la valoración geriátrica.

De la herencia geriátrica a la valoración ocupacional geriátrica.

Las personas mayores llegan al departamento de Terapia Ocupacional con una historia, un presente vital y proyectos futuros. En este sentido la evaluación ha de ser un proceso cooperativo que gire alrededor del conocimiento de las personas como seres ocupacionales que dan sentido a sus vidas a través de sus ocupaciones. La identificación de sus problemas, sus demandas y sus necesidades es la información que guiará la intervención.

En gran parte de departamentos de Terapia Ocupacional de residencias, centros de día y unidades hospitalarias geriátricas, la evaluación ocupacional recoge los datos del Índice de Barthel (Mahoney F&Barthel D,1965), Índice de Katz (Katz et al, 1963) y Medida de la capacidad funcional(Wright, J. 2000) para evaluar las actividades básicas de la vida diaria, siendo el Índice de Lawton y Brody (Lawton&Brody 1969)el test más utilizado para determinar el grado de autonomía en las actividades instrumentales de la vida diaria y el Test de Tinetti (Tinetti ME, 1986) para evaluar el equilibrio y la deambulaci3n. Forster (2009) en una revisi3n de 49 ensayos clínicos aleatorizados sobre el proceso de

rehabilitaci3n en personas mayores, identific3 el Índice de Barthel y la Medida de Independencia Funcional (Functional Independence Measure: FIM)como las medidas de resultado mas utilizadas por los distintos autores.

Las puntuaciones obtenidas en estos test facilitan el lenguaje com3n entre los miembros del equipo y el establecimiento de criterios y objetivos en relaci3n al tratamiento rehabilitador global. Sin embargo, muchos son los terapeutas que coinciden en destacar que estas herramientas no recogen todas las áreas ocupacionales ni tampoco todas las actividades que componen cada área. Áreas ocupacionales como el ocio, la participaci3n social o la educaci3n no son contempladas por las escalas de uso tradicional en geriatría. Aunque la utilizaci3n de las escalas generales permite la comparaci3n entre los distintos estados funcionales del paciente durante su recorrido vital, limita las

1.	Informaci3n de identificaci3n
2.	Admisi3n y Inicial Historia
3.	Cognici3n
4.	Comunicaci3n y Visi3n
5.	Estado de ánimo y el comportamiento
6.	El bienestar psicosocial
7.	Estado Funcional
8.	Continencia
9.	Diagn3stico de enfermedades
10.	Condici3n de Salud
11.	Oral y estado nutricional
12.	Condici3n de la piel
13.	Medicamentos
14.	Tratamiento y los procedimientos
15.	Responsabilidad
16.	Social apoya
17.	Evaluaci3n Ambiental
18.	Aprobaci3n de la gesti3n y la posible condici3n general
19.	Aprobaci3n de la gesti3n
20.	Evaluaci3n de la Informaci3n

Tabla 2. Dominios InterRAY para la valoraci3n del anciano que reside en su Domicilio [www.interrai.org]

contribuciones que la disciplina puede aportar a la valoración geriátrica con la utilización de herramientas más específicas.

Actividades que componen el Área Ocupacional de Actividades Instrumentales (AOTA 2008)	Actividades que valora el Índice de Lawton y Brody (1969)
Cuidado de otros	Capacidad para usar el teléfono
Ir de compras	Ir de compras
Procedimientos de Seguridad y respuestas de Emergencia	Preparación de la comida
Preparación de comidas y limpieza	Cuidar la casa
Crear y mantener un hogar	Lavar la ropa
Cuidado de la salud y manutención	Medio de transporte
Manejo de temas financieros	Responsabilidad sobre la medicación
Movilidad en la comunidad	Capacidad de utilizar el teléfono
Uso de sistemas de comunicación	
Criar a los niños	
Cuidado de mascotas	

Tabla 3. Comparativa de las actividades que componen el área ocupacional de actividades instrumentales (AOTA, 2008) y las actividades instrumentales valoradas por el Índice de Lawton&Brody.

A modo de ejemplo, la comparación recogida en la tabla 3 entre las actividades recogidas por el Índice de Lawton (Lawton&Brody 1969) y las que componen el área ocupacional de actividades instrumentales propuesto por el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA, 2008), pone de manifiesto la insuficiencia de este índice para hacer frente a las exigencias de la valoración ocupacional geriátrica, ya que actividades instrumentales tan importante como el cuidado de otros o los procedimientos de seguridad y

respuestas de emergencia, quedarían sin valorar.

La realidad ocupacional de cada persona no es tan sencilla como para poder ser “atrapada” en una puntuación. Calibrar o cuantificar la disfunción ocupacional sobre la función, o la dependencia frente a la independencia no solo no representa los valores, las creencias y los principios de la profesión, sino que se contrapone a la filosofía promovida por la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF, 2001), prima que la interacción dinámica entre la salud y los factores contextuales. La valoración comprensiva del desempeño ocupacional trasciende la puntuación sobre el papel, y no puede verse reducida a puntuar en una o varias escalas.

El terapeuta ocupacional no solo necesita saber si el paciente realiza una actividad con o sin ayuda, sino que necesita conocer la interacción entre los

factores: persona, actividad y entorno para alcanzar la comprensión holística de la situación funcional. Chiou y Burnett (1985) demostraron la diferencia de valor otorgado a las diferentes actividades de la vida diaria por parte de los pacientes y por parte de los terapeutas. La perspectiva centrada en el paciente puede minimizar estas diferencias

Una puntuación es de utilidad relativa en el curso de la intervención ocupacional, pero el desarrollo de un plan de intervención significativo, se construye sobre la comprensión de la situación particular de cada paciente y es esta comprensión debe partir de los componentes ocupacionales que le han conducido a ella y de la influencia del contexto.

Los motivos por los que la actividad no se realiza según los estándares de ejecución previos que tenía el sujeto, es otro punto central de la evaluación conjuntamente con el poder del contexto sobre la funcionalidad de la persona mayor. La selección de instrumentos de evaluación es uno de los pasos más importantes dentro de proceso de valoración. Sin embargo, la VOG no se agota en este paso, sino que como a continuación veremos, consta de 9 pasos estructurados y continuos.

PROCESO DE LA VALORACIÓN OCUPACIONAL GERIATRICA

Las fases de las que consta la evaluación ocupacional han sido enumeradas por diferentes autores, en la Tabla 4 se recogen distintas propuestas. Law y Baum (2005) describen seis fases desde la identificación de problemas de desempeño hasta la interpretación de resultados, mientras que Polonio (2003) reconoce 8 fases, iniciando el proceso en la obtención de la historia clínica hasta las reevaluaciones periódicas para de la intervención y Conh&Boyt&Neistadt (2005) identifican 9 fases (figura 2). En este artículo se desarrollará esta última propuesta por ser la más amplia de las aquí citadas:

Autor	Fases de la Valoración Ocupacional	1. Revisar la información preliminar disponible.
Law y Baum (2005)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación de los problemas en el rendimiento por parte del persona 2. Identificación del desempeño ocupacional para otras personas 3. Evaluación de las áreas de desempeño ocupacional 4. Evaluación de las condiciones ambientales y componentes ocupacionales 5. Selección de escalas de medida 6. Llevar a cabo la evaluación 7. Interpretar los resultados de las mediciones 	<p>Esta fase incluye la revisión del informe de derivación al servicio de Terapia Ocupacional por parte del médico especialista (geriatra, rehabilitador, neurólogo, etc.), la revisión de los registros de anteriores terapeutas u otros profesionales y el estudio de la historia clínica.</p>
Polonio B (2003)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obtención de datos de la Historia Clínica, informes... 2. Selección del Marco teórico adecuado 3. Selección de las valoraciones basándose en el diagnóstico médico, el pronóstico y la habilidad del paciente para cooperar 4. Implementación del plan de valoración de forma interactiva con el paciente 5. Definición de los problemas y posibles causas 6. Definición de los objetivos de tratamiento 7. Evaluar la efectividad del plan de valoración y fiabilidad 8. Reevaluaciones periódicas para determinar la efectividad de la intervención 	<p>La información obtenida proporciona datos preliminares sobre la historia diagnóstica del paciente y los problemas potenciales en el desempeño ocupacional que pueden presentarse. Pero, los diagnósticos no informan del modo en el que el paciente experimentó sus problemas y como afectó a su actividad cotidiana. Por lo que permanecer receptivo al conocimiento de la particularidad de cada persona es el objetivo de la siguiente fase.</p>
Conh&Boyt&Neistadt (2005)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar información preliminar disponible 2. Entrevista con el paciente 3. síntesis información entrevista 4. Observación del desempeño ocupacional e identificación de factores condicionantes 5. Seleccionar Medidas de forma sistemática los factores que afecten a las habilidades de desempeño ocupacional 6. Interpretar los datos de la evaluación 7. Desarrollar y perfeccionar hipótesis 8. Analizar con el paciente los hallazgos de la evaluación. 9. Fijar objetivos en colaboración con el paciente 	

Tabla 4. Fases de la Valoración de Terapia Ocupacional, según diferentes autores

2. Entrevista con el paciente

Las entrevistas son estrategias planificadas para hacer participar al paciente/familiares en un diálogo. En el caso de la VOG la contextualización del terapeuta ocupacional y de su rol en relación a la recuperación del desempeño de las actividades de la vida diaria, es el punto de partida de la primera

entrevista. Proporcionar información sobre Terapia Ocupacional y de cómo puede contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida facilita que el paciente y familiares/cuidadores puedan expresar sus problemas de desempeño diario y realiza demandas acordes a las posibilidades de intervención ocupacional.

3. Sintetizar la información de la entrevista

Después de la información compartida en el periodo de entrevistas, se han de identificar entre el terapeuta y el paciente las ocupaciones más significativas para proceder a la evaluación exhaustiva de éstas. Esta síntesis exige del terapeuta que preste especial atención a los intereses de la persona y de su entorno. Herramientas de evaluación como la Medida canadiense del desempeño ocupacional (Canadian Occupational Performance Measure [COMP], Chan C&Lee T,2006) o el AMPS (*Assessment of Motor and Process Skills*, Fisher A, 2003) facilitan esta actitud centrada en el paciente y no en la perspectiva del profesional.

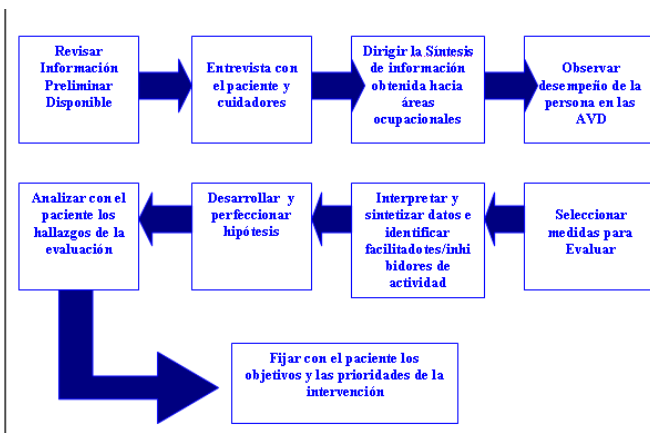


Figura 2. Proceso de Valoración de Terapia Ocupacional (modificado de Conh&Boyt&Neistadt, 2005)

Observación del desempeño ocupacional e identificación de factores condicionantes.

Al comenzar la evaluación del desempeño de las actividades importantes para la persona, el terapeuta ocupacional inicia la formulación de hipótesis sobre los factores que están

influyendo en la ejecución ocupacional. Estas hipótesis nacen de la interacción entre la persona y las demandas de la actividad en los diferentes contextos (hospitalario, comunitario y/o residencial). La interacción puede ser positiva cuando la persona presenta habilidades suficientes para finalizar la tarea o puede ser una interacción negativa cuando la persona no puede resolver las demandas de la tarea y es preciso intervenir para la finalización de la misma.

En cualquiera de los dos supuestos, el refuerzo positivo hacia la ejecución del paciente ha de estar presente.

5. Seleccionar Medidas de forma sistemática los factores que afecten a las habilidades de desempeño ocupacional.

La selección de medidas de evaluación para determinar el grado de afectación de áreas y componentes ocupacionales debe responder a los criterios de validez, sensibilidad y especificidad. En el siguiente epígrafe se desarrollará este punto con más detenimiento, dada su importancia en el proceso evaluador.

6. Interpretar los datos de la evaluación

La interpretación de los datos obtenidos tiene como objeto identificar que factores facilitan el desempeño ocupacional (por ejemplo, la motivación personal de un anciano con un ACV y el apoyo constante de su familia) y que factores obstaculizan la realización de actividades (la dificultad en la comunicación o la disposición inapropiada del entorno) .

Esta fase es una de las más complicadas de todo el proceso. En ocasiones pueden identificarse factores con los que el paciente esté de acuerdo y al intervenir sobre ellos el desempeño no varíe, iniciando de nuevo el proceso.

7. Desarrollar y perfeccionar hipótesis

Las hipótesis del terapeuta marcan el ritmo y la dirección de la intervención ocupacional. Es necesario controlarlas y revisarlas con agilidad para que el tratamiento sea eficaz. Por ejemplo, en el caso del anciano anterior, la imposibilidad de ponerse y quitarse la camisa podría generar la hipótesis de que el problema se encuentra en la amplitud articular y el tono muscular, esto conduciría al terapeuta a evaluar detenidamente estos aspectos. Cuando se comprobase que no existe alteración suficiente para causar este déficit en el desempeño el terapeuta, de nuevo, se buscaría otra hipótesis.

8. Analizar con el paciente los hallazgos de la evaluación

Compartir con el paciente la información que deriva del proceso de evaluación y las consecuencias que tiene en la vida diaria contribuyen a crear un clima de confianza en la que basar la relación terapéutica. Al mismo tiempo, facilita la toma de decisiones por parte del paciente en el momento de decidir las prioridades y objetivos de la intervención ocupacional.

9. Fijar objetivos en colaboración con el paciente

Aunque la evaluación acompaña a todo el proceso terapéutico y puede continuar después del alta del paciente, el ciclo se da por completado cuando se conoce el desempeño ocupacional actual del paciente. Este es el momento de plantear conjuntamente con el paciente y su familiares/cuidadores los objetivos y actividades de intervención factibles.

Seleccionar instrumentos objetivos de medida desde la atención centrada en el cliente

Normalmente el uso de de herramientas estandarizadas para la medición de actividades de la vida diaria responde a tres propósitos. El primero de ellos es definir el problema concreto de desempeño en una o más actividades. En segundo lugar establecer un pronóstico de la situación funcional y por último, la obtención de puntuaciones pueden servir medidas comparativas que indican el grado de efectividad de la intervención programada.

Seleccionar el instrumento que más sensible sea a la situación funcional del paciente y al contexto institucional o domiciliario en el que se halle no es una tarea fácil. Durante los últimos 40 años se han desarrollado escalas para la medición de la ejecución en las distintas actividades básicas e instrumentales. Gromak y Waskel denuncian un exceso de medidas de funcionalidad no validadas y en este sentido McDowell (1987) afirma que pocos autores tienen una sólida base sobre la que desarrollar su medida. La mayoría de escalas se han construido con la selección de elementos de otros instrumentos,

desarrollándose posteriormente las pruebas de fiabilidad y validez. Pero, según este autor, pocas escalas son las que se han construido considerando la perspectiva del paciente sobre las actividades de la vida diaria.

Un examen metodológico de la construcción del instrumento y del proceso de validación es el primer punto a revisar en la selección de las herramientas más apropiadas para valorar el desempeño ocupacional del anciano. Con este objetivo, Law y Letts (1989) proponen un examen compuesto de seis preguntas, que se exponen en la tabla 5, que pretende analizar los criterios de elaboración y aplicación para instrumentos que miden el desempeño en el autocuidado:

1. **¿Cuál es la finalidad de la escala?** Los instrumentos de medida están diseñados para cuantificar la información con uno de estos tres propósitos: descripción, predicción o evaluación. Las escalas *descriptivas* proporcionan una imagen del estado funcional del sujeto en un momento concreto y permite comparar con el estatus de otros pacientes. Un instrumento *predictivo* establece los criterios de evolución en el

Criterio de selección	de	Descripción
Finalidad de la escala		Descriptiva Predictiva De Evaluación
Utilidad clínica		Claridad en la instrucciones Coste Tiempo de aplicación Grado de aceptabilidad
Construcción Metodológica		Selección de Ítems Importancia de cada ítems
Validación		Procedimientos de administración Calificación Interpretación de resultados
Fiabilidad		Resultados al administrarse a la misma persona
Validez		Validez de contenido Validez de constructo

Tabla 5. Criterios de selección de instrumentos de medida (modificado de Law&Letts, 1989)

tiempo en función de la situación actual. Mientras que los instrumentos de *evaluación* permiten valorar la diferencia o el cambio funcional entre dos momentos distintos del tratamiento. Law y Letts (1989) destacan el Índice de Barthel y el Índice de Katz como instrumentos de propósito evaluador, que permiten establecer la severidad de la discapacidad en el autocuidado. A si

mismo, subrayan el valor predictivo de la escala de Klein Bell (Klein RM, Bell B, 1982) en relación a los pacientes que al alta será derivados a su domicilio o a una institución.

2. **Utilidad clínica.** La utilidad clínica abarca los siguientes parámetros: claridad en las instrucciones, coste, tiempo empleado en su administración y grado de aceptabilidad/tolerancia para los pacientes y familiares. Las instrucciones y el sistema de puntuaciones que acompañan a la escala deben estar especificados de forma clara y concisa. El tiempo de administración debe ser considerado por dos motivos, el tiempo disponible del profesional y la posible fatiga del paciente. Se consideran que la administración de la escala no debe superar los 60 minutos de

3. **Construcción metodológica.** Este criterio hace referencia a la selección de ítems, la importancia otorgada a cada ítem y el tipo de medida. La selección de los ítems que componen la escala dependerá fundamentalmente del propósito de la escala. Por ejemplo, una herramienta descriptiva debe incluir todos los aspectos de autocuidado, mientras que una escala de evaluación sólo debe aquellos aspectos que sean más sensibles al cambio. Los ítems pueden ser seleccionados en base a la opinión de expertos en evaluación de ABVD o sobre los resultados de datos estadísticos de cada ítem en relación a su capacidad para discriminar, predecir o evaluar la funcionalidad de ABVD. Ejemplos de selección de ítem adecuados sobre la base de la evaluación de expertos es el Índice de Barthel o la Escala de Actividades Diarias de Donalson (1973). El índice de Actividades de la Vida Diaria (Katz, 1963) es la única escala en la que la selección de ítems se ha confeccionado partiendo de actividades estadísticamente significativas.

La importancia concedida a cada ítem, hace referencia a la puntuación asignada a cada actividad en relación al total de la escala. Por ejemplo, en el

Índice de Barthel la ponderación de las actividades de transferencias y deambulación (puntuadas con 15 puntos frente a otras actividades como la alimentación, el vestido la continencia urinaria que puntúan 10) se realizó en función de juicios clínicos. De la misma forma, ha sido realizado el Índice de Katz (Katz S, 1963) o la escala Klein-Bell (Klein RM, Bell B, 1982) .

El tipo de medida puede responder a cuatro niveles: nominal, ordinal, de intervalo o de razón. La mayoría de instrumentos de valoración de ABVD utilizan o escalas ordinales como la Valoración de auto cuidados de Kenny (Schoening H et al, 2965), con rangos de 0 a 4, donde 0 de dependiente y 4 es independiente. El tipo de medida utilizada tendrá implicaciones en la interpretación de los resultados de puntuación. Por ejemplo, en el caso de una escala ordinal, no puede asumirse que existe una distancia igual, en términos de función, entre las puntuaciones de 1 y 2 y las puntuaciones de 3 y 4. Dos ancianos podrían conseguir la misma puntuación en la escala, pero tienen diferentes patrones de ADL discapacidad

4. **Validación.** Este criterio, se refiere a si la escala esta respaldada por un trabajo de los autores que además de diseñar la prueba hayan comprobado su efectividad. Este trabajo suele publicarse en un manual en el que además se describen los procedimientos de administración, la calificación y la interpretación de los resultados. Las únicas escalas de actividades básicas, que han publicado estos manuales son la escala Klein-Bell (Klein RB, Bell B, 1982), el formulario de actividades de la vida diaria de Donaldson (Donaldson S et al, 1973), el Índice de Automantenimiento Físico (Lawton y Brody, 1969) y el LORS-II (Level of Rehabilitation Scale Carey R. Posavac, E 1982).
5. **¿Fiabilidad?** la fiabilidad se relaciona con el hecho de que el instrumento de medición produzca los mismos resultados cada vez que sea administrado a la misma persona y en las mismas circunstancias, con independencia de quien lo administre (George&Mallery, 1995). Las medidas que han demostrado una fiabilidad adecuada son el índice de Barthel (Granger et

al., 1979) y la escala de actividades de la vida diaria de Klein-Bell (Klein Bell 1988).

6. **Validez.** La validez es el grado en que una prueba mide lo que se pretende medir. La mayoría de escalas de valoración de ABVD superan con éxito la validez de contenido. En relación a la validez de constructo el Índice de Barthel y el Índice de Katz, han demostrado medir los cambios en el desempeño de ABVD, secundario a intervenciones controladas.

En la tabla 6 se muestran los resultados obtenidos por Law y Letss (1989) al aplicar estos criterios de análisis a un total de 13 escalas del autocuidado. De este estudio puede deducirse que los instrumentos con el mejor potencial para medir los cambios en la funcionalidad de las actividades básicas de la vida diaria son el índice de Barthel, la valoración de autocuidados Kenny-la Escala de Actividades de la vida diaria Klein-Bell.

Un paso más: buscando instrumentos de valoración que reflejen los principios de la profesión

La aseveración de Gillette (1991) sobre la necesidad de reflejar los conceptos básicos de una profesión también en las pruebas y herramientas de valoración utilizadas, confirma la importancia de seleccionar instrumentos de medidas acordes a los principios de la profesión. Confiando el desempeño ocupacional de la persona mayor a escalas que hayan demostrado ser fiables cumplimos criterios de validez y fiabilidad. Sin embargo, la fidelidad a los principios de la profesión no está garantizada con estos instrumentos, que aunque sin lugar a dudas han contribuido a mejorar y estandarizar la valoración funcional del anciano, no responden a todos los valores sobre los que se ha construido la Terapia Ocupacional. Ante esta nueva exigencia, la de encontrar escalas de evaluación que reflejen en sus ítems la esencia de la Terapia Ocupacional, cabe preguntarse en primer lugar ¿cual es esta esencia⁶? ¿Que distingue a la terapia

⁶ Se utiliza aquí el concepto Esencia en términos platónicos: la Esencia es aquello que hace que una cosa sea lo que es a pesar de los cambios de estado o apariencia. En el caso de la Terapia Ocupacional, su esencia son los principios que han guiado la profesión desde su fundación en 1917 hasta la actualidad

	Propósito	Utilidad Clínica Tiempo Adm. Forma Adm	Selección Items Tipo de medida Nivel de medida	Estandari- zación	Fiabilidad	Validez Contenido Validez Constructo
Escala Valoración AVD (Dinnerstein et al, 1965)	Descriptiva De Evaluación	Excelente 1-2 horas Observación	Buena Ordinal NA	Pobre	Pobre	Buena Pobre
Test de AVD (Lawton, 1980)	Descriptiva	Excelente 1 hora Observación	Buena Ordinal NA	Buena	Pobre	Buena Pobre
Indice de Barthel (Mahoney&Barthel, 1965)	Descriptiva Predictiva De Evaluación	Excelente 1 hora Observación	Excelente Ordinal NA	Excelente	Excelente	Excelente Excelente
BUSTOP (Burke stroke time- oriented profile) (Feigenson et al, 1979)	Descriptiva De Evaluación	Buena 2-3 horas Observación	Excelente Ordinal NA	Pobre	Pobre	Buena Pobre
Formulario de Evaluación AVD (Donaldson, 1973)	Descriptiva De Evaluación	Excelente 1-2 horas Observación	Excelente NA Ordinal	Buena	Pobre	Pobre Pobre
Indice de Katz (Katz S. et al, 1963)	Descriptiva Preditiva	Excelente 1-2 horas Observación	Buena Excelente Ordinal	Pobre	Buena	Buena Excelente
Evaluación Autocuidado Kenny(Schoening et al, 1965)	Descriptiva Predictiva De Evaluación	Excelente 1-2 horas Observación	Excelente NA Ordinal	Excelente	Pobre	Buena Excelente
Escala de AVD Klein Bell (Klein RM, Bell B, 1982)	Descriptiva Predictiva De Evaluación	Excelente 1-2 horas Observación	Excelente Excelente Ordinal	Buena	Buena	Excelente Buena
Escala del Nivel de Rehabilitación (LORS)	Descriptiva De Evaluación	Excelente 10-15 minutos Entrevista	Excelente NA Ordinal	Excelente	Excelente	Excelente Excelente
Escala de auto-mantenimiento físico(Lawton&Brody, 1969)	Descriptiva De Evaluación	Excelente 15 minutos Informe Calificac	Buena NA Ordinal	Excelente	Excelente	Buena Buena
Perfil PULSES (Physical condition +Upper limb functions+Coger limb functions+Sensory components + Excretory functions + S (mental and emotional satus) Granger C. et al, 1979.	Descriptiva De Evaluación	Excelente 15-20 minutos Informe Calificac	Buena NA Ordinal	Pobre	Excelente	Excelente Buena
Examen Simulado de AVD	Descriptiva	Excelente 30 minutos Informe Calificac	Pobre NA Ratio	Buena	Pobre	Pobre Pobre
Medida del tiempo de cuidado (Halstead L , Hartley RB , 1975)	Descriptiva	Buena 24 horas Completar en 1 día	Buena NA Ratio	Pobre	Pobre	Buena Pobre

Tabla 6. Análisis Escalas de Valoración ABVD en base a los criterios de Law y Letts (1989)

Ocupacional de otras profesiones? Y en definitiva, ¿cuáles son los principios de la Terapia Ocupacional? Klein et al (2008) desarrollaron un estudio con

terapeutas ocupacionales que trabajaban en la rehabilitación de pacientes adultos y mayores para conseguir identificar los principios esenciales de la Terapia Ocupacional y su grado de representatividad en las diferentes escalas de evaluación.

Diecisiete fueron los principios básicos de Terapia Ocupacional que inicialmente se identificaron por este grupo de expertos. De éstos, se seleccionaron por orden de importancia un conjunto de cinco principios, como criterios de evaluación que deberían contemplarse en las escalas de evaluación utilizadas por terapeutas ocupacionales: holismo, perspectiva centrada en el cliente, interacción dinámica persona-tarea-entorno, considerar la singularidad de la persona como sujeto único y contemplar también la singularidad de su entorno.

Estos criterios sirvieron de base para formular un total de 24 preguntas que tenían por objeto examinar en que grado las 18 escalas de medida que se incluyeron en el estudio reflejaban los principios esenciales de la Terapia Ocupacional.

Como resultado se obtuvo que de las 18 escalas sometidas a examen, únicamente 5 presentaron un alto ajuste con los valores, creencias y principios de la Terapia Ocupacional, en la tabla 7 y en el gráfico 1 se muestran las preguntas de examen y las puntuaciones obtenidas por las distintas escalas examinadas. El *Perfil de AVD* (ADL profile, Dutil et al, 1990), el *AMPS* (Fisher, 2003), la *Medida del Rendimiento del Funcional* (Functional Performance Measure FPM, Carswell et al, 1995), la *Valoración de las AVD de Rivermead* (Lincoln NB, Edmans JA, 1990) el *Índice de Actividades de la vida diaria Edmans* (Edmans A. Webster], 1997) y la *Valoración de Auto cuidado de Melville-Nelson* (Self Care Assessment SCA, Nelson DL, et al, 2002) son las herramientas que mejor reflejan en sus ítems los principios de Terapia Ocupacional.

Principios de Terapia Ocupacional	Cuestiones para comprobar si la escala/instrumento/herramienta de valoración refleja los principios de T.O
Práctica centrada en el paciente/cliente	<p>La escala/instrumento/herramienta de valoración:</p> <p>¿Identifica los valores del paciente?</p> <p>¿Identifica las tareas que son importantes para el paciente y su definición de éxito al desempeñar las mismas?</p> <p>¿Permite al cliente utilizar métodos alternativos/procesos para llevar a cabo la tarea y hacer frente a las expectativas de su rol, valores culturales, restricciones del tiempo, etc.?</p> <p>¿Refleja un enfoque de colaboración?</p> <p>¿Permite que el cliente pueda dar prioridad a lo que desea lograr?</p> <p>¿Tiene solo una puntuación total o también puntúa los componentes valorados por el cliente?</p>
Interacción Dinámica persona-entorno-tarea	<p>La escala/instrumento/herramienta de valoración:</p> <p>¿Reconoce la interacción entre persona-entorno-tarea?</p> <p>¿Reconoce si la tarea se ha completado con éxito o ha sido necesario modificarla? Por ejemplo utilizar un calzamedias para finalizar la actividad del vestido</p> <p>¿Identifica el entorno físico en el que el cliente tendrá que utilizar sus capacidades y el nivel de determinación para finalizar la tarea con éxito? Por ejemplo, accesibilidad del baño, elementos distractores ...</p> <p>¿Identifica el apoyo social, incluido el apoyo institucional y el apoyo de los cuidadores?</p> <p>¿Identifica como la cultura afecta la forma en la que se completa la tarea?</p>
Singularidad del individuo	<p>La escala/instrumento/herramienta de valoración:</p> <p>¿Reconoce la motivación del paciente para aprender nuevas formas de ser independiente?</p> <p>¿Reconoce la capacidad del cliente para resolver problemas o le ofrece soluciones para alcanzar la independencia en las tareas de las actividades de la vida diaria?</p> <p>¿Reconoce la intención del paciente de completar la tarea?</p> <p>¿Reconoce las fortalezas, los cambios y la capacidad para priorizar tareas?</p> <p>¿Reconoce/evalúa el conocimiento implícito que tiene el paciente sobre las demandas de la tarea?</p> <p>¿Permite la observación cualitativa?</p> <p>¿Permite la observación cuantitativa?</p> <p>¿Identifica las expectativas que el paciente tiene sobre sus roles y sobre los roles de los demás? (por ejemplo como aceptará obtener ayuda de otro miembro de la familia?)</p>
Singularidad del entorno	<p>La escala/instrumento/herramienta de valoración:</p> <p>¿Permite al cliente utilizar métodos alternativos en base a las restricciones del tiempo, los valores culturales o las expectativas del rol?</p> <p>¿Reconoce el éxito al finalizar la tarea aunque ésta haya sido modificada?</p>
Holismo	Incluye todas la preguntas anteriores

Tabla 7.

El *Perfil de de Actividades de la Vida Diaria* (Dutil et al, 1990) desarrollado para evaluar pacientes con lesiones cerebrales (Bottari C, et al 2008) es la única herramienta de las examinadas que incorpora tareas de iniciación en la valoración. El AMPS por su parte tras el examen, resultó cumplir plenamente el criterio de herramienta “centrada en el paciente”, ya que es el propio paciente quien decide que actividades serán evaluadas. Sin embargo, a pesar de sus altas puntuaciones, cabe mencionar dos aspectos detectados en este estudio, el primero de ellos hace referencia al alto coste de la

formación necesaria para utilizar esta escala y en segundo lugar, se cuestionó el nivel de aceptación por parte de otros profesionales en equipos interdisciplinarios.

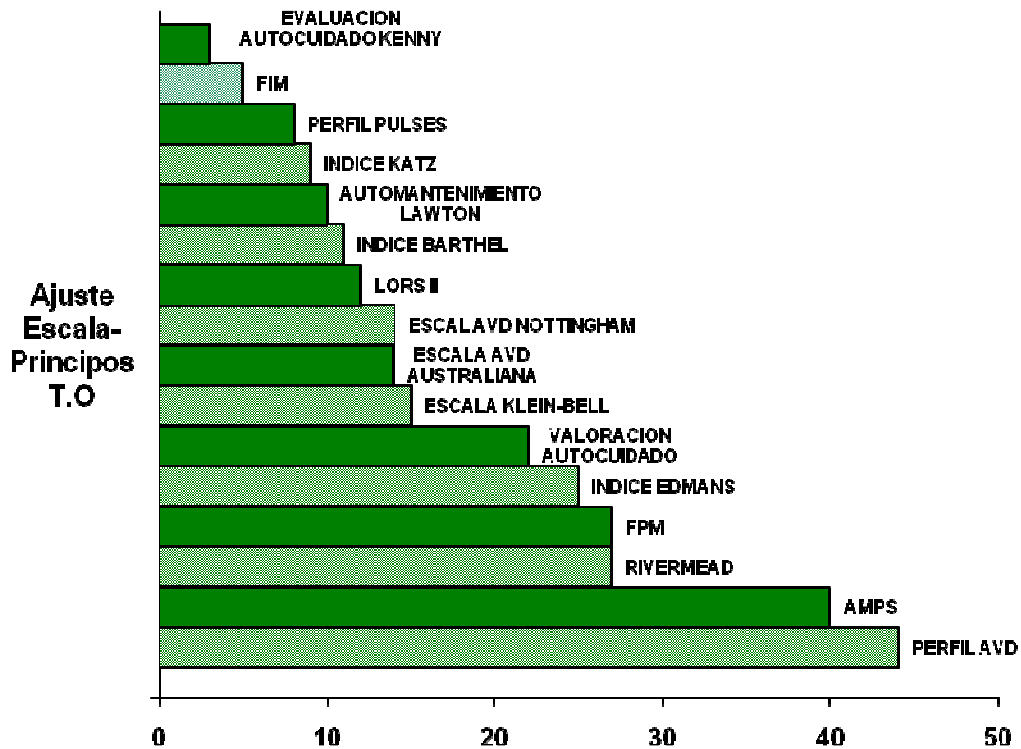


Gráfico Nº1 Puntuaciones de ajuste de los instrumentos de valoración con los valores de Terapia Ocupacional, en un rango de 0-50. Adaptado de Klein et al, 2008

La *medida de rendimiento funcional* alcanza puntuaciones altas en la mayoría de los criterios pero no es una herramienta centrada en el paciente. Aunque habida cuenta de que ha sido diseñada para evaluar a pacientes con enfermedad de Alzheimer, este déficit puede entenderse si hablamos de pacientes a los que la enfermedad les impida decidir que actividades consideran prioritario/necesario evaluar.

La *Escala de Actividades de la vida diaria de Rivermead* se utiliza fundamentalmente en lesiones cerebrales y accidentes cerebrovasculares y ha sido reconocida por la facilidad de uso y la inclusión de una sección de comentarios cualitativos. Sin embargo, carece de la perspectiva centrada en el paciente y de la sensibilidad hacia la interacción dinámica entre el paciente, la tarea y el entorno.

El *Índice de Actividades de la Vida Diaria de Edmans*, se gestó tomando como referencia las alteraciones en el desempeño que pudieran presentar pacientes que hubieran sufrido un accidente cerebrovascular con el objeto de valorar el potencial para vivir de forma independiente en el hogar. Consta de un procedimiento establecido para las tareas estandarizadas y de un registro individual del rendimiento de paciente, aunque no se aborda la interacción con el entorno.

Finalmente, la *Valoración de las Destrezas Motoras y de Procesamiento* (Assessment of Motor and Process Skills: AMPS) obtuvo la mejor puntuación por ser la única medida que cumplía plenamente los criterios identificados. Esta herramienta de evaluación consta de un total de 85⁷ actividades de la vida diaria estandarizadas, Valora 16 destrezas motoras y 20 de procesamiento, en un rango de 1 a 4 (déficit, inefectivo, cuestionable y competente). Una de las características que distinguen este instrumento de evaluación frente a otros, es que el paciente puede seleccionar las tareas en las que prefiere ser evaluado y la forma en la que desea completarlas (Fisher, 1992). Además, la relación entre entorno físico, los objetos utilizados para realizar la tarea y el desempeño de la persona son concebidos como dinámicos y influyendo en la puntuación final. El programa AMPS emite tres tipos de informes (informe narrativo, informe gráfico, informe de evolución de progreso) y un resumen de la ejecución de habilidades (éste último no disponible en español aún).

Dos fueron los inconvenientes encontrados a esta herramienta de valoración, por este estudio y que también han sido reflejados por Donnelly (2002). El primero de ellos es el elevado coste del curso de formación en la escala y en segundo lugar, el nivel de aceptación por parte de otros profesionales de equipo. La alta especificidad en los componentes motores y de

⁷ Además de estas 85 actividades estandarizadas, hay tres actividades de la cultura española en proceso de calibración: hacer una tortilla de patatas con ingredientes adicionales, hacer un bocadillo de carne y/o queso con vegetal y hacer un gazpacho. (Fisher A, 2006)

procesamiento, puede dificultar la comprensión de los resultados a aquellos profesionales que no estén familiarizados con la herramienta AMPS.

Trasladando los resultados obtenidos por Klein et al (2008) a la valoración ocupacional geriátrica, la necesidad de incluir los principios de la profesión, no solo en las intervenciones rehabilitadoras, sino también en los métodos de evaluación es indiscutible. Utilizar herramientas propias de la profesión impulsa la transmisión de los valores de la disciplina y fortalece su esencia. Valoraciones como el AMPS o la valoración Rivermead, centradas en el paciente, ayudan a detectar verdaderamente las necesidades de cada paciente y a plantear objetivos de tratamiento reales y acordes a sus expectativas de éste.

El principal inconveniente en la utilización de herramientas de evaluación específicas de Terapia Ocupacional es el desconocimiento por parte de los profesionales del equipo, tanto de la estructura como del significado de las puntuaciones/resultados obtenidos. Considerando que la valoración del Terapeuta Ocupacional se integra en la valoración geriátrica integral y que utilizar un lenguaje común se ha descrito como un elemento cardinal para el funcionamiento del equipo (Gutiérrez Bezón C. et al, 2007), la utilización de las denominadas escalas tradicionales de valoración (Índice de Barthel, Índice de Katz, etc.) también se hace ineludible.

No se trata pues, de sustituir unas herramientas por otras, sino de seleccionar aquellos instrumentos cuya combinación permita mantener el lenguaje común compartido con el equipo, al mismo tiempo que profundizar en la valoración de los componentes y contextos de desempeño ocupacional del anciano. Las escalas tradicionales no están reñidas con los instrumentos de valoración ocupacional, de hecho ambos grupos se han gestado partiendo de un mismo valor: la funcionalidad de la persona y tienen un objetivo común: captar la

funcionalidad del paciente respecto a una serie de actividades de la vida diaria concretas.

Así pues, un protocolo de valoración ocupacional que combinase aquellas escalas tradicionales que mas se ajustasen a las características del paciente con instrumentos propios de Terapia Ocupacional ayudaría al terapeuta a mantener la comunicación con el equipo y a mantener los valores y la especificidad de la Terapia Ocupacional frente al despeño ocupacional del paciente.

CONCLUSIÓN

La Valoración Ocupacional Geriátrica es un proceso holístico, de doble direccionalidad, sensible a los cambios en el desempeño ocupacional. El proceso de valoración de Terapia Ocupacional contiene la descripción y la cuantificación del rendimiento del anciano en la realización de las actividades de la vida diaria, al mismo tiempo que debe recoger sus expectativas y vivencias. La relación dinámica persona-entorno y actividad es el punto central de este proceso.

La selección de instrumentos de medida debe realizarse en función a parámetros de validez clínica pero también a criterios relacionados con los valores de la profesión (holismo, práctica centrada en el cliente, singularidad del individuo y singularidad del entorno). La combinación de escalas tradicionales como el Índice de Barthel con herramientas propias de la profesión complementa y enriquece la valoración ocupacional geriátrica.

BIBLIOGRAFIA

1. Abinzanda Soler P, Romero Rizos L. Innovación en valoración funcional. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006; 41: 27-35.
2. Bottari C, Dassa C, Rainville C, Dutil E. The criterion-related validity of the IADL. Profile with measures of executive functions, indices of trauma severity and sociodemographic characteristics. Brain Injury. 2009; 23 (4): 322-35.
3. Carey RG, Posavac EJ. Rehabilitation program evaluation. Using a revised level of rehabilitation scale (LORS-II). Arch Phys Med Rehabil. 1982; 63: 367-70.
4. Chan C, Lee T. Validity of the Canadian Occupational performance measure. Occup ther int. 2006; 4 (3): 231-49.
5. OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001.
6. Cohn E, Boyt B, Neistadt M. Consideraciones generales acerca de la evaluación. En: Crepeau EB, Cohn S, Boyt B. Terapia Ocupacional. Madrid: Panamericana; 2005. 279-84.
7. Doble S, Caron J. Occupational well-being: Rethinking occupational therapy outcomes. Can J Occup Ther. 2008; 75 (3): 184-90.
8. Donaldson S, Wagner C, Gresham GE. A unified ADL evaluation form. Arch Phys Med Rehabil. 1973; 54: 175-79.
9. Donnelly C, Carswell C. Individualized outcome measures: a review of the literature. Can J Occup Ther. 2002; 69 (2): 84-94.
10. Donnelly C, Carswell C. Individualized outcome measures: a review of the literature. Can J Occup Ther [internet] 2002; 69(2): 84-94.
11. Dooley RN, Hinojosa J. Improving quality of life for person with Alzheimer's disease living and the family caregivers: brief occupational therapy intervention. Am J Occup Ther [internet] 2004; 58:561-569.
12. Edmans JA, Webster J. The Edmans ADL index: Validity and reliability. Disabi & Rehabil [internet]. 1997; 19(11):465-476.
13. Fisher AG. Assessment of Motor and Process Skill. Development, Standardization and Administration Manual.
14. Fischer AG. Assessment of Motor and Process Skills. In: Development, Standardization and Administration Manual. 5 ed. Three Star Pres, Colorado USA; 1992. 9.10.
15. Fisher AG. Evaluación de Habilidades Motoras y de procesamiento. Manual de usuario. 6ª ed. 2006. Three Star Press, Inc. Fort Collins, Colorado. USA.
16. Fisher A. Assessment of Motor and Process Skills. Development, Standardization, and Administration Manual. 5ª ed. Colorado: Three Star Press Inc; 2003.
17. Foucault M. El poder psiquiátrico : curso del Collage de France. Madrid: Ediciones Akal; 2005. 35-36
18. Forster A, Lambley R, Hardy J, Young J, Smith J, Green J, Burn E. Rehabilitation for older people in long-term care. Cochrane Database Syst Rev [internet]. 2009 January; 21 (1). <http://www.cochrane.org/reviews>
19. González Montalvo JI, Alarcón Alarcón MT. Calidad de los instrumentos de valoración funcional en geriatría: del invento de la rueda a la era electrónica. Revista española de geriatría y

- gerontología [internet] 2008; 43(5): 265-267.
20. Gillette NP. Research directions for occupational therapy. *Am J Occup Ther* [internet] 1991 Jun; 45 (6): 563-565.
21. Guitiérrez Bezón C, Jimenez Rojas C, Corregidor Sánchez AI. El equipo interdisciplinar: Tratado de Geriatría para residentes. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología [internet] 2007.
22. Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: Measurement by pulse profile and Bathel Index. *Arch Phys Med Rehabil* [internet] 1979; 60: 145-154.
23. Halstead L, Hartley RB. Time care profile: an evaluation of a new method of assessing ADL dependence. *Arch Phys Med Rehabil* [internet] 1975 Mar; 7(4):1-12.
24. Hasselkus B, Murray B. Everyday occupation, well-being and identity: The experience of caregivers in families with dementia. *Am J Occup Ther* [internet] 2007; 61(1):9-20.
25. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. *J Am Med Assoc* [internet] 1963; 12: 914-919.
26. Jette A, Haley S, Coster W, Kooyoomjian J, Levenson S, Heeren T, Ashba J. Late life function and Disability Instrument. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [internet] 2002; 57: 209-216.
27. George D, Mallery P. A simple guide and reference. Belmont CA,USA: Wadsworth Publishing Company; 1995.
28. Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Rikkert MG. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomized controlled trial. *BMJ* [internet] 2006; 333(7580): 1196-1199.
29. Guillén Llera F. Unidades Geriátricas de Hospitalización. En: Salgado A, Guillén Llera F, Díaz de la Peña J. *Tratado de Geriatría y Asistencia Geriátrica*. Barcelona: Salvat S.A.; 1986. 59-67.
30. Gromak P, Wakel S. Functional Assessment in the Elderly: A literatura Review. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*. 1989, 7(4):1-
31. Kesselring J. Prólogo en Davis P. *Pasos a seguir*. Madrid: médica Panamericana; 2003.
32. Klein RM, Bell B. Self-care skills: behavioral measurement with Klein-Bell ADL scale. *Arch Phys Med Rehab*. 1982;63(7): 335-38.
33. Law M, Letts L. A critical review of scales of activities of daily living. *Am J Occup Ther*. 1989; 43(8): 522-8.
34. Lawton M.P, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Geront*. 1969; 9(3): 179-86.
35. Lincoln NB, Edmans JA. A Re-validation of the Rivermead ADL Scale for Elderly Patients with Stroke Age. *Ageing*. 1990; 19: 19-24.
36. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* . 1965; 14: 56-61.
37. McDowell I, Newell C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: John Wiley and Sons; 1987.
38. Law MC, Baurm CM, Dunn W. *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy*. Boston: Slack; 2005.
39. Nelson DL, Melville L, Wilkerson J, Magness R, Grech J, Rosenberg J. Interrater reliability, concurrent validity, responsiveness, and predictive validity of the Melville-Nelson self-care assessment. *Am J Occup Ther*. 2002; 56 (1): 51-59.

40. The American Occupational Therapy Association. OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE FRAMEWORK: Domain and Process. Am J Occup Ther. 2008; 62(6):625-683.
41. Pérez del Molino J, Sanz-Aranguez MJ, Moya López MJ. Valoración Geriátrica: conceptos generales. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino J, Petidier Torregrosa R. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2º ed. Madrid: Elsevier Masson; 2007. p. 207-225.
42. Pérez del Molino Martín J, Moya López M. Síndromes y Cuidados del paciente geriátrico. En: Guillen Llera F, Pérez del Molino J. Valoración Geriátrica: 12. Barcelona: Masson; 1994. p: 50.
43. Polonio López B. La valoración en Terapia Ocupacional. En: Polonio B, Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Panamericana; 2003. p. 195-210.
44. Popper K, Eccles JC. El yo y su cerebro. Barcelona: Labor; 1980.
45. Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia ocupacional: Teoría y técnicas. Barcelona: Masson-Elsevier; 2003.
46. Salter K, Jutai JW, Teasell R, Foley, NC, Bitensky J, Bayley M. Cuestiones para la selección de medidas de resultado en la rehabilitación del movimiento: CIF. Discap Rehabil. 2005; 27 (6): 315-40.
47. Schoening H, Anderegg L, Bergstrom D, Fonda M, Steinke N, Ulrich P. Numerical scoring of self-care status of patients. Arch Phys Med Rehab. 1965; 46(10): 689-697.
48. Sidney Katz MD, Amasa B, Ford MD, Roland W, Moskowitz MD, Beverly A, Jackson BS, Marjorie W, Jaffe MA. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function . JAMA. 1963; 185(12): 914-19.
49. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1986; 34: 119-26.
50. Trombly C. Anticipating the future: assessment of occupational function Am J Occup Ther. 1993; 47(3): 253-7.
51. Warren M. Care of chronic sabled sick. The Lancet. 1946. (2): 841- 43.
52. Wright J. The Functional Assessment Measure. COMBI [Internet]. 2000. Disponible en: <http://www.tbims.org/combi/FAM>

TERAPIA OCUPACIONAL A CONTRA RELOJ: UNIDADES GERIÁTRICAS DE AGUDOS

OCCUPATIONAL THERAPY A RICE AGAINST TIME: ACUTE GERIATRIC UNITS

Palabras clave: Terapia ocupacional, Unidad Geriátrica de Agudos (UGA), Geriátrica recuperación funcional, Escala Berna, Terapia Ocupacional basada en la Integración funcional.

KEY WORDS: Occupational Therapy; Rehabilitation; Geriatrics; Acute Care

DECS Terapia ocupacional, Servicios de Salud para Ancianos, Geriátrica, recuperación funcional.

MESH Occupational Therapy; Health Services for the Aged, Geriatrics, Rehabilitation.

Dña. Laura Domínguez Martín.

Terapeutas Ocupacionales. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Hospital Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro. Sección Geriátrica.

D. Vicente Lozano Berrio.

Terapeutas Ocupacionales. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Hospital Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro. Sección Geriátrica.

Como citar el texto en sucesivas ocasiones:

Domínguez Martín L, Lozano Berrio V. Terapia Ocupacional a contra reloj: unidades geriátricas de agudos. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010 [citado fecha]; monog. 3: 51-67 Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/agudos.pdf>

Introducción

En la actualidad, 7 millones de personas en España son mayores de 65 años, lo que supone aproximadamente el 16,6% de la población. De esta cifra, unos 2 millones corresponden a mayores de 80 años. Esta edad es uno de los criterios de ingreso más frecuente en una unidad de agudos de geriatría. Por Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) se entiende el nivel asistencial que, dentro de un servicio de geriatría, presta atención especializada, en régimen de hospitalización, a ancianos que cumplen criterios de paciente geriátrico con enfermedades agudas o reagudizaciones de enfermedades crónicas (Guillen Llera, 2002).

La UGA es un recurso asistencial dentro del Hospital con una característica que la diferencia del resto de Unidades de Hospitalización: la necesidad de adaptación del Hospital a la persona y no al contrario. Si en

RESUMEN

Uno de los principales problemas que presenta el paciente geriátrico cuando ingresa en una Unidad de Hospitalización Aguda es la pérdida de funcionalidad, originada por el propio motivo de ingreso o por un periodo de inmovilidad durante la estancia hospitalaria. Debido a la necesidad de tratar este problema, la Sección de Geriátrica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) incluyó como parte fundamental del equipo interdisciplinar la figura del terapeuta ocupacional, con el fin de conseguir la mayor recuperación funcional posible de los pacientes durante el ingreso. Es imprescindible para poder desarrollar nuestra labor profesional, conocer las características propias de este recurso asistencial, así como, cumplir una serie de requisitos que permitan adaptar el tratamiento funcional a las particularidades de este tipo de pacientes. La metodología de trabajo en la Unidad de Hospitalización Aguda de Geriátrica (UGA) ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Inicialmente la atención se centró en el patrón del déficit, y en la actualidad, el eje de la intervención es la integración funcional, consiguiendo de esta forma intervenciones más eficaces y eficientes, con la finalidad de lograr la máxima independencia funcional durante el ingreso hospitalario.

SUMMARY

One of the main problems of geriatric patient when admit in an Acute Hospitalization Unit is the loss of functionality caused by the reason of admission or for a period of immobility during the hospital stay. Because of the need to treat this problem, Section of Geriatrics of the University Hospital of Albacete (CHUA) included as an essential part of the interdisciplinary team the figure of occupational therapist in order to achieve the greatest possible functional recovery of patients during the income. It is essential for to develop our professional work, to know the characteristics of this assistance resource, as well as, keep certain requirements that permit to adapt the functional treatment of such patients. The methodology of work in the Acute Hospitalization Unit Geriatric (UGA) has progressed over time. Initially, the attention was focused on the pattern of deficit and, and now, the focus of intervention is the functional integration, achieving efficient and effective interventions, in order to get maximum functional independence during hospitalization.

España existen aproximadamente 900 camas de UGA, quiere decir que los mayores están siendo atendidos en otras unidades no especializadas en sus cuidados. Hay que reconocer que, por la organización hospitalaria existente hoy en día, es difícil conseguir esto, pero es uno de los objetivos a incluir en cualquier unidad de hospitalización aguda de geriatría.

El Hospital proporciona el diagnóstico y el tratamiento médico y quirúrgico para los pacientes con un problema agudo temporal y para los que empeoran de su enfermedad crónica. En los últimos años, los periodos de ingreso hospitalario han disminuido

considerablemente debido a los avances en medicina, a la rapidez diagnóstica y a la importancia de retornar a los pacientes a su medio habitual. Esta hospitalización tan breve ha tenido fuertes implicaciones en el tratamiento ocupacional de pacientes agudos, siendo necesarios:

- Nuevos métodos de valoración rápidos y con un registro completo de información
- Técnicas de tratamiento más eficaces y eficientes.
- Establecimiento de objetivos muy específicos y de rápida consecución.
- Desarrollo, por parte del terapeuta ocupacional, de aptitudes para resolver situaciones extremas.

El principal objetivo de cualquier estancia hospitalaria es la de mejorar la patología de ingreso. Sin embargo, en el paciente geriátrico no es únicamente importante mejorar la patología que causó el ingreso, también es vital atender simultáneamente el estado funcional del paciente. Durante el ingreso se pueden ocasionar importantes pérdidas funcionales que dificulten su regreso al entorno habitual. De ahí, la necesidad de comenzar el tratamiento ocupacional precoz en estos pacientes. La pérdida de función puede estar provocada por el propio motivo de ingreso (ictus, fractura de cadera, evolución de la demencia, etc.) y/o por la propia estancia hospitalaria (días de ingreso con inactividad funcional).

El Complejo Hospitalario Universitario de Albacete lo constituyen el Hospital General Universitario y el Hospital Universitario Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Es en este último donde se ubica la Sección de Geriátrica, con los siguientes recursos: Unidad de Hospitalización de Agudos (UGA) con 30 camas, Unidad de Rehabilitación Funcional (URF) con 6 camas, Consultas externas y Hospital de Día. Es en la UGA y en la URF donde interviene la terapia ocupacional desde el año 2004.

CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRIA

El perfil de los pacientes atendidos en una unidad de agudos suele estar relacionado con la presencia de patología crónica invalidante y con la edad. Suelen presentar las características que se nombran a continuación:

- Personas mayores de 80 años, aunque la edad puede ser inferior si la persona presenta algún tipo de demencia y/o deterioro funcional.
- Patología crónica invalidante.
- Pluripatología y polifarmacia
- Presencia de problemas cognitivos y/o afectivos
- Deterioro funcional. Problemas de deambulación y caídas.
- Reingresos hospitalarios frecuentes.
- Problemática social

Los principales motivos de ingreso, es decir, las patologías que mas frecuentemente se tratan en unidades de agudos tiene que ver con problemas cardiorrespiratorios, metabólicos, neurológicos o musculoesquelético (véase tabla 1).

El tiempo de ingreso en un hospital debiera ser la estrictamente necesaria sin prolongar estos días más de lo debido. La estancia media de estas unidades ha descendido sensiblemente en los

Principales motivos de ingreso en Unidades de Agudos Geriátricas

- Problema cardiovascular
(cardiopatía isquémica, fibrilación auricular crónica, síndrome coronario agudo,...)
- Problema respiratorio
(neumonía asociada a la comunidad, insuficiencia respiratoria, EPOC, hiperreactividad bronquial reagudizada, bronquiectasias, ...)
- Problema metabólico
(hiper/hipoglucemia, desequilibrio iónico, ...)
- Proceso neurológico
(ictus, mielopatías, parkinson, demencias...)
- Deterioro funcional/cognitivo agudo o subagudo
- Problema musculoesquelético
(caídas, trastorno de la marcha, fracturas, ...)

Tabla nº1

últimos años, oscilando entre 8 y 14 días. Muchos son los motivos que justifican en geriatría estancias tan cortas, entre los que se encuentran las posibles complicaciones que pueden derivar del propio ingreso:

- Deterioro funcional/síndrome de inmovilidad
- Síndrome confusional agudo
- Infecciones nosocomiales

Desde el punto de vista de la Terapia Ocupacional, una de las complicaciones hospitalarias sobre la que principalmente se interviene es la inmovilidad. Su prevención/recuperación es uno de nuestros objetivos básicos. A continuación se detallan los **efectos de la inmovilidad** por considerar de interés el conocimiento de las complicaciones que ocasiona el mantenimiento de una persona sin actividad funcional:

- Sistema musculoesquelético: osteoporosis y atrofia por desuso, contracturas, rigidez y dolor articular.
- Aparato cardiovascular: disminución de la reserva cardiaca, mayor uso de la maniobra de Valsalva, hipotensión ortostática postural, edemas y formación de trombos.

- Aparato respiratorio: menor amplitud de los movimientos respiratorios, estancamiento de las secreciones respiratorias, atelectasia, neumonía hipostática.
- Metabolismo: disminución del metabolismo basal, balance nitrogenado negativo, anorexia, balance negativo del calcio.
- Sistema urinario: estasis urinaria, cálculos renales, retención urinaria, distensión vesical e incontinencia urinaria.
- Aparato digestivo: estreñimiento
- Piel y faneras: menor turgencia y roturas de la piel.
- Sistema cognitivo-afectivo: reducción de autoestima, cambios en reacciones emocionales, falta de estímulos, deterioro cognitivo.

Con esta detallada relación de consecuencias, es evidente que la inactividad funcional arrastra a un rápido deterioro psicofísico y afectivo del paciente. En nuestra Unidad, el reposo en cama está reservado solo para aquellas situaciones clínicas en las que el riesgo de mantener actividad funcional sobrepase a los riesgos de la inmovilidad.

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE TERAPIA OCUPACIONAL AGUDA EN RELACIÓN A OTROS RECURSOS ASISTENCIALES

Es imprescindible, para la práctica de la Terapia Ocupacional en una UGA, considerar ciertos aspectos que no se van a dar en otros recursos asistenciales y que condicionarán la planificación y puesta en marcha del tratamiento:

- Estancia media de ingreso: 8-14 días. Las internaciones tan breves nos obligan a priorizar las evaluaciones y el tratamiento, y a realizar un minucioso plan para el alta.
- Necesidad de priorizar objetivos de cara al alta hospitalaria.
- Presencia de técnicas y tratamientos que condicionan las capacidades del paciente; sondajes (vesical, rectal, nasogástrico), vías intravenosas para sueros y administración de fármacos, oxígeno terapia, mayor susceptibilidad a los fármacos, reacciones adversas a la farmacología nueva, prescripción de reposo absoluto o relativo, aislamientos (de contacto, respiratorio,

inverso,...), mayor sensibilidad a las maniobras agresivas diagnósticas y terapéuticas, etc.

- Presencia de un estado confusional y de desorientación debido al cuadro por el que ingresan y, especialmente, por la separación que sufren de su medio.
- Gran carga psicológica, tanto en los pacientes como en los familiares, tras determinados diagnósticos médicos.
- Imprescindible la intervención de la familia/cuidador en todo el proceso de recuperación funcional, pues desde el primer día deben aprender el manejo del paciente para continuar en domicilio.

CONDICIONANTES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UNIDADES GERIÁTRICAS DE AGUDOS

La práctica clínica del terapeuta ocupacional en unidades geriátricas de agudos está condicionada por dos aspectos cruciales. El primero de ellos es el tiempo con el que se cuenta para realizar la evaluación, el establecimiento de objetivos y la planificación y puesta en marcha del tratamiento. La brevedad del ingreso exige del profesional de la Terapia Ocupacional la avidez para detectar las causas del deterioro funcional y las potencialidades de recuperación durante la estancia en el hospital y durante el periodo que seguirá al alta hospitalaria.

El perfil del paciente geriátrico es el segundo condicionante en la intervención ocupacional. En las unidades de agudos raramente se encuentran personas con la presencia de una sola enfermedad o discapacidad. La presencia de pluripatología y enfermedades de larga evolución obligan al terapeuta ocupacional a conocer no solo las características de estas patologías, sino también la forma de presentación atípica en el paciente anciano y las consecuencias que de ellos se derivan.

A continuación se describen tanto capacidades profesionales que debe reunir el terapeuta ocupacional así como las destrezas del rol que recoge la literatura en unidades geriátricas de agudos.

Capacidades profesionales del terapeuta Ocupacional en UGA

El terapeuta ocupacional que desarrolle su labor profesional en una UGA, debería adquirir una serie de cualidades, como son (Polonio B, 2003):

- ❖ Conocer la amplia variedad de procedimientos médicos y diagnósticos, intervenciones de terapia ocupacional y recursos de la comunidad.
- ❖ Conocer los cambios físicos, psíquicos, sociales y afectivos que se producen con el envejecimiento, y en las diferentes patologías del anciano, así como, conocer cómo interrelacionan unas patologías con otras y cómo presentan diferentes formas de discapacidad.
- ❖ Saber tratar varias enfermedades coincidentes (pluripatología) y diferenciar el tratamiento cuando el proceso es agudo, subagudo o crónico.
- ❖ Poseer habilidades comunicativas para motivar a la persona con un proceso agudo a colaborar en las sesiones de tratamiento, además de implicar a la familia/asistente en el proceso rehabilitador.
- ❖ Saber ofrecer afectividad en aquellas circunstancias de adaptación a una situación de dependencia, de pérdida de salud, de seguridad, de ocupación y a cambios sociales. Saber afrontar el empeoramiento clínico e incluso el fallecimiento del paciente.
- ❖ Tener capacidad para trabajar en situaciones de estrés y enfrentarse a situaciones problemáticas y a la toma rápida de decisiones.
- ❖ Sintetizar rápidamente los datos registrados para establecer unos objetivos, teniendo en cuenta las condiciones en las que se encuentra el paciente, cómo será su situación al alta, cómo influirá en su entorno, la colaboración de la familia y su desino al alta (paciente-familia-entorno)
- ❖ Saber adaptar el tratamiento a:
 - las internaciones breves
 - los días en los que les realizan pruebas diagnósticas (TAC, RNM, ecografías, ECG, EMG, Punción Lumbar, artrocentesis, toracocentesis...)
 - las condiciones clínicas del paciente y sus fluctuaciones.

Destrezas del Rol de Terapeuta Ocupacional en UGA

Debido a las características de los pacientes y a las condiciones de trabajo a las que nos tenemos que adaptar, las funciones básicas de un terapeuta ocupacional en el Área de Hospitalización Aguda Geriátrica, son (Larrion JL, 2007):

- Valoración del paciente y planteamiento de objetivos
- Realización de los tratamientos ocupacionales.
- Asesoramiento y prescripción de ayudas técnicas, y adaptación del entorno hospitalario y del entorno habitual del paciente. Realización de informes técnicos para solicitar ayudas económicas a las instituciones.
- Enseñanza a familiares y/o cuidadores del manejo del paciente.
- Conseguir que tanto el paciente como la familia desarrollen mecanismos positivos de adaptación a la nueva situación.
- Desarrollar una relación constante y diaria con los profesionales que atienden directamente al enfermo (geriatra, enfermera, auxiliar) para compartir información y trabajar todos en beneficio del paciente.
- Planificación de la continuidad del tratamiento al alta. Si es necesario debería prolongarse al domicilio o en un recurso externo (Centro de Día, Hospital de Día, Centro de rehabilitación,...)
- Seguimiento del paciente en consultas externas, para valorar su estado funcional.
- Realizar tareas de investigación y docencia para promover la profesión y mejorar las intervenciones, consiguiendo la máxima eficacia y eficiencia posible.

Perfiles de pacientes subsidiarios de intervención ocupacional en UGA

Para trabajar de una manera más rápida, y ser más eficaces en nuestros tratamientos, pueden diferenciarse fundamentalmente tres tipos de pacientes teniendo en cuenta la situación funcional previa, el pronóstico de recuperación funcional y la situación social (implicación familiar y destino al alta):

1. **Situación funcional previa de independencia** para AVDB

- Buen pronóstico para recuperar función
- Buen apoyo y colaboración familiar. Como el paciente se desenvolvía previamente sin ayuda, necesitan que recupere su situación basal para evitar un cambio en su entorno social.
- Son candidatos a continuar tratamiento en la Unidad de Recuperación Funcional (URF).

2. **Pobre situación funcional previa.**

- La familia desea llevárselos a domicilio solo si recuperan la movilidad funcional previa, en caso contrario, los institucionalizan por dificultad de manejo. Este grupo necesita una sobreestimulación y motivación continua para conseguir mejoría funcional. El esfuerzo empleado con ellos merece la pena si finalmente evitamos la institución.
- No son subsidiarios de rehabilitación ambulatoria tras el alta por la situación tan compleja que presentan: deterioro funcional basal, deterioro cognitivo moderado-severo, vivir en zonas rurales alejados del centro de rehabilitación más cercano, etc
- Candidatos a URF si existe buen apoyo familiar, por ser imprescindible su colaboración para motivar continuamente al paciente y realizar terapia funcional 24 horas al día.

3. **Situación de total dependencia**, previa o tras el ingreso, pero que al alta van a permanecer al cuidado de la familia.

- Presentan mal pronóstico funcional, no son subsidiarios de URF.
- El tratamiento consiste en la enseñanza a la familia del manejo del paciente para regreso a domicilio y el asesoramiento en ayudas técnicas y adaptaciones del entorno.

FASES DE LA INTERVENCIÓN OCUPACIONAL

Derivación del paciente al servicio de Terapia Ocupacional

Tras el ingreso hospitalario, el médico facultativo valora la situación del paciente y, si considera que podría beneficiarse de TO, realiza un parte de interconsulta (PIC) en el que informará generalmente de:

- La situación funcional previa y al ingreso.
- El pronóstico de recuperación funcional
- El momento en el que podemos intervenir
- La intensidad de las primeras sesiones
- Precauciones a tener con el paciente

En este momento, comienza la intervención del terapeuta ocupacional.

A primera hora del día, se registran los datos de la historia clínica de los nuevos pacientes para realizar la historia de Terapia Ocupacional. Además, revisamos los diarios médicos de los pacientes que ya tenemos en tratamiento para conocer posibles incidencias y variaciones en el estado clínico durante la tarde y noche del día anterior. A continuación, en la propia habitación del paciente comienza la entrevista con él y/o su familia, para registrar la situación previa y al ingreso.

Valoración

Realizamos una exploración física sencilla que consiste en observar la movilidad y fuerza de extremidades, equilibrio en sedestación y, si es posible, el paso a bipedestación y su control de pie, pasamos la Escala Berma (que comentaremos a continuación) y, el resto de exploraciones concluyen durante la realización del tratamiento.

Las sesiones son diarias y tienen lugar en sus propias habitaciones, utilizando la cama, sillón, armario, cuarto de baño y los pasillos y escaleras del hospital. Esto favorece el contacto con familiares y cuidadores, permitiéndonos obtener más información sobre el paciente. Comienza la instrucción en su manejo para preparar la vuelta a domicilio. Además, permite el contacto diario con el personal sanitario que lo está tratando y la obtención de información directa sobre su evolución clínica.

La duración de las sesiones está determinada por el propio paciente, dependiendo de su tolerancia a la actividad, pero, en general, no suele ser

mayor de 40 minutos. Como la estancia hospitalaria es breve necesitamos dedicar nuestro tiempo a realizar el mayor número de sesiones posible, por ello, el terapeuta evalúa tratando.

Las escalas de valoración funcional actuales no se adaptan a las características del trabajo del terapeuta en agudos, principalmente porque no son sensibles a los pequeños cambios y porque no indican qué tipo de ayuda necesita el usuario de cara al alta. Motivados por la necesidad de encontrar una herramienta de evaluación ocupacional adaptada a las necesidades de los pacientes ingresados en unidades de agudos, hemos elaborado una escala nueva que actualmente está en fase de validación. La "Escala BERMA de valoración de dependencia funcional", permite registrar minuciosamente la funcionalidad del paciente, es sensible a pequeños cambios, evita el efecto techo-suelo de otras escalas y nos aporta información sobre el grado de dependencia de cara al alta hospitalaria. Su utilización no es compleja ni requiere un tiempo excesivo para registrar la información.

La Escala Berma consta de once actividades básicas de la vida diaria: alimentación, aseo personal, movilidad funcional (movilidad en cama, transferencias, deambulación y escaleras), vestido, higiene personal, uso de inodoro, micción y defecación. En cada uno de estos ítems se especifican las tareas necesarias para su ejecución. Estas tareas son las que se evalúan y puntúan, obteniéndose de esta forma la información que el terapeuta requiere para establecer las líneas de tratamiento y negociar/planificar el tratamiento de cara al alta. La información que se obtiene con la Escala Berma es:

- La situación funcional y la atención ofrecida por la familia/cuidadores PREVIA a la aparición del motivo de ingreso.
- La situación funcional al INGRESO y las consecuencias que ha tenido el motivo de hospitalización sobre la función.
- La situación funcional al ALTA y la atención necesaria en domicilio. Ayuda a determinar su ubicación al alta dependiendo de las atenciones que necesita.

La puntuación total de la Escala Berma refleja la dependencia real de la persona y la cantidad de asistencia que necesita en cada una de las AVDB que evaluamos.

Tratamiento

Como se ha comentado anteriormente, cuando comenzamos a trabajar en UGA, nos el tratamiento giraba en torno a los déficits, y una vez recuperados, en la realización de las AVDB, siguiendo un enfoque de abajo-arriba. Rápidamente surgieron problemas con la implantación de esta metodología: requeríamos más tiempo de ingreso para tratar al paciente siendo necesarios unos recursos ambulatorios de los que no disponíamos, la familia no observaba un beneficio rápido para su regreso a domicilio por lo que, no estaban motivados y no se implicaban en el tratamiento.

Se necesitaba otra metodología de trabajo que respondiese a las necesidades reales de la familia/paciente, lograrse la mayor funcionalidad posible durante el tiempo de ingreso y fomentase la motivación y colaboración del paciente/familia.

De ahí surgió un método de intervención para pacientes agudos, que hemos denominado **TERAPIA OCUPACIONAL DE INTEGRACIÓN FUNCIONAL (TOF)** basado fundamentalmente en "tratar la Disfunción con Función". Con esta metodología de trabajo, creemos que no existe una pérdida total de la función, sino una "interrupción", permitiéndonos trabajar mediante un reentrenamiento/estimulación de la función, y no, teniendo que exponer al paciente a un nuevo aprendizaje de sus actividades cotidianas tras la recuperación de los déficits.

Los principios fundamentales de la TOF, son:

- No realizar tratamientos específicos para recuperar cada déficit. No se utilizan técnicas como orientación a la realidad, integración sensorial, recuperación motora. Al intervenir directamente sobre la función se estimulan todas las áreas conjuntamente, de forma que las que están

intactas ayudarán a la recuperación de las que están afectadas o compensarán los déficits establecidos, en cualquier caso, el paciente “funcionará” desde un principio y su recuperación será integral.

- Tratar la disfunción con función, independientemente de las capacidades del paciente. Podemos asistirle completamente al principio e ir disminuyendo nuestra ayuda a medida que va recuperando función.
- Con la función, el terapeuta ocupacional observará en qué fase de la actividad (tarea) puede residir el problema real que impide al paciente su ejecución
- Tratamiento facilitador cuando existe deterioro de funciones cognitivas (afasia, dificultad de aprendizaje, déficit atencional, demencia, etc). Se utilizan tareas de fácil comprensión y aprendizaje, utilizamos sus objetos cotidianos e intentamos mantener sus patrones motores y costumbres.
- Tratamiento compensador en caso de afectación cortical: hemianopsia, negligencia,...
- Instauración precoz de las AVDB para minimizar el tiempo de inactividad funcional.
- Primer objetivo: la movilidad funcional. Es demandado por las familias para facilitar el manejo del paciente en domicilio. Hay que tener en cuenta que mantenerlos en cama o sillón minimiza la posibilidad de estimulación funcional, por tanto, iniciar la movilidad funcional de forma precoz favorece la realización del resto de AVDB.
- Incrementar la implicación familiar. Logramos mayor motivación y colaboración. Consideran la utilidad, beneficios y progresos del tratamiento desde la primera sesión.
- Evitamos la adopción del rol de enfermo y rol de cuidador que generalmente suele llevar a situaciones de mutua dependencia.

Para conseguir una mayor atención y facilitar el aprendizaje por parte del paciente se evitará la deprivación sensorial: estimulando el uso de sus lentes, audífonos y prótesis dentales. Además se debe fomentar la utilización de un calzado adecuado (cerrado) y sus propias ayudas técnicas para la marcha si las usaba anteriormente.

Es imprescindible comentar que durante las sesiones de tratamiento se prestará atención a posibles síntomas de alarma: fatiga, hiper e hipoventilación, sudoración, palidez cutánea, temblor, confusión, adormecimiento, cianosis, opresión o dolor torácico, etc . Cuando aparezca algunos de estos síntomas se finalizará la sesión, adoptando las medidas oportunas y comentaremos con el facultativo responsable del paciente.

Técnicas de la Terapia Ocupacional Funcional

1. Movilidad funcional

1.1. Movilidad en cama

1.1.1. Volteos: izquierda-derecha, derecha-izquierda

1.1.2. Desplazamientos laterales y arriba-abajo en decúbito.

1.1.3. Sentarse al borde de la cama.

1.1.4. Movilidad en cama manejando las sábanas y mantas.

1.2. Transferencias

1.2.1. Paso de sedestación a bipedestación y viceversa.

1.2.2. Traslados cama-sillón, cama-silla de ruedas, silla de ruedas-inodoro

1.3. Deambulación

1.3.1. Asistida, con mínima ayuda, supervisión, independiente.

1.3.2. Indicar el uso de ayuda técnica para la marcha: andador, trípode, muleta, bastón y entrenar en su uso.

1.3.3. Reeducar: la deambulación en distintas direcciones, los giros, desplazamientos en espacios estrechos, salvar obstáculos, pasar puertas, acercarse a la cama, a la silla, al inodoro, a la ducha, al armario y abrirlo.

1.4. Escaleras

1.4.1. Subir/bajar escaleras y enseñar a salvar escalones si utilizan ayuda técnica para la marcha

2. Resto de AVDB:

Se realizarán en un principio en la cama, si el paciente no puede moverse. Después se efectuarán desde una silla de ruedas hasta que el paciente deambule y más tarde en sedestación o bipedestación dependiendo de la actividad que se trate y de la resistencia del paciente.

2.1. Aseo personal y alimentación

2.1.1. Aseo personal: lavado de cara-manos, afeitado, higiene bucal, peinado.

2.1.2. Alimentación: uso de cubiertos e incluiremos progresivamente las diferentes texturas (gelatinas, purés, semisólidos, sólidos, líquidos).

2.2. Uso inodoro: manipulación de ropa, limpieza de genitales y control de esfínteres.

2.3. Vestido: parte inferior, parte superior. Recoger la ropa del armario y colgarla.

2.4. Higiene personal: por partes frente al lavabo y en ducha.

Cada paciente comenzará el tratamiento en una fase diferente dependiendo de su situación y de los objetivos a tratar.

Alta Hospitalaria

Como ya se ha comentado, es imprescindible la preparación del paciente y la familia para el alta de hospital. Podríamos decir, que todo nuestro trabajo se centra en preparar al paciente y a su familia para el regreso a casa. Resulta, por tanto, indispensable que ambos conozcan:

- Qué tareas puede realizar el paciente de forma independiente.
- Qué tareas puede hacer con ayuda, quién debe prestar esa ayuda y cómo va a prestarla.
- Qué tareas no puede realizar sin ayuda, quién debe asistirle completamente y cómo debe hacerlo.

El desconocimiento de esta información por parte de la familia y el paciente puede derivar en una sobrecarga excesiva del cuidador en el domicilio y con ello la posible institucionalización del paciente.

CONCLUSIONES

La escasa experiencia de la Terapia Ocupacional en Unidades de Hospitalización Aguda en España, ha motivado la necesidad de buscar nuevos métodos de evaluación y tratamiento adaptados a este recurso y a la organización hospitalaria. La Escala Berma y la Terapia Ocupacional basada en la Integración Funcional son, actualmente, fuente de estudios de investigación por parte de la Sección de Geriátrica del CHUA y están siendo utilizados en otros recursos asistenciales con la misma eficacia y efectividad, como por ejemplo en el Servicio de Neurología.

La Terapia Ocupacional en una UGA se caracteriza por la adaptación del tratamiento a los días de ingreso, la necesidad de valorar tratando y de priorizar objetivos. Los tratamientos, la duración y el número de sesiones dependerán del estado clínico del paciente, del apoyo familiar y su destino al alta.

Para finalizar, quisiéramos destacar de la importancia de incluir terapeutas ocupacionales en las unidades de hospitalización aguda, ya que:

- se favorece la recuperación funcional y por tanto, la recuperación física, psicológica y afectiva de los pacientes.
- se realiza una mejor preparación de cara al alta, teniendo en cuenta cómo va a ser atendido el paciente en el domicilio y/o cómo se puede fomentar su independencia,
- se disminuye el sentimiento de sobrecarga para el paciente y la familia al prepararlos para el alta domiciliaria,
- se realiza una derivación más apropiada para los pacientes que no van a domicilio: residencia, hospital de día, estancia temporal, centro de día, ayuda a domicilio, etc.

BIBLIOGRAFIA

1. Gill T, Baker D, Gottschalk M et al. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med* 2002;347: 1068-74.
2. Chapinal A. Conceptos básicos. En Chapinal A, coordinadora. *Rehabilitación en hemiplejía, ataxia, traumatismos craneoencefálicos y en las involuciones del anciano. Entrenamiento de la independencia en terapia ocupacional*. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2005. p 1-30.
3. Durante P. Conceptos básicos de Terapia Ocupacional. En Polonio B., compiladora. *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. 1ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2001. p13-24
4. Salgado Alba A, Guillén Llera F. Unidades geriátricas de hospitalización. En Guillén Llera F, Ruiperez Cantera I, compiladores. *Manual de Geriatria*, 3ª Edición. Barcelona: Masson; 2002. p 163-165.
5. Larrión JL. Valoración geriátrica integral (III): valoración de la capacidad funcional del paciente anciano. *An Sist Sanit Navarra*. 1999; 22, supl 1: Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/extos/vol22/suple1/suple7.html>
6. Moruno P. Definición y Clasificación de las Actividades de la vida diaria. En Moruno P, Romero DM, compiladores. *Actividades de la Vida Diaria*. 1ª ed. Barcelona: Masson. 2005. p 3-22
7. Musicco M, Emberti L, Nappi G, Caltagirone C. Italian Multicenter Study on Outcomes of Rehabilitation of Neurological Patients. Early and long-term outcome of rehabilitation in stroke patients: the role of patient characteristics, time of initiation, and duration of interventions. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003; 84: 551-8.
8. Polonio B, Rueda, N. Marcos de referencia y modelos aplicados frecuentemente en la disfunción física. En Polonio B. coordinadora. *Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: Teoría y Práctica*. 1ª ed. Madrid: Medica Panamericana; 2004. pp 13-37
9. Rodríguez C, Pedro P. Accidente vasculocerebral. En Durante P, Pedro Tarres P, compiladores. *Terapia Ocupacional en Geriatria: Principios y práctica*. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2004. p 75-88.
10. Serra JA, Isaac M, Vallés JA. Recuperación funcional y continuidad de los cuidados en la fractura de cadera. En Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, eds. *Guía de Buena Práctica clínica en Geriatria*. Madrid: Elsevier; 2007. p 75-82,

LAS ESTANCIAS TEMPORALES: UN RECURSO ASISTENCIAL GERIÁTRICO AL ALZA

THE TEMPORARY STAYS: A GERIATRICAL WELFARE RESOURCE TO THE RISE

PALABRAS CLAVE: Terapia Ocupacional, Informe alta
Terapia Ocupacional, Estancia Temporal, Residencia
Geriátrica, Geriátrica.

KEY WORDS: Occupational Therapy, Geriatric Nursing,
Health Services for the Edearly.

DECS Terapia ocupacional, Alta del Paciente, Instituciones
Residenciales, Geriátrica.

MESH Occupational therapy, Patient Discharge, Residential
Facilities, Geriatrics

Dña. Aranda Moreno González

*Terapeuta Ocupacional. Residencia de Mayores de
Benquerencia. Toledo. Delegación de Bienestar Social de
Junta de Comunidades de Castilla La Mancha*

Como citar el texto en sucesivas ocasiones:

Moreno González A. Las estancias temporales: un recurso
asistencial geriátrico al alza. TOG (A Coruña) [Revista en
internet].. 2010 [citado fecha]; monog. 3: 68-91 Disponible
en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/temporales.pdf>

Introducción

ESTANCIA TEMPORAL: CONCEPTO, NORMATIVA Y CARACTERÍSTICAS

Siguiendo el Decreto 131/1996 las Residencias de Mayores son un recurso social de alojamiento temporal o permanente para el desarrollo de la autonomía personal y para la atención integral de los mayores en situación de dependencia.

En las residencias se prestan cuidados sociosanitarios continuados que se complementan con una adecuada coordinación con los profesionales de los servicios sociales y sanitarios de la zona territorial en la que se ubican e insertan.

Estos centros están abiertos a la comunidad. Disponen de espacios y equipamientos técnicos adaptados, de los recursos humanos necesarios y de los programas y actividades que se precisan para el cumplimiento de su finalidad.

RESUMEN

La Terapia Ocupacional en las estancias temporales constituye una parte del complejo proceso de valoración e intervención integral de la persona mayor para conocer su estado físico, psíquico, funcional y social. El objetivo es mantener los niveles óptimos de independencia personal y funcionalidad en las actividades de la vida diaria para la vuelta al hogar de las personas que se encuentran en estancia temporal. La población diana que se atiende en Terapia Ocupacional son personas que habitualmente viven solas tras una enfermedad, accidente, intervención quirúrgica, un periodo de convalecencia tras la atención hospitalaria y/o trascurrido el periodo rehabilitador en servicios o unidades hospitalarias.

Entre los resultados en el servicio de Terapia Ocupacional en este tipo de centros, se encuentran beneficios en residentes y en familiares. Respecto a los residentes temporales: mejoran los niveles de independencia personal, se muestran seguros y habilidosos en sus actividades de la vida diaria, satisfechos con las ayudas técnicas usadas, apoyados en su proceso de rehabilitación e integración en la comunidad y alargan la permanencia en su entorno habitual. En cuanto a la familia: se siente apoyada en el proceso de vuelta a casa, asesorada en adaptación domiciliaria e informada de los recursos comunitarios más apropiados para el residente temporal.

La experiencia en la intervención con residentes pertenecientes a estancia temporal muestra como la disciplina de terapia ocupacional sirve de herramienta para mantener al máximo posible los niveles de autonomía personal, confort y calidad de vida. Este hecho ocurre en la propia residencia para posteriormente generalizarse al propio hogar, facilitando el hecho de "envejecer en casa". El terapeuta ocupacional es imprescindible en la atención a residentes en estancia temporal con el fin de mejorar la vuelta al domicilio habitual, ya que, adapta el hogar de la persona dependiente, asesora en ayudas técnicas y colabora con el equipo interdisciplinar en el asesoramiento de los recursos comunitarios más apropiados, teniendo en cuenta la situación previa del residente, las secuelas, potencialidades y el desempeño ocupacional alcanzado al finalizar su estancia en el centro.

SUMMARY

The Occupational Therapy in the temporary stays constitutes a part of the complex process of assessment and integral intervention of the old people to know its physical, psychic, functional and social state. The objective is to maintain the optimal levels of personal independence and functionality in the activities of the daily life for the return to the home of the people who are in temporary stay. The reveille population that is taken care of in Occupational Therapy are people who habitually live alone after a disease, accident, surgical intervention, a period of convalescence after the attention into the hospital and/or passed the rehabilitating period in services or hospital units. Between the results in the service of Occupational Therapy in this type of centers, benefits in residents and relatives are founded. With respect to the temporary residents: they improve the levels of personal independence, they are insurances and skilful in their activities of the daily life, they are satisfied with the used technical assistance, they are supported in their process of rehabilitation and integration in the community and extend the permanence in their habitual environment. As far as the family: it feels supported in the process from return to house, advised in domiciliary adaptation and informed into the more appropriate communitarian resources for the temporary resident. The experience in the intervention with residents pertaining to temporary stay sample as the discipline of occupational therapy serves as tool for maintain the levels of personal autonomy, comfort and quality of life to the maximum possible. This fact happens in the own residence and later it becomes general in the own home, facilitating the fact "to age in house". The occupational therapist is essential in the attention to residents in temporary stay with the purpose of improving the return to the habitual address, since, he adapts the home of the dependent person, advises in technical assistance and collaborates with the interdisciplinary equipment in the advising of the more appropriate communitarian resources, considering the previous situation of the resident, the sequels, potentialities and the occupational performance obtained when the stay in center of the resident finishes.

La Estancia Temporal se define como la permanencia en régimen de alojamiento, manutención y **atención integral** por un periodo de tiempo limitado y predeterminado, originada por motivos de carácter temporal y que se puede establecer previamente su duración.

Durante su estancia los usuarios de estas plazas tendrán los mismos derechos y obligaciones que los residentes fijos.

Este programa se lleva a cabo a través de centros de gestión propia y de centros de gestión concertada (Orden 18/271008).

Como ejemplo, en la tabla 1 se muestra la normativa reguladora de las estancias temporales de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.

Las Estancias Temporales tienen como objetivo ser un servicio con una doble finalidad:

- a) Apoyo a familias y cuidadores/as habituales.

b) Apoyo a la persona mayor, fomentando la permanencia en su entorno habitual, mediante la puesta a su disposición de un recurso residencial alternativo, cuando por sus circunstancias de índole sanitaria o social no pueda permanecer en su domicilio habitual por un período de tiempo limitado.

La duración mínima de las Estancias Temporales motivadas por descanso vacacional será de 5 días, y la máxima de 30 días sin que sea posible su prórroga. Por los demás motivos tendrán una duración mínima de 5 días y máxima de 60 días (excepto en los casos de estancias temporales por vacaciones o por respiro familiar de los

Normativa Reguladora de las Estancias Temporales en Castilla la Mancha. Fuente: Documento Oficial de Castilla la Mancha (DOCM)

- 31/10/1996: Decreto 131/1996, de 22 de octubre, sobre procedimiento de ingreso en los centros de mayores de la red pública de C-LM.
- 7/11/1997: Orden de 23-10-1997, de la Consejería de Bienestar Social por la que se aprueba el procedimiento para la tramitación y valoración de solicitudes de Estancias Temporales en plazas de los Centros Residenciales de Mayores de la Red Pública de Castilla-La Mancha.
- 3/3/2008: Orden de 18-02-2008, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se modifica la Orden de 23-10-1997, por la que se aprueba el procedimiento para la tramitación y valoración de solicitudes de estancias temporales en plazas de los centros residenciales de mayores de la Red Pública de Castilla-La Mancha

Tabla nº1

MOTIVOS DE SOLICITUD DE UNA ESTANCIA TEMPORAL

- Personas que viven habitualmente solas que necesitan, después de una enfermedad, accidente o intervención quirúrgica, un periodo de convalecencia que no precisa atención hospitalaria.
- Personas incapacitadas que viven con su familia y tienen que quedarse solas por enfermedad, accidente o intervención quirúrgica de la persona que les cuida, o bien personas que viven con su familia, en cuyo seno se ha producido una circunstancia imprevista que impide la atención debida al anciano mientras se resuelve el problema.
- Personas que viven habitualmente solas que necesitan un lugar en donde alojarse mientras se realizan obras en su hogar.
- Por vacaciones o respiro familiar

Tabla nº2

cuidadores de personas que tenga el reconocimiento oficial de encontrarse en situación de dependencia tendrán una duración máxima de 45 días), pudiendo ser prorrogadas excepcionalmente, previa justificación documental de la necesidad, sin que se puedan superar los 120 días anuales. Los motivos que con mayor frecuencia conducen a la solicitud de una estancia temporal por parte de las personas mayores y/o sus cuidadores

se recogen en la tabla 2. Entre los requisitos de acceso se encuentran: tener más de sesenta años, residencia en Castilla La Mancha y no padecer enfermedad infecto-contagiosa ni trastornos de conducta que puedan perturbar la convivencia de los centros residenciales de mayores.

Tendrán preferencia en el acceso a plazas de estancia temporal las personas que por su grado de dependencia, reconocido en aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, tengan derecho a ser atendidas en un centro residencial con carácter temporal cuando así lo contemple su Programa individual de Atención. En igualdad de circunstancias la prioridad se determinará según la capacidad económica del solicitante.

SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LA RESIDENCIA DE BENQUERENCIA: UNA APUESTA POR EL ROL DEL TERAPUETA OCUPACIONAL EN LA ESTANCIA TEMPORAL

La Residencia de Mayores de Benquerencia es un centro geriátrico cuya titularidad es pública perteneciente a la Delegación de Bienestar Social de Toledo de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha. Posee 120 plazas, de las cuales 112 son estancias fijas y 8 temporales. Además tiene también 20 plazas de Servicio de Estancias Diurnas. Ésta Residencia cuenta con un Equipo Interdisciplinar Geriátrico encargado de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) y de la elaboración de los Planes de Atención Integral (PAI) para cada uno de los residentes. En este equipo se encuentra la figura del Terapeuta Ocupacional, que atiende tanto a estancias fijas como temporales; Además de los usuarios y familiares del Servicio de Estancias Diurnas.

La prestación del servicio de estancias temporales en Residencias para Mayores de la Red Pública de Castilla- La Mancha tiene la consideración de servicio público "*no gratuito*". Como norma general, se abonará el 75% de la pensión y/o ingresos líquidos durante los días autorizados.

Según datos oficiales de la Delegación de Bienestar Social de Toledo, en la actualidad respecto a los centros de gestión propia, la Junta de Comunidades dispone, en la provincia de Toledo, de 4 Centros Residenciales que ofrecen estancias temporales.

En centros de acción concertada el 13 de junio de 2000, la Consejería de Bienestar Social y la Asociación de Residencias de Tercera Edad de Castilla La Mancha (A.R.T.E.C.A.M.) firman un Concierto Marco de Colaboración para Estancias Temporales, siendo actualmente 39 centros los que colaboran en este servicio.

Durante 2003 también se concierta con los centros adscritos en A.C.E.S.C.A.M (Asociación Empresarial de Centros Sociosanitarios Católicos)., ampliándose la oferta de Estancias Temporales que en la actualidad cuenta con 27 centros. En total existen 70 centros residenciales concertados que prestan el servicio de estancias temporales en Castilla la Mancha.

En cuanto al número de solicitudes, cabe destacar el elevado

	2007(Primer Semestre)	2008 (Primer semestre)	PORCENTAJE
Nº Solicitudes	852	1257	47,5 %

Tabla 3. Comparativa de solicitudes registradas en el 2008 Vs. 2007.

incremento que se ha producido en la demanda del Programa de Estancias Temporales, gestionándose un 47,5% más de solicitudes con respecto al pasado año, registrándose los datos en tabla 3.

El rol del terapeuta ocupacional en la atención a las personas mayores que se les concede la estancia temporal e ingresan en la residencia de mayores que acoge este servicio se caracteriza por el desarrollo de las siguientes funciones (adaptado de Polonio B., Durante P.; NOYA B.: 2001.)

- *Valorar a las personas en situación de dependencia para obtener e interpretar los datos necesarios para planificar la intervención y para llevarla a cabo. Reevaluar al inicio y a la finalización de la estancia temporal.*
- *Desarrollar e implantar planes de intervención personalizados e*

- individualizados, donde se incluyan objetivos, abordajes y métodos para alcanzar los propósitos establecidos conjuntamente por el equipo interdisciplinar, teniendo en cuenta el medio comunitario del residente.*
- *Comunicarse y colaborar con otros miembros del equipo, miembros de la familia y auxiliares de enfermería del propio centro.*
 - *Entrenamiento y reeducación de las actividades de la vida diaria, reflejando en el parte del centro un análisis de las actividades básicas de la vida diaria del residente, como uno de los instrumentos de comunicación con las auxiliares de enfermería.*
 - *Búsqueda y asesoramiento de intereses de ocio y tiempo libre en coordinación con las animadoras socioculturales de la residencia; para generalizar ésta actuación en la comunidad.*
 - *Realización, prescripción y entrenamiento en el uso de ayudas técnicas, prótesis y órtesis.*
 - *Asesorar en la adaptación del entorno habitual del residente, las herramientas, los materiales y las actividades que realice.*
 - *Eliminación de barreras arquitectónicas del entorno físico del residente en el centro de mayores.*
 - *Proporcionar asesoramiento y formación, a los miembros del equipo, familia y usuarios.*
 - *Diseñar el horario de terapia ocupacional y de las intervenciones.*
 - *Realizar el informe de alta del servicio de terapia ocupacional, muy útil para el medio comunitario.*
 - *Proporcionar documentación sobre ayudas técnicas para el domicilio.*
 - *Realizar reunión interdisciplinar junto con familia al alta, con el fin de informar sobre los recursos comunitarios y adaptaciones necesarias en el hogar.*
 - *Trabajar de acuerdo con el código ético y los estándares de la práctica profesional, formándose continuamente.*

PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LAS ESTANCIAS TEMPORALES

La metodología del proceso de Terapia Ocupacional atendiendo a la variedad de casos y situaciones combinará los conocimientos específicos del campo (salud física, mental, geriatría, problemática psicosocial, etc.) con esa metodología específica, para producir un resultado único, denominado Terapia ocupacional (...). Concretamente, en este caso se trata de combinar los conocimientos que tiene el terapeuta ocupacional, las áreas de actividades relacionadas con ella, los componentes del desempeño y habilidades necesarias para llevarlas a cabo, así como los contextos en los cuales la ocupación tiene lugar, con los conocimientos acerca del continuo salud-enfermedad, el proceso patológico y cómo éste afecta a la persona, las causas de la enfermedad y su influencia en el proceso de recuperación y secuelas, el pronóstico funcional, (...), las influencias del entorno en la recuperación de los déficit, la influencia de la medicación sobre el desempeño funcional, etc.

El terapeuta ocupacional interviene con los diferentes residentes, tanto fijos como temporales, y usuarios del Servicio de Estancias Diurnas de forma similar, acorde con sus estándares de práctica de Terapia Ocupacional, pero considerando las peculiaridades de cada tipo de estancia que a continuación se explica brevemente:

- Respecto a los residentes fijos, cabe destacar que su contexto de ejecución es la propia residencia de mayores y los familiares que prestan apoyo a los mismos.
- Los usuarios del Servicio de Estancias Diurnas (S.E.D) se desenvuelven en el domicilio habitual y el S.E.D., por lo tanto la intervención está a caballo de ambos contextos.
- En los residentes de estancias temporales la permanencia es por un periodo de tiempo limitado, por lo tanto toda la intervención de terapia ocupacional irá dirigida al alta, para la vuelta a casa. Éste encuadre es clave para la intervención del terapeuta ocupacional.

El proceso de terapia ocupacional en estancias temporales (adaptado de Polonio 2002), consta de diez fases:

1. Remisión del paciente y evaluación rápida.
2. Evaluación exhaustiva.
3. Identificación de problemas, potencialidades y necesidades.
4. Establecimiento de objetivos y prioridades.
5. Selección de los abordajes técnicos y estrategias apropiadas.
6. Formulación del plan de intervención.
7. Desarrollo y puesta en práctica del plan de intervención.
8. Seguimiento en la residencia de mayores.
9. Revisión de resultados y estrategias.
10. Alta e informe de alta de terapia ocupacional, muy útil en el medio comunitario

El **razonamiento clínico** tiene lugar durante todo el proceso, guiando las acciones sobre los datos que se deben recoger porque son relevantes y significativos para el caso, para su posterior clasificación, análisis e interpretación y, a partir de ello, establecer los objetivos y estrategias más adecuadas, intentando definir la acción más correcta, para una persona en particular, con unas circunstancias únicas y en un momento preciso.

A continuación se explicará brevemente el proceso de terapia ocupacional y los puntos clave de la intervención del terapeuta ocupacional en residentes temporales:

1. Remisión del paciente y evaluación rápida: Es cuando da comienzo el proceso de terapia ocupacional, por ingreso en la residencia del residente temporal, a través de procedimiento de nota escrita del trabajador social del centro y/o derivación por el geriatra al servicio de terapia ocupacional. Las acciones que forman parte de esta fase de remisión del paciente son: coordinación con geriatra y trabajador social; recogida de datos adicionales, síntesis de los datos e interpretación de los mismos para preparar la evaluación rápida o screening.

El terapeuta ocupacional revisa los documentos significativos del paciente (historia clínica, social, psicológica, valoración de enfermería, etc.) para crearse

una imagen del residente temporal respecto al desempeño ocupacional. Posteriormente se tiene una entrevista breve con el paciente y/o familiar si se puede. Si el resultado de la remisión es positivo, se pasa a la siguiente fase del proceso; en caso contrario, el residente es dado de alta, coordinando la actuación con el profesional que haya derivado el caso al servicio de terapia ocupacional.

El perfil de residente atendido presenta las siguientes patologías y/o secuelas, que afectan al desempeño ocupacional del mismo: fracturas de cadera, intervención quirúrgica por prótesis de cadera o rodilla, fracturas de humero, secuelas de accidente cerebro-vascular de corto o largo periodo de evolución, síndrome de inmovilidad secundario a ingreso hospitalario prolongado, etc.

Respecto a los motivos de ingreso, del residente temporal atendido en el servicio de terapia ocupacional, corresponde a:

1. Personas que viven habitualmente solas que necesitan, después de una enfermedad, accidente o intervención quirúrgica, un periodo de convalecencia que no precisa atención hospitalaria.
2. Personas incapacitadas que viven con su familia y tienen que quedarse solas por enfermedad, accidente o intervención quirúrgica de la persona que les cuida, o bien personas que viven con su familia, en cuyo seno se ha producido una circunstancia imprevista que impide la atención debida al anciano mientras se resuelve el problema.
3. En ocasiones son beneficiarias de estancia temporal usuarios del propio Servicio de Estancias Diurnas de la residencia, que cumplen motivos de ingreso como los de dos casos anteriormente citados.

Es importante tener claro si el problema es susceptible de ser tratado en terapia ocupacional y qué espera la persona que remite al residente temporal al servicio de terapia ocupacional. Existen problemas visibles sobre los recursos materiales, tiempo y personal suficiente para proporcionar un servicio de calidad o sobre el tiempo razonable que existe para alcanzar los objetivos realistas.

2. Evaluación exhaustiva: Una vez decidida la pertinencia al servicio, el terapeuta ocupacional evalúa el desempeño ocupacional del residente temporal,

para detectar los cambios producidos en el status funcional mediante: entrevista con el residente temporal y observación directa del funcionamiento ocupacional en la residencia. Además se usan procedimientos formales estandarizados y no estandarizados para complementar la información obtenida por los métodos anteriores. Destacando también la importancia de la coordinación con: geriatras, trabajador social, psicólogo, servicio de fisioterapia, los auxiliares de enfermería del centro y los animadores socioculturales del mismo.

En la tabla 4 se muestra un resumen de los datos que componen el screening y la evaluación exhaustiva para la configuración de la historia de terapia ocupacional. Tanto el screening como la evaluación continua ha de incorporar herramientas de evaluación estandarizadas que sean sensibles a los cambios en el desempeño ocupacional del anciano y que permitan prever la potencialidad de éxito de las técnicas planificadas.

Datos de screening y evaluación de Terapia Ocupacional en Estancias Temporales.

- Recogida de datos ocupacionales y antecedentes de ocupación en función de sus etapas de vida
- Desempeño ocupacional previo al ingreso y actual mediante:
 - Escala estandarizada Barthel para Actividades Básicas de la Vida Diaria.
 - Índice de Lawton para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, en su domicilio habitual previo a las secuelas actuales.
- Evaluación de la Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en la residencia
- Antecedentes de ocio y tiempo libre y ocio actual. En caso de necesidad: Listado de intereses de ocio y tiempo libre.
- Registro de ayudas técnicas de del residente temporal en la actualidad.
- Valoración del domicilio del residente, mediante entrevista con el mismo (en la actualidad no nos desplazamos al domicilio habitual, aunque está en consideración)

Tabla nº4

3. Identificación de problemas, potencialidades y necesidades: es importante destacar un perfil lo más ajustado a la realidad, que sea posible, sobre las potencialidades y limitaciones; y su grado y posibilidad de mejorarlas del residente. A partir de los problemas y necesidades detectadas, las categorías agrupadas; teniendo en cuenta los deseos de la persona y sus prioridades, elaboraremos una lista de problemas y potencialidades del

residente. Destacaremos en primer lugar de la lista el problema que suponga una mayor dificultad para el desempeño funcional de la persona.

4. En cuanto al resto del proceso de terapia ocupacional: Establecimiento de objetivos y prioridades, selección de los abordajes técnicas y estrategias apropiadas, formulación del plan de intervención, desarrollo y puesta en práctica del plan de intervención, seguimiento en la residencia de mayores; y revisión de los resultados y estrategias, dependerá de cada residente a atender en estancia temporal, teniendo en cuenta a la persona como ser único.

Es importante citar que respecto a la **selección de los abordajes** en terapia ocupacional según Polonio (2003) en líneas generales, podemos decir que, para alcanzar de forma efectiva y satisfactoria los resultados deseados (...), independientemente del contexto teórico utilizado, podemos agruparlos en dos grandes categorías: los orientados a la recuperación y los orientados a la compensación de las habilidades perdidas o adaptativos.

La residencia de mayores de Benquerencia cuenta con un servicio de fisioterapia que atiende también a éste tipo de residentes, realizando el primer abordaje respecto a la recuperación funcional física de los residentes temporales y el terapeuta ocupacional sobre la recuperación de las funciones perceptivo-cognitivas. Posteriormente ambos servicios se encuentran en coordinación constante. Cuando los objetivos rehabilitadores se ha cumplido, en la medida de lo posible, y teniendo en cuenta la brevedad del tiempo, comienza el terapeuta ocupacional con el abordaje orientado a la compensación de las habilidades perdidas.

El *abordaje orientado a la compensación de las habilidades perdidas* se utiliza en aquellos casos en los que los abordajes recuperadores no hayan sido totalmente efectivos o cuando se prevé inicialmente que ciertas habilidades no van a recuperarse, podemos ayudar a la persona a recuperar la independencia

mediante: enseñanza de nuevas habilidades y estrategias de acción, utilización de las habilidades para compensar las pérdidas, reestructuración de los hábitos y roles, prescripción de modificaciones ambientales, uso de órtesis y/o entrenamiento en ayudas técnicas y/o equipos adaptativos. Éste tipo de abordaje compensador es imprescindible para mejorar el desempeño ocupacional del residente que temporal que volverá a su domicilio habitual, en un breve periodo de tiempo.

Finalmente, es fundamental que quede constancia escrita de todo el **plan de intervención**. La memoria es un registro muy frágil, máxime cuando la carga de trabajo, el número de pacientes, la gran cantidad de tareas profesionales que desempeñamos habitualmente, etc., hacen que, frecuentemente, estemos sobrecargados, estresados y con dificultades para organizar nuestro propio tiempo profesional (Noya, 2001).

Otros factor que afecta al **desarrollo y puesta en práctica del plan de intervención** es la duración de la estancia es temporal. La persona mayor estará brevemente con nosotros, y la intervención se tendrá que ceñir aproximadamente a 2-4 meses. El ajuste al tiempo establecido y no al alcance de desempeño funcional es un requisito importante para salvaguardar la eficacia profesional. Por otra parte, la sobrecarga de trabajo del terapeuta ocupacional que atiende a la totalidad de la residencia es otro factor que afecta negativamente a la intervención.

La **reevaluación del residente en estancia temporal** se realiza tan a menudo como sea necesario, sin que pueda establecerse un criterio estándar de periodicidad, ya que en el logro de los resultados inciden diferentes variables, según Polonio. Medimos los mismos parámetros que medimos inicialmente, con los mismos instrumentos, para detectar los cambios. Especialmente con:

- Índice de Barthel al ingreso y fin de la estancia.

- Mejoría objetiva y subjetiva de la persona.
- Consecución o no, de objetivos cumplidos.
- Registro en la historia de terapia ocupacional de los problemas que se han acaecido durante la estancia.

La **evaluación del proceso** de Terapia Ocupacional es fundamental para determinar la efectividad y calidad del tratamiento (Romero D.; Moruno P. 2003). Tiene por objeto establecer un control de calidad sobre la práctica profesional y los resultados de nuestras intervenciones que además, deben ser compatibles con los estándares profesionales y los principios éticos que guían la conducta del terapeuta ocupacional.

5. Alta e informe de alta de terapia ocupacional. Una vez que el tiempo de estancia finaliza, por periodo temporal establecido burocráticamente, el residente abandona la residencia de mayores a su domicilio habitual en la mayoría de los casos o al recurso comunitario asesorado por el equipo interdisciplinar, teniendo en cuenta la situación previa del residente, las secuelas, potencialidades y el desempeño ocupacional alcanzado al finalizar su estancia en el centro.

El alta es preparada cuidadosamente por todos los miembros del equipo interdisciplinario geriátrico. En éste momento del proceso se realiza una reunión interdisciplinar junto con familia, para aquellos residentes que no pueden desenvolverse autónomamente en su domicilio, ya que viven solos: con presencia intermitente de un cuidador informal o sin red de apoyo social. El terapeuta ocupacional realiza un informe de alta del residente temporal muy útil en su medio comunitario, ya que es posible que visite otros recursos posteriormente.

El Servicio de Estancias temporales se establece, en la mayoría de los casos, como nexo de unión entre la atención hospitalaria y el domicilio habitual del residente. Ya que son personas que habitualmente viven solas tras una

enfermedad, accidente, intervención quirúrgica, un periodo de convalecencia tras la atención hospitalaria y/o transcurrido el periodo rehabilitador en servicios o unidades hospitalarias y posteriormente pasan a formar parte de la Residencia de Mayores como residentes en estancia temporal.

La Estancia Temporal en un Centro Residencial de Mayores, como se ha descrito anteriormente, es la permanencia en régimen de alojamiento, manutención y **atención integral** por un periodo de tiempo limitado. Cómo bien describe su definición la atención integral se realiza en éste centro por un equipo interdisciplinar geriátrico, compuesto por: dos geriatras, una trabajadora social, un psicólogo, dos fisioterapeutas, ocho enfermeras, un terapeuta ocupacional y auxiliares de enfermería, encargados de realizar la Valoración Geriátrica Integral (VGI) y de la elaboración de los Planes de Atención Integral (PAI) para cada uno de los residentes, antes de haber transcurrido 40 días desde el ingreso, según la carta de servicios de la JCCM. Éste equipo interdisciplinar es crucial e indispensable para la atención integral de la estancia temporal, buscando la calidad de vida. (OMS 1.994).

Como anexo a este artículo se adjunta un Informe de Alta de un residente en estancia temporal, que incluye el resultado de la evaluación, los objetivos y el plan de tratamiento, y las recomendaciones al alta.

CONCLUSIONES

Por todo lo anteriormente descrito cabe destacar el papel fundamental que realiza el terapeuta ocupacional como profesional socio-sanitario en las estancias temporales, conocedor de los principios fundamentales del análisis y adaptación de la ocupación, del proceso de evaluación y planificación de tratamiento de Terapia Ocupacional, experto en el desempeño ocupacional de usuario y del contexto de ejecución. Por todo ello, es el profesional indicado para realizar una vuelta a casa o asesoramiento a otro recurso comunitario, adecuado a las necesidades personalizadas e individualizadas, respecto al

desempeño ocupacional del usuario en su domicilio, en coordinación con el equipo interdisciplinar geriátrico.

Entre los resultados en el servicio de Terapia Ocupacional trascurrido el periodo de atención integral en el centro, se encuentran beneficios en residentes y en familiares. Respecto a los residentes temporales: mejoran los niveles de independencia personal, se muestran seguros y habilidosos en sus actividades de la vida diaria, satisfechos con las ayudas técnicas usadas, apoyados en su proceso de rehabilitación e integración en la comunidad y alargan la permanencia en su entorno habitual. En cuanto a la familia: se siente apoyada en el proceso de vuelta a casa, asesorada en adaptación domiciliaria e informada de los recursos comunitarios más apropiados para el residente temporal.

La experiencia en la intervención con residentes pertenecientes a estancia temporal muestra como la disciplina de terapia ocupacional sirve de herramienta para mantener al máximo posible los niveles de autonomía personal, confort y calidad de vida. Éste hecho ocurre en la propia residencia para posteriormente generalizarse al propio hogar, facilitando el hecho de "envejecer en casa". El terapeuta ocupacional es imprescindible en la atención a residentes en estancia temporal con el fin de mejorar la vuelta al domicilio habitual, ya que, adapta el hogar de la persona dependiente, asesora en ayudas técnicas y colabora con el equipo interdisciplinar en el asesoramiento de los recursos comunitarios más apropiados, teniendo en cuenta la situación previa del residente, las secuelas, potencialidades y el desempeño ocupacional alcanzado al finalizar su estancia en el centro.

BIBLIOGRAFIA

1. Turner A, Foster M, Johnson S. Terapia Ocupacional y Disfunción Física. 5ª ed. Madrid: Churchill Livingstone; 2003.
2. Trombly CA. Terapia ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. 3ª ed. Méjico: La Prensa Médica Mejjicana; 1990.
3. Orden del 18 de febrero de 2008, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se modifica la Orden del 23 de octubre de 1997, por la que se aprueba el procedimiento para la tramitación y valoración de solicitudes de estancias temporales en plazas de los centros residenciales de mayores de la Red Pública de Castilla-La Mancha. Documento Oficial de Castilla La Mancha, (3 de marzo de 2008).
4. Decreto 131/1996, del 22 de octubre, sobre procedimiento de ingreso en los centros de mayores de la red pública de Castilla -La Mancha. Documento Oficial de Castilla- La Mancha, (31 de octubre de 1996).
5. Orden del 23 de octubre de 1997, de la Consejería de Bienestar Social por la que se aprueba el procedimiento para la tramitación y valoración de solicitudes de Estancias Temporales en plazas de los Centros Residenciales de Mayores de la Red Pública de Castilla-La Mancha. Documento Oficial de Castilla- La Mancha, (7 de noviembre de 1997).
6. Hopkins HL, Smith HD. Terapia Ocupacional: Willard & Spackman. 8ª ed. Madrid: Panamericana; 1998.
7. Moruno P. El abordaje grupal en terapia ocupacional. En: Durante P, Noya B, Moruno P. Terapia Ocupacional en Salud Mental: 23 casos clínicos. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2000. 30-43
8. Durante P, Noya B. Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2001.
9. Polonio B, Noya B. Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. 1ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001.
10. Polonio B. Terapia Ocupacional en discapacitados físicos. 1ª ed.

-
- Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003.
11. Romero DM, Moruno P. Terapia ocupacional: Teoría y Técnicas. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
12. Jccm.es. Consejería de Bienestar social Castilla La Mancha [sede web]. Castilla La Mancha: Junta de Comunidades de Castilla La Mancha; 2008 [actualizada el 9 de junio de 2008; 1/02/2009]. <http://www.jccm.es/social/amayores/temporales.htm>
13. Sacm.Jccm.es. Estancias temporales en centros residenciales de mayores de la red pública de Castilla La Mancha [sede web]. Castilla La Mancha: Consejería de Salud y Bienestar Social; [2010; 01/02/2009].
14. Jccm.es. Consejería de Bienestar social Castilla La Mancha [sede web]. Castilla La Mancha: Junta de Comunidades de Castilla La Mancha; 2008 [actualizada el 9 de junio de 2008; 01/02/2009]. <http://www.jccm.es/prensa/historicos/textos/np1328016062000.htm>

ANEXO 1.



RESIDENCIA DE MAYORES
BENQUERENCIA

I.G.G.

Evaluación inicial: 16/04/2008

INFORME DE ALTA DE TERAPIA OCUPACIONAL.

Diagnóstico principal: ACV isquémico en territorio de arteria cerebral media izquierda.

1. A NIVEL PERCEPTIVO SENSORIAL

- Usa gafas
- El resto de sentidos adecuados.

2. VALORACIÓN FÍSICA

- Presenta hemiparesia en miembro superior derecho que le dificulta la realización de las ABVD.
- Mano dominante: derecha.
- Se realiza valoración funcional de la mano afecta tanto de pinzas como presiones.

3. VALORACIÓN PSICOMOTRIZ

Presenta una marcha sin necesidad de ayudas técnicas. Presenta alteración de la coordinación entre MMSS, buena coordinación oculo-manual con el lado sano. Conserva el equilibrio en bipedestación y mantiene la sedestación sin apoyo. Presenta alteración en la reversibilidad tanto en el esquema corporal como en la lateralidad. A veces maneja conceptos temporales y espaciales.

VALORACIÓN COGNITIVA

- **Orientado** en espacio y persona. Desorientación en tiempo.

- Presenta buena **atención y concentración** en la realización de las actividades en terapia ocupacional.
- **Alteración de la memoria remota**, conserva memoria inmediata y retrógrada.
- Presenta alteración en el **lenguaje: afasia mixta**.
- Presenta **acalculia**, es capaz de copiar números, pero tiene problemas en ordenarlos.
- Conserva las **praxias** constructivas, ideomotoras, ideatorias y del vestido
- Presenta confusiones en la **percepción** en reconocimiento de objetos. Se observa heminegligencia durante la marcha, se suele chocar con objetos en lado afecto.
- Conserva las **funciones ejecutorias frontales** como la capacidad de abstracción, sigue las conversaciones, se ríe a colación en ellas.

5. HABILIDADES SOCIALES

Comunicación: Demanda necesidades básicas. Presenta alteración en la comprensión. No puede leer y escribir. Nivel de asociación bueno Se relaciona de forma activa. Su adecuación a la norma es aceptable y sin resistencias. Siempre colabora en actividades. Presenta competitividad aunque la tarea lo requiera (se esfuerza). La tolerancia a la frustración le afecta pero la tolera aceptablemente.

6. ESTADO EMOCIONAL

Alta autoestima siempre presenta autoconfianza. Expresión de sentimientos sólo circunstancial, limitada. Su estado de ánimo es alegre.

7. VALORACIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD):

Puntuación Barthel modificado 89/100.

- Puede **levantarse de la cama independientemente** con ayuda técnica para cama.

- I.G.G se **prepara la ropa** antes de iniciar el vestido. Puede realizar los alcances de la ropa al armario. Intenta compensar la cogida de ropa con mano izquierda y boca. Se le insiste en cogerla con ambas manos.
- Se **asea** con esponja y jabón en el lavabo. Es capaz de llegar a las partes más distales.
- Es independiente para el **vestido** de parte superior e inferior, se pone ella la ropa interior: bragas, compresa, medias y calzado.
- Necesita que los **sujetadores estén abrochados**, ella se los coloca como si se pusiera una camiseta. Sería importante que los **sujetadores esté cosidos por detrás**, para que se los ponga como una camiseta.
- Además se **abrocha los botones** de la camisa, excepto el botón de la manga de la camisa izquierda. Es capaz de colocar la ropa correctamente cuando está del revés.
- Además es **independiente en el aseo personal**, diariamente es capaz de lavarse la cara, manos y peinarse. Se echa crema alcanzándola de encima de su armario del baño. Puede echarse colonia (es capaz de desenroscar el bote). Es capaz de cuidar sus enseres personales.
- Acude al retrete independientemente.
- I.G.G es capaz de echar su ropa a lavar al suelo cuando está sucia. Lo sabe.
- Limpia y cuida sus enseres personales. Como por ejemplo el peine. Se le tiene que recordar que cierre el grifo del agua, en alguna ocasión.

OBSERVACIONES

- Estamos en un momento en el que I.G.G está integrando sus dos mitades del cuerpo, intentando realizar las actividades con las dos manos. (coordinación bimanual).
- El tiempo de realización de las secuencias del aseo personal, ducha y vestido son más lentas que el de una persona totalmente sana. Daremos tiempo.
- Colabora activamente en la tarea, su adecuación a la norma es adecuada y presenta baja tolerancia a la frustración.

- Se coordina esta actuación con auxiliares de enfermería durante la estancia en la residencia de mayores. Realizando el registro por escrito de Actividades Básicas de la Vida Diaria de I.G.G. y colocado en el cabecero de su habitación (*el lenguaje está exento de tecnicismos para facilitar su comprensión*)

8. VALORACIÓN DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN LA RESIDENCIA (AIVD):

- Contesta al teléfono en caso de llamadas de sus familiares, usa móvil. Dificultades en la comunicación por la afasia
- Es capaz de seleccionar la ropa adecuadamente y de cambiarse cuando está sucia y/o hacerse con ropa nueva cuando la necesita.
- Es capaz de mantener el orden de su habitación y organizar los armarios y cajones.
- Realiza pequeñas compras en el exterior. En el centro usa la cafetería para tomarse algún refresco. Pide al camarero con dificultad y maneja pequeñas cantidades de dinero.
- Maneja gastos cotidianos, pero necesita ayuda para asuntos financieros y/o grandes gastos.
- Presenta dificultad para el uso de ascensores, timbres de llamada y cerraduras, comunicadores, mandos a distancia y otros reguladores de control de entorno.
- Asiste independientemente a servicios y actividades de la residencia sin necesidad de avisar para recordar la hora y/o el lugar de realización.
- No sale de la residencia independientemente al exterior, es acompañada por sus familiares.
- Viaja acompañado de otra persona.
- Toma la medicación si se le prepara la dosis con anterioridad.

9. VALORACIÓN DE ACTIVIDADES AVANZADAS DE LA VIDA DIARIA (AAVD):

- Estuvo escolarizada, sabía leer y escribir un poco, además realizaba cálculo básico.
- **Se dedicó** a ser ama de casa y cuidaba de sus hijos. Colaboraba en tareas agrícolas en su pueblo.
- **Antecedentes de aficiones:** Bailaba, ha conducido por el pueblo, se apuntó a edad madura a curso de informática. Vida activa previa al ACV.
- **En la actualidad** colabora con las actividades de la residencia: Terapia Ocupacional, fisioterapia, por la mañana y animación sociocultural durante la tarde. Conversa con residentes puntualmente si los conoce previamente, hace uso de la cafetería, reza el rosario por las tardes en grupo, ve telenovelas, recibe visitas puntualmente de familiares (hijos y nietos) y pasea por el jardín.

10. AYUDAS TÉCNICAS QUE UTILIZA:

Utiliza A.T. para levantarse de la cama y cuchillo Nelson en entrenamiento.

11. OBJETIVOS Y TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

OBJETIVOS:

- Mejora de la integración del lado afecto en las actividades cotidianas.
- Mejorar el desempeño ocupacional en las Actividades Básica de la Vida Diaria (A.B.V.D), en las subáreas en alimentación, baño, vestido arreglo personal, uso del retrete y transferencias en cama.
- Mejorar las Actividades Instrumentales de la vida diaria en: cuidado de la ropa en alcances en el armario, cuidado de la habitación, realización de pequeñas compras en cafetería y uso del ascensor.
- Manejarse espacialmente en el centro, al inicio de su estancia. Aprendizaje de rastreo viso-espacial para compensar la heminegligencia.

- Mejorar de la exploración y ejecución del ocio y tiempo libre en la residencia de mayores durante las tardes y en el exterior del centro, en coordinación con animación sociocultural.
- Asesoramiento en ayudas técnicas a I.G.G.
- Información, formación y asesoramiento al usuario y familia sobre las AT disponible en el mercado necesarias para I.G.G.

PROGRAMAS Y ACTIVIDADES GRUPALES:

- PROGRAMA DE ASESORAMIENTO EN ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

PROGRAMAS Y ACTIVIDADES INDIVIDUALES

- ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN SU HABITACIÓN.
- PROGRAMA DE TRATAMIENTO OCUPACIONAL INDIVIDUALIZADO Y PERSONALIZADO.
 - Actividades de cruce de línea media y disociaciones de las cinturas.
 - Actividades de manipulación, evitando la aparición de movimientos en bloque.
 - Actividades de alcances con objetos cotidianos, en bipedestación y sedestación.
 - Actividades de motricidad fina del lado sano para mejora de la funcionalidad.
 - Actividades de coordinación bimanual en tareas cotidianas.
 - Actividades de psicomotricidad: lateralidad, esquema corporal y baile.
 - Actividades de estimulación del lenguaje mediante la música.
 - Actividades de estimulación cognitiva adaptadas al daño cerebral, sobretudo en orientación, lenguaje espontáneo, denominación y categorización, abstracción y resolución de problemas.

RECOMENDACIONES A FAMILIARES

- Recursos apropiados a la situación basal de I.G.G. Posibilidad de vuelta al domicilio habitual previo a adaptaciones ambientales en el mismo. No se puede por ser una casa muy antigua, grande y en un pueblo rural de Toledo, sin apoyo familiar en el mismo.
- Se le propone a familia la posibilidad de Servicio de Estancias Diurnas con rotaciones familiares, la cual no accede por problemas sociales entre los hermanos
- Asesoramiento en ayudas técnicas para la comida y vestido.
- Asesoramiento en Asociación de Daño Cerebral de Castilla la Mancha. (ADACE) en caso de vuelta a domicilio habitual o con familia.

12. SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

Fecha	16-04-08	22-07-08
Barthel modificado	55	89

Desde el ingreso en la residencia de mayores Benquerencia hasta el último ingreso en el hospital, I.G.G. ha mejorado respecto a la independencia personal en ABVD, según muestra Barthel modificado de **55 a 89**. Es una residente muy participativa y colaboradora. Ha asistido con asiduidad a todas las sesiones de terapia ocupacional.

La familia decide en última instancia que I.G.G. ingrese en residencia como estancia fija. Se le adjunta informe de alta de terapia ocupacional para los profesionales del centro.

En Toledo, a de de 2010

TERAPIA OCUPACIONAL EN CENTROS DE MAYORES

OCCUPATIONAL THERAPY IN SENIORS CENTERS

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

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

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

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

Dña. Vanesa Alcántara Porcuna.

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

Dña. Mireia Ruiz García

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

D. Pedro Moruno Miralles

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

Como citar el texto en sucesivas ocasiones:

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

Introducción

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

"El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen" (OMS, 2002)

Este término² trata de fomentar la consecución de una esperanza de vida saludable, gracias a la promoción de políticas y programas cuyos objetivos principales se centran en la

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

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

RESUMEN

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

SUMMARY

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

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

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

Según la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado³ (Carta Bangkok, 2005), la promoción de la salud se define como: "el proceso de capacitar a las personas para ejercer un mayor control sobre los

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

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

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

De este modo se trata de conseguir una esperanza de vida saludable, el aumento o mantenimiento de la calidad de vida de las personas a medida que vayan envejeciendo, así como una menor incidencia de condiciones de discapacidad asociadas a enfermedades crónicas. La consecución de estos propósitos incidirá, paralelamente, en la disminución de los gastos asociados a tratamientos médicos y asistenciales⁴. Dado el notable aumento de la población anciana en los últimos años y el descenso de la natalidad, si no se siguen estas recomendaciones, el envejecimiento cada vez impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países (OMS, 2002)). Gracias a los programas y políticas basados en el concepto de envejecimiento activo, cada vez existirá un mayor número de personas mayores sanas, que podrán contribuir de una manera valiosa mediante su participación activa en ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos, así como en trabajos remunerados o voluntarios y en la vida familiar y comunitaria.

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

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

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

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

1. Características generales de los Centros de Mayores

2.1 Definición

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

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

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

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

Objetivos generales

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

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

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

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

2.3. Servicios y actividades.

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

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

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

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

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

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

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

2. 4. Características de la población.

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

- Ser mayor de 65 años o pensionista mayor de 60 años⁵. En algunos casos se permite ser socio a aquellas personas que tengan una minusvalía y estén en posesión del carné de pensionista. En este último caso, dependiendo de cada centro, se les permitirá participar en las actividades o sólo hacer uso de las instalaciones pero sin poder participar en las actividades programadas por el mismo.
- Estar empadronado en la población o distrito en el que se encuentre ubicado el centro.
- No padecer enfermedad infecto-contagiosa, ni trastornos susceptibles de alterar la normal convivencia del Centro.

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

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

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

- Mujer. En el Informe de la Situación de las Personas Mayores en España. (Imerso, 2004), se refleja que un 55% de los ancianos que asisten a este tipo de establecimiento son mujeres.
- Nivel de estudios o formación variable⁶, aunque predomina un nivel medio–bajo.
- Sin patología invalidante en el momento actual, aunque es muy común que presenten distintas enfermedades: osteoarticulares (artritis, artrosis, osteoporosis), hipertensión arterial, diabetes, glaucoma (u otras alteraciones visuales como cataratas), enfermedades cardiopulmonares y cáncer; en general, patologías crónicas que en momento presente no generan cuadros de dependencia⁷.
- Asimismo, es frecuente encontrar casos de personas mayores frágiles, sobre todo mujeres mayores, viudas, que viven solas y con un nivel sociocultural bajo. Este último dato es de suma importancia; dado que las políticas respecto a las personas mayores enfatizan la necesidad de detección precoz del anciano frágil, los Centros de Mayores constituyen un recurso privilegiado para llevar a cabo esta labor. Por esta razón, entre otras, consideramos que es imprescindible la participación en los Centros de Mayores de profesionales especializados en tal cometido, como es el caso de los terapeutas ocupacionales.
- Viven solos en su domicilio o con su pareja (en algunos casos todavía tienen hijos que conviven con ellos o prestan cuidados a otros familiares). Frecuentemente, los ancianos que acuden a los Centros de Mayores son viudos, con un mayor número de mujeres viudas que de hombres.
- Nivel socioeconómico medio–bajo. Es difícil establecer el nivel socioeconómico de los usuarios de los Centros de Mayores, ya que hay que tener en cuenta la zona geográfica en que se encuentra ubicado, así

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

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

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

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

Estas son algunas de las características del perfil típico de los participantes en los Centros de Mayores, aunque, ya que la variedad de las características personales es muy amplia, es difícil establecerlo más detalladamente⁸.

2. Terapia ocupacional en Centros de Mayores

3.1 Marco teórico

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

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

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

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

En los últimos años este concepto de salud ha quedado reflejado en la literatura especializada sobre envejecimiento, que se aleja de los modelos médicos tradicionales¹¹, orientados mayormente hacia la curación y control de los efectos de la enfermedad, para enfocarse en la promoción del envejecimiento activo, como hemos descrito más arriba. De esta forma, el énfasis colocado en promover un envejecimiento activo recae en la promoción y mantenimiento de la salud, así como en la prevención de enfermedades y discapacidades, que contrarreste la prevalencia de los grandes síndromes geriátricos que contribuyen a la mortalidad y morbilidad entre la población anciana.¹²

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

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

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

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

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

“los factores potencialmente controlables¹³ vinculados al estilo de vida juegan un papel crucial para permitir a la población experimentar una vida satisfactoria y saludable en la vejez.” (Carlson, 1998).

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

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

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

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

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

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

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

En el citado estudio participaron 361 ancianos¹⁶ de edades comprendidas entre los 60 y 89 años, asignados de forma aleatoria a cualquiera de los tres grupos establecidos en el diseño. El primer grupo recibía el programa de terapia ocupacional denominado "*Rediseño del estilo de vida*". El segundo grupo participaba en actividades de animación social, en el que cada miembro asistía a lo largo de dos horas y media semanales a actividades de artesanía, juegos, manualidades, visionado de películas, bailes y excursiones. El tercer grupo no recibía ningún tipo de intervención.

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

Los participantes del grupo experimental, a partir de una evaluación ocupacional individualizada, que permitió delimitar las líneas de intervención para la modificación o rediseño del estilo de vida, comenzó a participar en el programa de terapia ocupacional objeto de estudio. Divididos en pequeños grupos -de aproximadamente 10 miembros-, participaron en diversas sesiones, 2 horas a la semana, durante nueve meses¹⁷. El desarrollo de las sesiones giraba en torno a diferentes temas y áreas de contenidos: envejecimiento, salud y ocupación; trasportes; finanzas; relaciones sociales; seguridad en el hogar y la comunidad; conciencia cultural; alimentación y organización del tiempo, todos ellos abordados desde una perspectiva que enfatizaba la selección y realización de actividades significativas con el objetivo de promover hábitos saludables. En estas sesiones grupales se alternaba diferentes métodos

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

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

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

A lo largo del desarrollo del programa se invitaba a los ancianos a realizar un *auto-análisis ocupacional*. Por medio de este análisis se perseguía que los ancianos tomaran conciencia de quiénes eran desde un punto de vista ocupacional, que identificaran aquellas ocupaciones que a lo largo de su historia personal, o en el momento actual, consideraban más valiosas subjetivamente, así como que identificaran hasta que punto experimentaban disfunciones ocupacionales. A partir de estas reflexiones los participantes eran invitados a seleccionar y llevar a cabo un conjunto de actividades significativas que les permitieran progresivamente rediseñar su estilo de vida, avanzando a través de pequeños pasos para superar paulatinamente las dificultades¹⁸.

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

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

funcionamiento social, salud mental y disminución del dolor¹⁹. Además, el estudio indica que los ancianos que obtuvieron mayor beneficio de la intervención fueron aquellos que tenían un peor estado de salud al inicio del programa. Asimismo, en la evaluación realizada seis meses después de la intervención, los efectos del programa de terapia ocupacional se mantenían. De media, los participantes en el grupo de rediseño del estilo de vida mantuvieron un 90% de la ganancia relativa en las variables medidas.

En conclusión, los resultados de este estudio subrayan el valor de la terapia ocupacional para auxiliar a las personas mayores a mantener su independencia y su salud durante prolongados periodos de tiempo. Además, indican que la morbilidad y los efectos de la discapacidad pueden ser reducidos, disminuyendo paralelamente los costes de los cuidados a las personas mayores. Por estos motivos, pensamos que la implantación y desarrollo de programas de terapia ocupacional en Centros de Mayores constituye una medida eficaz²⁰ para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y la discapacidad. Sin embargo, tal y como advierte Cutler (2003), "mantener ocupados" a nuestros ancianos no es suficiente. Es imprescindible una evaluación pormenorizada y una dirección terapéutica eficaz para producir los efectos terapéuticos deseados que pueden resultar de la implicación de las personas mayores en actividades y ocupaciones significativas.

3.2 Papel del terapeuta ocupacional en Centros de Mayores

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

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

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

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

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

Coordinador del programa de actividades

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

Ejecutor del programa de actividades

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

²¹Tal y como recomiendan Clark, F. et al (1990)

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

Asesor

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

Educador

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

²²Ibíd.

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

Investigador

El terapeuta ocupacional que trabaja en Centros de Mayores no puede olvidar su función como investigador y su capacidad para enriquecer el cuerpo teórico y la práctica de la disciplina, aportando nuevas formas de implementación de programas y nuevas herramientas de trabajo. Resulta de especial relevancia justificar, por medio de investigaciones y aportando datos fehacientes, la necesidad de la terapia ocupacional en la promoción de la salud y cómo los programas llevados a cabo reducen los costes sanitarios empleados en el cuidado de las personas mayores²³.

3.3. Objetivos generales de la intervención

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

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

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

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

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

Cuando se persigue *reforzar el mantenimiento de las capacidades funcionales de las personas mayores, actuando en un ámbito preventivo*, la figura del terapeuta es primordial; no sólo reforzando el mantenimiento de las capacidades, sino anticipándose a los posibles cambios en el funcionamiento y preparando a la persona para ello. En otros casos, el trabajo desarrollado apunta a la recuperación o compensación de las funciones físicas y psicológicas deterioradas, hasta obtener un nivel de funcionamiento adecuado para el desarrollo óptimo de la actividad preferidas por la persona mayor²⁴. El terapeuta deberá estar atento a las necesidades de cada anciano y adelantarse a los posibles cambios para prevenir una pérdida o disminución de sus capacidades funcionales.

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

²⁴ Véase el ejemplo descrito en el epígrafe 3, obtenido del *Well Elderly Study*

4. Estrategias y técnicas de intervención en terapia ocupacional

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

- ***Promoción de la salud y prevención de la enfermedad y discapacidad:*** favoreciendo la consecución de estilos de vida saludables y la conservación de aquellas habilidades, capacidades y/o destrezas, tanto físicas y cognitivas como psicosociales, que permitan un desempeño ocupacional²⁵ satisfactorio, autónomo e independiente. De este modo, se facilita la permanencia de la persona mayor en su entorno habitual el mayor tiempo posible, aumentando así su calidad de vida. Algunos de los espacios terapéuticos y técnicas que permiten concretar esta estrategia son los siguientes:
 - ***Actividades de ejercicio físico:*** La realización de ejercicio físico es bueno y beneficioso a cualquier edad y aporta beneficios tanto en la salud física como mental de la persona que lo realiza. Como señala Garcés de los Fayos (Garcés, 2003), la actividad física planteada, dirigida y desarrollada

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

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

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

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

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

- *Actividades de ocio y tiempo libre:* En comparación con otras etapas de la vida, la vejez está caracterizada por una amplia cantidad de tiempo libre. Para las personas mayores, la mejor manera de ocupar dicho tiempo

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

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

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

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

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

Las intervenciones deben estar enfocadas, hacia estrategias de ejercicio terapéutico, instrucción sobre aquellas precauciones a tener en cuenta para no sufrir accidentes, educación del anciano sobre nutrición y efectos secundarios de la medicación y modificación del desempeño²⁶.

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

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

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

- ***Apoyo a la vida Independiente:*** El terapeuta ocupacional abogará por el derecho del anciano a vivir en su comunidad de forma satisfactoria y maximizará la participación y la vida independiente de las personas mayores, promoviendo actitudes y ambientes que faciliten dicho proceso (AOTA, 1993). Su experiencia les permite, considerar las necesidades de los ancianos y los factores exógenos para desarrollar estrategias eficaces, para aumentar su calidad de vida (AOTA 2006). El terapeuta principalmente, debe trabajar con el anciano a modo individual, para restaurar la función, compensar habilidades perdidas, adaptar la actividad o el entorno para facilitar la autonomía y la independencia (AOTA 2006). Dentro de esta estrategia, puede desarrollar las siguientes técnicas:
 - *Entrenamiento en actividades de la vida diaria:* El terapeuta debe ayudar a los ancianos, a compensar los cambios que se producen a lo largo del proceso de envejecimiento en el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD). Tras una valoración exhaustiva de la situación del anciano el terapeuta puede intervenir ante aquellas actividades básicas de la vida diaria (comer o vestirse) y actividades instrumentales de la vida diaria (conducir o cuidado del hogar) a través del desarrollo de estrategias que le ayuden a mantener su bienestar y su seguridad.
 - *Protección articular y conservación de la energía:* Debido a la alta existencia entre las personas mayores de enfermedades crónicas osteoarticulares (consideradas la primera causa de discapacidad en ancianos) y cardiopulmonares, el terapeuta ocupacional puede realizar programas donde enseñe a las personas mayores técnicas y consejo para

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

- *Asesoramiento y entrenamiento para el uso de ayudas técnicas:* La finalidad de las ayudas técnicas es mitigar o disminuir aquellas limitaciones en las capacidades funcionales del anciano en la realización de las actividades de la vida diaria, fomentando de este modo la integración y la participación de la persona mayor en su comunidad. El terapeuta será el encargado de aconsejar al anciano sobre el dispositivo adecuado a su problemática, y se encargará también, del entrenamiento para la utilización de dicha ayuda técnica. Puede por lo tanto, asesorar entre otras, sobre el uso de ayudas técnicas para el cuidado personal (esponjas de mango largo, jaboneras especiales...), para la alimentación (cubiertos adaptados...), vestido (pone medias, abotonadores...), y para facilitar la movilidad (bastones...).

- *Modificación y adaptación del hogar:* La terapia ocupacional juega un papel importante en la identificación de estrategias, que ayudan al anciano a modificar su domicilio ante la necesidad, de una optimización entre él y su entorno que favorezca la utilización de las capacidades funcionales de la persona mayor en el desempeño de las actividades de la vida diaria (AOTA 2006). Gracias a dichas estrategias el terapeuta ocupacional debe aumentar la accesibilidad, la capacidad funcional en las AVD, la seguridad

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

5. Conclusión

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

BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

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

OTRA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.

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

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

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

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

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

UN NUEVO RETO PARA LA AUTONOMIA DE LAS PERSONAS MAYORES: LA LEY DE DEPENDENCIA

A NEW CHALLENGE FOR THE AUTONOMY OF OLD PEOPLE: THE DEPENDENCE LAW

Palabras Clave: Terapia Ocupacional, Ley de dependencia, Autonomía Personal, Valoración, AVD (actividades de la vida diaria).

Key Words: Occupational Therapy, Disabled Persons, Personal Autonomy, , Process Assessment (Health Care), Activities of Daily Living (ADL)

DECS: Terapia Ocupacional, Personas con Discapacidad, Autonomía Personal, Evaluación de Proceso (Atención de Salud) , Actividades Cotidianas.

MESH: Occupational Therapy, Disabled Persons, Personal Autonomy, Process Assessment (Health Care), Activities of Daily Living (ADL).

Dña. Marta Sánchez López

Terapeutas Ocupacionales. Equipo de *Valoración* de la Dependencia. Delegación Bienestar Social de *Toledo*

Dña. Mónica Fuertes Yuguero

Terapeutas Ocupacionales. Equipo de *Valoración* de la Dependencia. Delegación Bienestar Social de *Toledo*

Como citar el texto en sucesivas ocasiones:

Sánchez López M, Fuertes Yuguero M. Un nuevo reto para la autonomía de las personas mayores: la ley de dependencia. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010 [citado fecha]; monog. 3: 122-138 Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/leydependencia.pdf>

Introducción

La ley de Dependencia presenta un nuevo y emocionante reto lanzado desde el Gobierno Central de nuestro país hace ahora dos años. El acceso a un mayor nivel de autonomía y bienestar es ahora un derecho, independientemente del contexto geográfico en el que se resida. Las Comunidades Autónomas se han puesto en marcha, y después de los últimos retoques legislativos, cada una con su propio Decreto, unas con más y otras con menos recursos y esfuerzos, están desarrollando lo que se ha convertido en un nuevo derecho.

Encontrar a la Ley de Dependencia el lugar que se merece es una tarea muy complicada, puesto que requiere la estrecha y continua colaboración de las diferentes instituciones y organismos públicos. Tal y como describen Rodríguez Campo et al (2008) la atención a la dependencia implica

RESUMEN

Ante este nuevo y emocionante reto lanzado desde el Gobierno Central y pasados dos años desde la aprobación de la Ley de la Dependencia, todas las miras se orientan a la prestación de recursos tan esperados como necesarios con los que se compromería la ley. Se trata de ofrecer al ciudadano dependiente una prestación (en cualquiera de sus modalidades) con la que pueda desarrollar una vida digna. Para conseguir este fin, se debe tomar conciencia de los recursos existentes y disponibles, así como todos aquellos deficitarios, para proporcionar una asistencia especializada e individualizada. Pudieran ser parte de ellos: programas de entrenamiento en actividades de la vida diaria, adaptaciones domiciliarias, entrenamiento a cuidadores..., adaptados a las diferentes necesidades de dependencia, recursos que sin duda colaborarían para que se mejorara la calidad de vida de la persona y constituirían una importante fuente de empleo para un profesional tan preparado para atender todas estas situaciones como es el terapeuta ocupacional.

SUMMARY

Before this new and exciting challenge thrown by Central Government and two year later from the approval of Dependence law, all sights are oriented PRESTACIÓN of resources so waited like necessary with the law was compromised. The aim is to offer dependent citizen a service (in any one of its modalities) with the one that could develop a worthy life. To achieve this purpose, it is necessary to become aware of existences and available resources, as well as all those deficit resources, to provide a specialized and individualized assistance. They could be a part of them: programs of training in activities of daily life, domiciliary adjustments, training to keepers ..., these programmes will be converted to different hardships of dependence, these resources, that undoubtedly, would collaborate in order that was improved the quality of life of the person and they would constitute an important source of employment for a professional like is the occupational therapist so prepared to attend all these situations.

una doble cooperación interadministrativa: a nivel vertical (Estado, Comunidades Autónomas y municipios) y a nivel horizontal (instituciones sanitarias y sociales, entre otras.).

En la CC.AA de Castilla la Mancha, las principales instituciones públicas que han conseguido ajustar – cuan de si un puzzle se tratase – tanto sus responsabilidades como el tipo de prestaciones para dar una respuesta satisfactoria a las personas en situación de dependencia son tres: Consejería de Bienestar Social, Consejería de Salud y Consejería de Economía y Hacienda (figura 1)

En concreto, corresponde a las Comunidades Autónomas, las siguientes funciones:

- a) Planificar, ordenar, coordinar y dirigir los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia.
- b) Gestionar los servicios y recursos para la valoración y atención de la dependencia.
- c) Establecer procedimientos de coordinación sociosanitaria.
- d) Crear y actualizar el Registro de Centros y Servicios, facilitando la debida acreditación.

- e) Asegurar la elaboración de los correspondientes Programas Individuales de Atención (PIA).
- f) Inspeccionar y sancionar los incumplimientos sobre requisitos y estándares de calidad de los centros y servicios.
- g) Evaluar periódicamente el funcionamiento del Sistema
- h) Aportar a la Administración General del Estado la información necesaria (Ley 39/2006 de 14 de Diciembre de 2006).

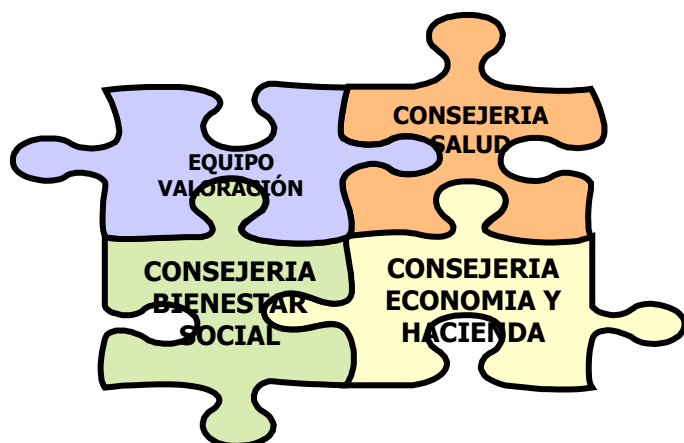


Figura 1. Organismos Públicos implicados en la Ley de Dependencia

El tiempo transcurrido desde la solicitud de la valoración por parte de los equipos de valoración hasta la provisión de los recursos materiales, económicos o asistenciales que se estimen necesarios es un factor primordial en el transcurso del proceso. El tiempo empleado en la tramitación de cada expediente, teniendo en cuenta los tiempos legales de notificaciones, avisos, petición de documentación, etc. suele ser de 3 a 4 meses desde que la persona presenta la solicitud hasta que el valorador acude al domicilio, si bien es cierto que estos tiempos se están acortando, y que siempre hablamos de la experiencia en Castilla La Mancha, donde el número de solicitudes registradas han duplicado las estimaciones previstas antes del comienzo del desarrollo de la Ley en Mayo de 2007.

FASES DEL PROCESO DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

1. Información al ciudadano.
2. Recepción de la solicitud.
3. Aprobación de la solicitud.
4. Gestión de la valoración.

5. Realización de la valoración. Propuesta de grado y nivel. Dictamen
6. Resolución del grado y nivel de dependencia.
7. Elaboración del Programa Individual de Atención (PIA)
8. Negociación del PIA

PRESENCIA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL PROCESO DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

La evaluación de TO proporciona información acerca de los factores que impiden el desempeño de tareas, si estas deficiencias pueden corregirse y si el solicitante debe aprender a realizar las tareas de cuidados personales con equipamientos o técnicas adaptadas. El TO también identifica la importancia de que el paciente desempeñe las actividades independientemente, en relación a los roles ocupacionales y la situación de su hogar y luego fundamenta la intervención en esta información.

El TO está formado para observar la ejecución de funciones. De los profesionales que forman el equipo de intervención, el TO está entrenado para tomar decisiones sobre independencia y graduación de ésta. Estas decisiones se toman en base a la evaluación de los factores psicosociales, sensoriomotores, cognitivos, perceptuales, médicos, ambientales y de las capacidades actuales (Hopkins H; Smith H, 1998, p. 192).

En materia de salud el trabajo aislado raramente conduce a resultados exitosos. Por ello, el trabajo conjunto con el resto de profesionales implicados en la valoración es de "obligado cumplimiento". El reconocimiento de los roles y la experiencia de los otros dentro y fuera de un equipo multidisciplinar es una parte esencial del rol del TO en la provisión del servicio en la actualidad. La habilidad en la comunicación y la relación con individuos y organizaciones implicadas facilita la provisión de servicios" (Turner A; Foster M; Jonson S; 2003)

En la mayoría de las Comunidades Autónomas la figura del TO es el eje fundamental en el proceso de valoración de la situación de dependencia. Entender la valoración como un proceso multifactorial y el dominio del Baremo de evaluación establecido por la ley de dependencia colocan al terapeuta ocupacional en una situación privilegiada dentro del equipo multidisciplinar. Cabe destacar el término de equipo multidisciplinar y no interdisciplinar, ya que las evaluaciones se realizan de forma independiente por cada evaluador. Esto es, cada usuario es evaluado únicamente por el profesional al que le ha correspondido visitarle. Este aspecto, es sin duda, un punto de mejora en la re-evaluación del proceso.

No obstante y remitiéndonos de nuevo a la experiencia en Castilla la Mancha, encontramos una riqueza importante en los profesionales que componen el equipo de valoradores: terapeutas ocupacionales, psicólogos y fisioterapeutas, en los equipos de valoración; y médico, psicólogo y trabajador social como miembros del equipo técnico que realiza el PIA, en estrecha colaboración con los valoradores, estableciendo una relación de comunicación bidireccional y colaboración abierta en cualquier momento del proceso.

UN NUEVO INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN: EL BAREMO DE VALORACIÓN

Con el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, se aprueba el baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia y la escala de valoración específica para los menores de tres años de acuerdo con la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

La edad del solicitante es el criterio base para distinguir dos tipos de baremos de valoración:

- Escala de valoración específica de la situación de dependencia (EVE)
- Baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia (BVD)

Ambos instrumentos de evaluación toman como referencia la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y Salud (OMS, 2001), adoptada por la Organización Mundial de la Salud y establecen tres grados de dependencia. A los resultados de esta valoración se le suman los informes sobre la salud de la persona y el entorno en el que vive, así como las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas.

Escala de valoración específica de la situación de dependencia (EVE)

El EVE valora la situación de dependencia de personas entre cero y tres años, remitiéndose a la comparación con el funcionamiento esperado en otras personas de la misma edad, sin la condición de salud por la que se solicita la valoración.

Esta escala no contempla niveles para cada grado de dependencia. A cada niño valorado se le asigna nivel 2 directamente. También se establecen revisiones de oficio periódicas a los 6, 12, 18, 24 y 30 meses. A los 36 meses se procederá a una nueva valoración aplicando en este caso el BVD.

Variables y componentes de valoración del EVE	
Variables de desarrollo	<i>Actividad Motriz</i> <i>Actividad Adaptativa</i>
Necesidades de apoyo en salud	<i>Peso al nacimiento</i> <i>Medidas de soporte para funciones vitales:</i> Alimentación Respiración Función renal y urinaria Función antiálgica Función inmunológica <i>Medias para la movilidad</i>

Tabla nº1

La valoración se realiza en el entorno habitual y se basa en la observación como medio para obtener la información, ajustándose al manual de uso para el empleo de la escala. La escala se compone de dos apartados, variables de desarrollo y necesidades de apoyo en salud.

En la tabla 1 se especifican los componentes de cada variable de valoración.

La puntuación final se obtiene de la combinación de las puntuaciones obtenidas en la parte de variables de desarrollo y la tabla de necesidades de apoyos en salud.

Baremo de Valoración de los grados y niveles de Dependencia (BVD)

El Baremo de Valoración de grados y niveles de Dependencia (BVD), permite determinar las situaciones de dependencia moderada, dependencia severa y de gran dependencia. Asimismo permite identificar dos niveles de cada grado en función de la autonomía personal y de la intensidad del cuidado que requiere. Es aplicable a cualquier situación de discapacidad y en cualquier edad, a partir de los 3 años de edad.

El manual de uso dispone de un apartado de criterios de aplicación que deben encauzar la valoración de la dependencia, por lo que remitimos al lector de Real Decreto 504/2007 para una lectura exhaustiva de los mismos. La omisión o desviación de estos criterios puede dar lugar a resultados distintos a la hora de establecer grado y nivel.

Debe observarse el nivel de desempeño de las tareas, identificar el problema de desempeño e indicar el grado de apoyo. Para esta observación, el terapeuta ocupacional posee entrenamiento para evaluar y analizar el desempeño de funciones del solicitante, determinando el método y el grado de participación en el cuidado personal. De hecho, en el ámbito de evaluación las destrezas que componen nuestro rol profesional son las de:

- Observar el desempeño de tareas.
- Situar el desempeño de tareas dentro de los roles ocupacionales y ambiente del paciente.
- Analizar qué afecta al desempeño de las tareas.
- Evaluar el nivel de deficiencia de las habilidades.
- Comprender los trastornos médicos y psicológicos.

En función del grupo de edad de la persona valorada así como de la presencia de enfermedad mental, discapacidad intelectual u otras situaciones en que la persona pueda tener afectadas su capacidad perceptivo-cognitiva se establecerán tablas de criterios de aplicabilidad de las tareas y actividades del BVD.

El Baremo incluye 11 actividades, de las que 9 podrían clasificarse como actividades básicas de la vida diaria y 2 de ellas como actividades instrumentales. En la tabla 2 se recoge el listado de actividades que se valoran en cada visita al entorno en el que reside la persona.

Actividades contempladas en la Baremo de Valoración de la Dependencia

- Comer y beber
 - Regulación de la micción/ defecación
 - Lavarse
 - Otros cuidados corporales
 - Vestirse
 - Mantenimiento de la salud
 - Traslados corporales
 - Desplazarse dentro del hogar
 - Desplazarse fuera del hogar
 - Tareas domésticas
 - Toma de decisiones
- (solo aplicable en situaciones de enfermedad mental, discapacidad intelectual así como otras situaciones en que la persona pueden tener afectadas su capacidad perceptivo-cognitiva)
- Tabla nº2

La valoración se basa en la aplicación

de un cuestionario y en la observación directa de la persona que se valora. (Criterio 1, RD 504/2007). En base a este criterio se hace imprescindible que el valorador conozca de manera precisa y maneje estos dos métodos de investigación cualitativa: la entrevista y la observación.

La entrevista es fundamental, tanto con el solicitante como con los cuidadores y/o familiares y en ella suele ponerse de manifiesto la carga del cuidador tanto física, psíquica como social, situaciones de sobreprotección, sentimientos de culpa... por lo que se hace imprescindible que el valorador esté habituado a manejar este tipo de situaciones. Igual de relevante en este sentido es la capacidad de observación del profesional que accede a la intimidad de cada domicilio. "Los terapeutas ocupacionales son reconocidos por su enfoque flexible para solucionar problemas, mantienen una amplia gama de experiencia y tienen unas habilidades de transferencia bien desarrolladas que pueden ser aplicadas a diferentes situaciones" (Turner A; Foster M; Jonson S; 2003)

Se debe orientar cada entrevista en base a las circunstancias de cada solicitante y sobre todo al tipo de discapacidad que presenta. Esto sólo se consigue con un dominio de cada patología y su relación con las actividades de la vida diaria. Por poner un ejemplo, no es lo mismo preguntar a una persona con enfermedad mental si es capaz de vestirse la parte superior del cuerpo cuya respuesta con

probabilidad será un sí que si profundizamos un poco más para llegar al tipo de problemática que presentan estas discapacidades y reformulamos la pregunta de la siguiente manera: ¿adecua la ropa a las condiciones meteorológicas o sociales.

En cuanto a la observación es importante controlar el escenario, realizar una buena recogida de los datos y registrar las informaciones obtenidas de manera clara y precisa. La realidad del día a día se refleja en la ejecución de las actividades en el medio habitual de la persona, eliminando el sesgo que se puede producir al evaluar a la persona en un centro, o entorno no conocido. Para poder concretar a qué tipo de limitaciones se enfrenta, y por qué, y así ponderar el tipo de apoyo que precisa se realizan las actividades que el valorador considere oportunas. Tiene que desarrollarlas de manera adecuada y sin que supongan riesgo.

El Real Decreto 504/2007 exige que las valoraciones se lleven a cabo en el entorno habitual de la persona. Para ello el valorador debe observar los accesos desde el exterior de la vivienda, el acceso interior y el propio interior de la misma (mobiliario y disposición de éste, adaptaciones, ayudas técnicas, riesgos), determinando elementos facilitadores y barreras que influyan en la funcionalidad del solicitante (CIF, 2001).

PROVISION DE SERVICIOS. PRESTACIONES DE LA LEY DE DEPENDENCIA

La provisión de servicios por parte del Estado para compensar la situación de dependencia que puedan experimentar los ciudadanos responde a dos objetivos básicos:

- Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible y
- Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social.

Las prestaciones de atención a la dependencia podrán consistir en servicios o prestaciones económicas e irán destinadas a la promoción de la autonomía personal y a atender las necesidades de las personas con dificultades para llevar a cabo las ABVD

Los servicios tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta de la Red de Servicios del SAAD por las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados.

Si no es posible la atención mediante alguno de los anteriores servicios, se incorporará la prestación económica vinculada al servicio. Esta prestación irá destinada a la cobertura de los gastos del servicio previsto en el Programa Individual de Atención

El beneficiario podrá, excepcionalmente, recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención

La prioridad en el acceso a los servicios vendrá determinada por el grado y nivel de dependencia y, a igual grado y nivel, por la capacidad económica del solicitante. Hasta que la red de servicios esté totalmente implantada, quienes no puedan acceder a los servicios tendrán derecho a la prestación económica vinculada al servicio.

El catálogo de servicios previsto contempla una amplia variedad de alternativas que puedan responder no solo a las necesidades de los ciudadanos sino también a sus preferencias de asistencia y acceso a la autonomía. En el caso de personas mayores, éstas pueden preferir asistir a un centro de día y continuar viviendo en su domicilio en lugar trasladarse a una residencia; recibir a los

profesionales servicio de ayuda a domicilio para preparar la comida en casa o asistir al servicio de comedor del centro de día.

Las variedades asistenciales que propone la Ley de Dependencia son seis y combinan la creación de servicios tradicionales en geriatría como son los centros de día y residencias de ancianos, con la introducción de nuevos servicios hasta ahora únicamente desarrollados desde alguna iniciativa particular. Tal es el caso de los Servicios de Prevención de situaciones de dependencia, los Centros de Día para menores de 65 años o el Centro de Noche. La denominación de servicios propuesta por la Ley y que corresponderá a cada Comunidad Autónoma gestionar y adaptar a las situaciones concretas de su población es la que sigue:

1. Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal: tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables

2. Servicio de Teleasistencia.

3. Servicio de Ayuda a domicilio:

- Atención de las necesidades del hogar.
- Cuidados personales.

4. Servicio de Centro de Día y de Noche:

- Centro de Día para mayores.
- Centro de Día para menores de 65 años.
- Centro de Día de atención especializada.
- Centro de Noche.

5. Servicio de Atención Residencial:

- Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
- Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

6. Prestaciones económicas:

- Prestación económica vinculada al servicio: la prestación económica, que tendrá carácter periódico, se reconocerá, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado. Esta prestación económica estará vinculada a la adquisición de un servicio.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a los cuidadores no profesionales: excepcionalmente, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención, se reconocerá una prestación económica para cuidados familiares. El cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se determinen. Se promoverán acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales y medidas de atención para periodo de descanso.
- Prestación económica de asistencia personal: La prestación económica de asistencia personal tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personal

La cuantía de las prestaciones económicas se acordará por el Consejo Territorial.

LA LEY DE DEPENDENCIA EN CIFRAS (COMUNIDAD DE CASTILLA LA MANCHA)

En casi 3 años de desarrollo y finalizando el año 2009, se han realizado en la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha más de 50.000 dictámenes, de las 62159 valoraciones solicitadas. De estas solicitudes el 75% corresponden a personas mayores de 65 años (IMSERSO, 2009). Pero lejos de realizar una visión negativa o catastrófica de estas cifras que parecen alertar sobre los niveles de dependencia del envejecimiento y por ende de los mayores de

nuestra región, estos datos nos conducen a dos conclusiones interesantes. La primera de ellas es el deseo de autonomía de las personas mayores y el ejercicio de este derecho. En segundo lugar, un gran reto, el de ofrecer servicios, oportunidades, ocupaciones y actividades que colmen ese deseo de autonomía y disfrute de la vida.

En el clima actual de la salud y el cuidado social, donde el énfasis se centra en el uso de los recursos de manera efectiva y eficiente, y en la provisión basada en pruebas, es fundamental que los TO estén informados sobre el valor y limitaciones de las intervenciones actuales. El desarrollo profesional continuado para mantenerse familiarizado con la últimas pruebas evidenciales, junto a la evaluación práctica y a la reflexión sobre las propias prácticas, facilita la provisión y el desarrollo de un servicio de calidad.”

Según los objetivos de la ley y con los datos estadísticos dados se presenta ante los terapeutas ocupacionales un nuevo e importante yacimiento de empleo, idóneo para el desarrollo de la profesión centrado en la prevención y el fomento de la autonomía, así como la atención a las situaciones de dependencia irreversibles.

REFLEXIONES FRUTO DE TRES AÑOS DE TRABAJO EN LA LEY DE DEPENDENCIA

A lo largo de este artículo se han expuesto las directrices generales del proceso de evaluación que establece la Ley de Dependencia y su vinculación con la Terapia Ocupacional. La felicitación tanto al gobierno estatal como al autonómico por el desarrollo de esta iniciativa que convierte la autonomía funcional en un deber del Estado y en un derecho de todo ciudadano es unánime. Sin embargo, hay determinados matices de esta ley que consideramos pueden ser revisados para optimizar los resultados.

El primer aspecto a revisar es el número y el tipo de actividad que se contemplan en la herramienta de valoración de la dependencia. La capacidad

de comunicación (comprensión y expresión) del solicitante, incluidas en otras escalas de valoración anteriores como por ejemplo en la FIM ("Medida de la independencia funcional"), es la gran olvidada en el actual baremo. Por otra parte, el desempeño funcional y ocupacional de la persona no se reduce a once actividades básicas. La autonomía de una persona también se mide por su capacidad para trabajar, estudiar o participar en la sociedad. Sería interesante considerar la inclusión de estas actividades en el baremo de valoración.

Directamente relacionado con la revisión de los contenidos de los baremos de evaluación se encuentran los criterios de diferenciación de los mismos. En la actualidad la edad del solicitante es el principal criterio de distinción, como se reflejaba anteriormente existen dos baremos, uno destinado a niños hasta tres años de edad y otro destinado a personas a partir de tres años. Sería conveniente revisar estos criterios y valorar la posibilidad de establecer diferenciaciones en la valoración a partir del tipo de discapacidad física, mental, social, etc.

El perfil profesional del valorador de la situación de dependencia es otro aspecto que necesita ser concretado. En la actualidad, existe discrepancia de opiniones en las diferentes Comunidades Autónomas sobre cual es el perfil más adecuado para realizar estas valoraciones, existiendo en la actualidad varios profesionales realizando esta función. En breve, las distintas administraciones deberán tomar carta en el asunto y ofrecer respuestas concretas al respecto. Somos de la opinión de que es imprescindible que el valorador conozca la herramienta al detalle, en este caso el EVE y BVD, para lo que sin lugar a duda se necesita formación, pero no comprendemos que con el resto de los conocimientos: Actividades de la Vida Diaria, observación, entrevista, ayudas técnicas, patologías, síndromes geriátricos, características del entorno...se intente hacer un "curso relámpago" para formar a profesionales no vinculados directamente con estos conocimientos, porque estas áreas de conocimiento ya forman parte de la formación universitaria del terapeuta ocupacional (remitimos

al lector al Plan de estudios de la Diplomatura Terapia Ocupacional, asignaturas troncales).

El terapeuta ocupacional se convierte en figura imprescindible en el presente y futuro del desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, tanto en el proceso de valoración como en la provisión de servicios que esta Ley ofrece, por las competencias profesionales que posee, a saber:

1. Conocimiento de todo tipo de patologías y su relación con las AVD.
2. Desarrollo humano en el transcurso del ciclo vital: una Ley tan ambiciosa que da cobertura a todos los grupos erarios debe contar con profesionales formados en la evolución del desarrollo evolutivo.
3. La ocupación como principal actividad de los seres humanos: las personas presentan ocupaciones y roles ocupacionales, mientras ejecutan actividades y tareas, siendo la tarea parte de la actividad, y la actividad "cualquier cosa que requiere el procesamiento mental de datos, la manipulación física de los objetos o el movimiento dirigido, siempre con unos elementos comunes como son el participante, el propósito, un procedimiento, y unas demandas de ejecución" (Trombly, 1990)
4. Ambientes humano y no humano: conocimiento pormenorizado del entorno físico y social en el que, y ajustando a las capacidades de cada persona, se determinen qué factores son facilitadores y cuales son barreras.
5. Interpretación e influencias de la cultura: las actividades de la vida diaria son aquellas realizadas habitualmente por las personas, siendo universales, si bien, con diferentes contextos culturales. Nos enfrentamos a una realidad multicultural a la que el profesional debe dar respuesta.
6. Nuevas herramientas de trabajo: la informática y sus aplicaciones, nuevos programas, técnicas de investigación...

Para finalizar, como terapeutas ocupacionales en primer lugar, y como miembros del equipo de atención de la dependencia de Castilla la Mancha en segundo, deseamos que en breve se desarrolle el plan de "Promoción de la autonomía personal". Tras nuestra experiencia en este trabajo observamos como sería posible mejorar la calidad de vida de muchas personas, tanto a nivel del solicitante como de los cuidadores, con intervenciones centradas en la autonomía.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001.
2. Hill J. Áreas de ejecución en Terapia Ocupacional. En: Hopkins H, Smith H. Terapia Ocupacional. Madrid: Panamericana; 1998. 192-94.
3. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia [monografía en Internet]. Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación; 2009 [acceso 19 de noviembre de 2009]. Disponible en: http://www.imserso.es/Presentacion/groups/imserso/documents/binario/estsis_aad20091101.pdf
4. Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones de población actual a partir de censo de 2001 [monografía en Internet]. [acceso 19 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiBD/menu.do?type=db&divi=EPOB&his=0>
5. 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 229, (15-12-2006).
6. Polonio B. Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica. Madrid: Panamericana; 2003.
7. Polonio B, Durante P, Noya B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Panamericana; 2001.
8. Real Decreto 507/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el Baremo de Valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006 de 14 de Diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, nº 96, (21-04-2007).
9. Rodríguez Campo R, Calvo Torres I, García Crespo MV, López Otero J, Vázquez Otero AM. Sistema para la autonomía y atención a la dependencia. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [-19 de noviembre de 2009-]; 5(8): [32 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/revision1.pdf>
10. Trombly CA, Scott AD. Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. Prensa Med Mex. 1990: 98-99.
11. Turner A, Foster M, Johnson SE. Terapia Ocupacional y Disfunción Física: Principios, Técnicas y Práctica. Madrid: Elsevier España; 2003.

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 beneficien 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.

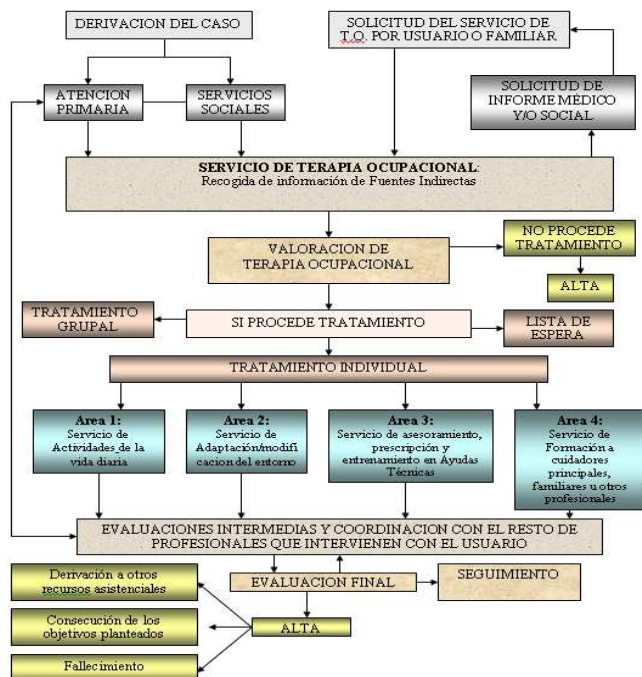


Figura 5: Proceso de terapia ocupacional

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

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.

❖ **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:

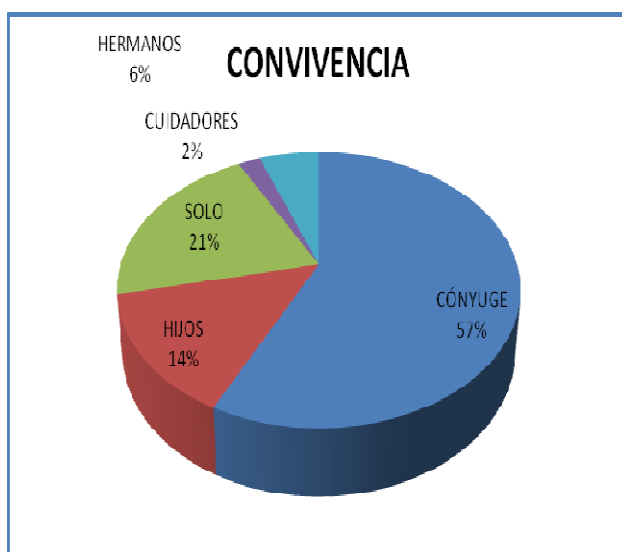
11. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

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%
PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR	51,49%
PATOLOGÍA NEUROLÓGICA	7,08%
PATOLOGÍA CARDIORESPIRATORIA	6,71%
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICO (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.

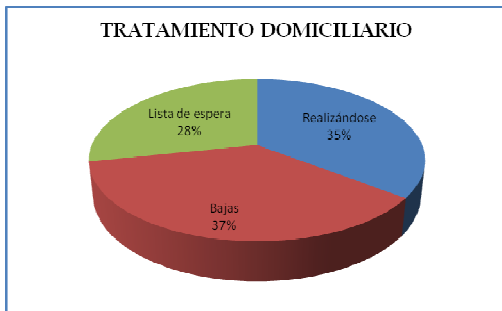
El gran peso del Proyecto recae en el Tratamiento Domiciliario/ Individual con un total de 85 personas mayores susceptibles, de las cuales se trabajan en la actualidad con un 35% (gráfica 2).

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

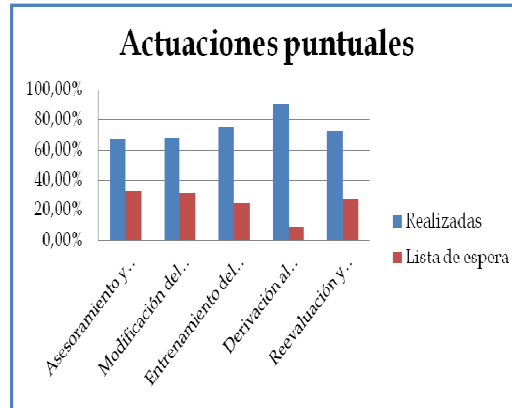
En relación a la accesibilidad, entendemos que es una propiedad básica del entorno edificado o urbanizado. Gracias a ella todo tipo de

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.

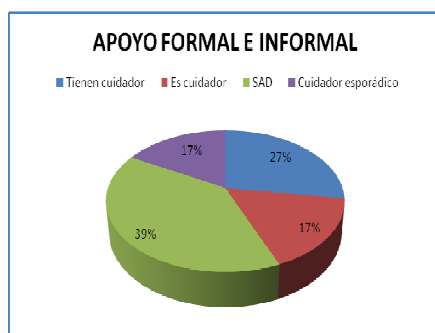


Gráfico 6: Apoyo Formal e informal

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.

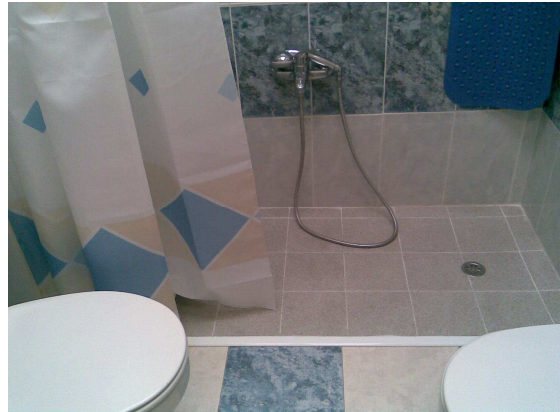


Imagen 6: Adaptación de Baño: Suelo antideslizante sin escalón y con pendiente a desagüe.



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.

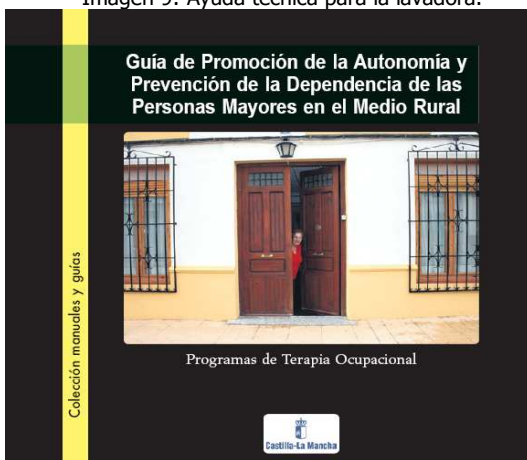


Imagen 9. Portada Guía de Promoción de la Autonomía y Prevención de la Dependencia de las Personas Mayores en el Medio Rural. JCMM-ACAMTO



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

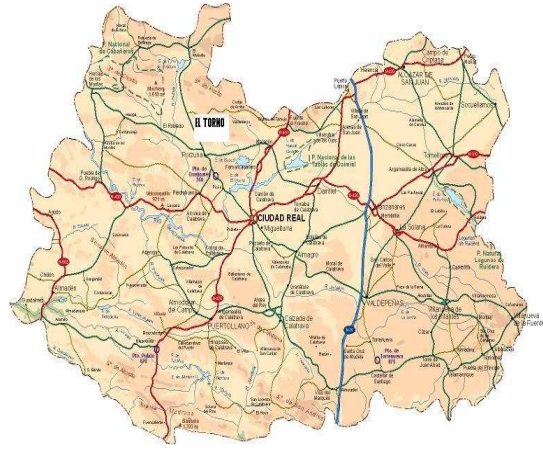


Figura 2: Mapa de la Provincia de Ciudad Real. Ubicación de El Torno

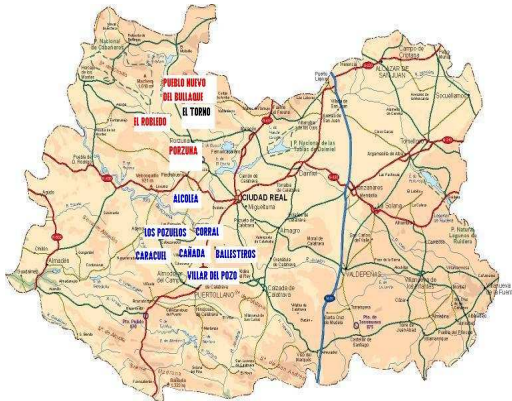


Figura 3: Ampliación de los municipios en el proyecto por años:
Negro: 2006 Rojo: 2007 Azul: 2008-2009

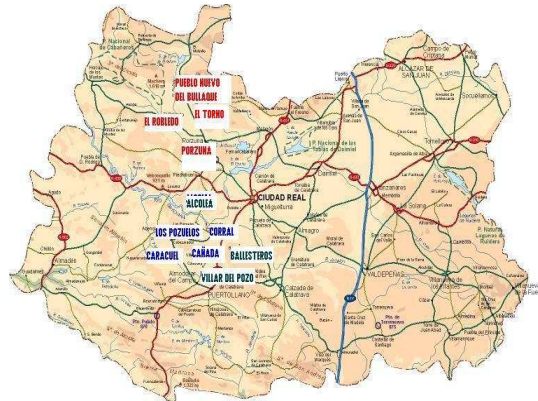


Figura 4: Distribución de municipios por terapeuta ocupacional
T.O. 1: Rojo T.O.2: Verde T.O.3: Azul

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:

TERAPIA OCUPACIONAL EN CUIDADOS PALIATIVOS: OCUPAR ANTES DE MORIR

OCCUPATIONAL THERAPY IN PALLIATIVE CARE: TAKE UP BEFORE DYING

Palabras Clave: Terapia Ocupacional, Cuidados Paliativos, Rehabilitación, cancer, autonomía.

Key Words: Occupational Therapy, Palliative Care, Rehabilitation, Cancer, Personal Autonomy.

DECS Terapia Ocupacional, Cuidados Paliativos, Rehabilitación, Neoplasia, Autonomía Personal.

MESH Occupational Therapy, Hospice Care, Rehabilitation, Neoplasms, Personal Autonomy.

Dña. Ana Isabel Corregidor Sánchez.

Diplomada en Terapia Ocupacional. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Profesora Universidad Castilla la Mancha

Dña. Reyes Ávila Tato.

Médico Especialista en Geriátrica. Unidad Cuidados Paliativos Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Como citar el texto en sucesivas ocasiones:

Corregidor Sánchez AI, Ávila Tato R. Terapia ocupacional en cuidados paliativos: ocupar antes de morir. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010 [citado fecha]; monog. 3: 185-213 Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/paliativos.pdf>

Introducción

El envejecimiento en España es un hecho patente y constatable, especialmente en las últimas décadas (figura 1). Si en 1950, la población mayor de 65 años representaba el 7.2%, en 1991 era de un 13.2% y a comienzos de este nuevo siglo, llegaba a situarse en el 17%, estimándose que, para el 2020, dicho sector de la población se incremente hasta el 21% (Informe 2000). En paralelo a esto, y en relación con la mayor comorbilidad en el anciano, existe una mayor tendencia al incremento de la discapacidad en la población mayor de 65 años (figura 1).

Entre los 65 y 85 años el riesgo de padecer cáncer varía entre el 23% para los varones y el 17% para mujeres y supone la segunda causa de mortalidad tras las enfermedades cardiovasculares. Se estima que en el 2020 el 70% de todos los cánceres ocurrirán en mayores de

RESUMEN

Los cambios fisiológicos propios de la edad, el mayor tiempo de exposición a los carcinógenos junto con los mejores métodos diagnósticos y la mayor supervivencia hacen que la incidencia de las patologías oncológicas aumente claramente conforme lo hace la edad. Los cuidados paliativos, tanto a ancianos con cáncer como ancianos con enfermedades avanzadas, se ha convertido en una especialidad multidisciplinar que se centra en el tratamiento del dolor, así como en los problemas psicológicos, sociales, funcionales y espirituales que interfieren en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades incurables. En el presente artículo se abordan la filosofía de los cuidados paliativos en el anciano, la composición del equipo interdisciplinar y la red actual de recursos asistenciales en España así como los criterios de calidad. De forma más específica se aborda el papel de la medicina rehabilitadora en el marco de los cuidados paliativos y la aportación de la Terapia Ocupacional para mejorar la funcionalidad y autonomía de los pacientes mayores con enfermedad avanzada. Finalmente, se reflexiona sobre los costes personales que supone trabajar en unidades de cuidados paliativos.

SUMMARY

The physiological changes of age, the longer the exposure to carcinogens along with the improvement diagnostic methods and increased survival make that the incidence of oncological pathologies increases as age does. The palliative care, both elderly people with cancer as the elderly with advanced disease, has become in multidisciplinary specialty, which is focused on the treatment of pain, as well as in the psychological, social, functional and spiritual problems to interfere with the quality of life of patients with incurable diseases. Philosophy of palliative care in the elderly, interdisciplinary team composition and the current network of health care resources in Spain and quality criteria are broached in this article. The role of rehabilitation medicine in the context of palliative care and the contribution of Occupational Therapy to improve the functionality and autonomy of elderly patients with advanced disease are broached more specifically. Finally, it explains about some reflections about the personal costs that it supposes being employed at units of palliative care units.

- Enfermedad incurable, avanzada y progresiva.
- Pronóstico de vida limitado
- Escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos
- Presencia de múltiples síntomas (media de 8-10 síntomas) (6), multifactoriales y cambiantes
- Gran impacto emocional en la unidad enfermo-familia
- Alta demanda y uso de recursos

65 años (Balducci et al, 2000).

Asimismo, también puede presentarse un aumento de la prevalencia de patologías no oncológicas de carácter crónico en fases avanzadas e invalidantes.

A pesar de que los cuidados paliativos comúnmente se refieren a la atención de personas con cáncer, esta filosofía se aplica a cualquier paciente que se enfrenta a una enfermedad terminal.

Según la OMS, los criterios establecidos que definen a un paciente con enfermedad en fase avanzada / terminal son (WHO, 1994):

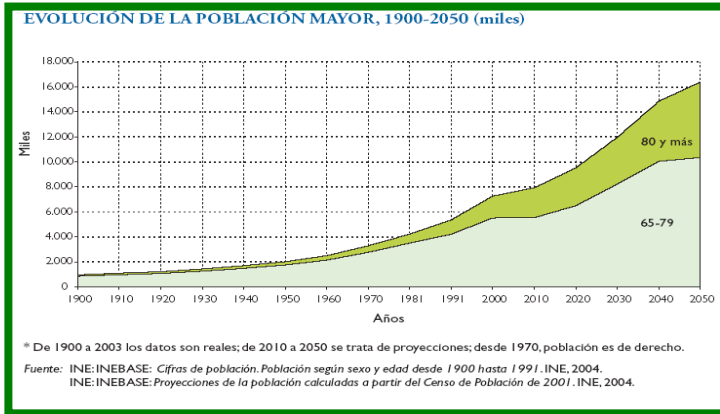


figura nº1

En el ámbito geriátrico, en concreto en el caso de las patologías no oncológicas avanzadas, además de estos criterios hay que añadir los factores pronósticos propios del anciano, como son la

comorbilidad, la desnutrición y la pérdida funcional, para hacer una mejor aproximación diagnóstica y pronóstica.

Existen una serie de características que son compartidas por las patologías oncológicas y las no oncológicas como son la presencia de múltiples síntomas (dolor, disnea, astenia, anorexia,



figura nº2¹

estreñimiento), presencia de pluripatología con polifarmacia y la repercusión de la enfermedad fundamental (y su grado de evolución) en la situación funcional, mental y social.

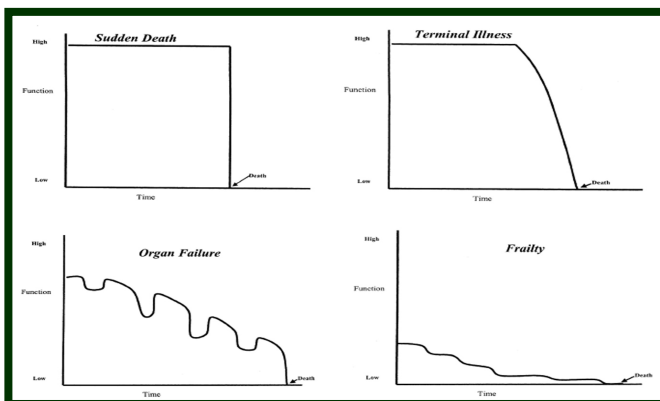


figura nº3²

Además, en las patologías no oncológicas, caben destacar algunas peculiaridades como: a) evolución más irregular, menos predecible, dependiente de procesos intercurrentes.

¹ Jiménez Lara A (2005). Los mayores en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias. Febrero 2005.

En la ilustración 3 se muestran los distintos patrones de evolución/pronóstico que pueden seguir estas patologías b) predominio de presentaciones atípicas (síndromes geriátricos); c) el paciente y la familia no tienen la misma percepción de gravedad lo cual dificulta la aceptación de todo el proceso y la toma de decisiones respecto a la intensidad del tratamiento; d) es más difícil establecer un pronóstico. Los enfermos con patologías en fases avanzadas y terminales presentan una alta necesidad y demanda asistencial que requiere la implicación de todos los niveles asistenciales del sistema sanitario.

La evolución y progresión de las distintas enfermedades hacen que los cuidados paliativos formen parte de la continuidad en el manejo de las mismas; no hay un punto y aparte a partir del cual se excluyan opciones terapéuticas más activas de las específicamente sintomáticas sino que debe hacerse de forma gradual, en relación con la propia progresión de la enfermedad.

Los avances científicos, la detección temprana y la atención interdisciplinar contribuyen a que estos pacientes vivan más tiempo y el tratamiento se inicie desde el momento del diagnóstico, sin esperar a fases terminales.

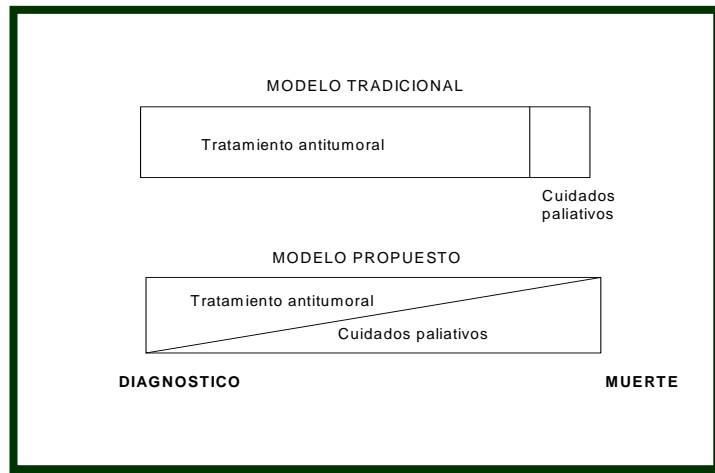


figura nº4³

Frente a modelos más categóricos, Hurley et al (2000), propusieron un modelo de "cuidados al final de la vida", más acorde con la asistencia geriátrica incluyendo las patologías crónicas de curso menos predecible.

² Patrones de evolución-pronóstico. (Lunney JR et al, 2002),.

³ Modelos organizativos de atención a los pacientes oncológicos y de los cuidados paliativos propuesto por la Organización Mundial de la Salud. World Health Organization, 1994

Este modelo entiende los cuidados paliativos como parte de un abordaje integral en el que además se encuentran el manejo de situaciones clínicas agudas y la toma de decisiones. La diferencia entre estos dos enfoques puede apreciarse en la ilustración 4. Mientras que los modelos tradicionales también denominados teminalistas, proponen la atención en las fases terminales de la enfermedad, el modelo de Hurley propone una atención global desde el momento del diagnóstico.

La atención paliativa se ha convertido en una especialidad multidisciplinar que se centra en el tratamiento del dolor, así como en los problemas psicológicos, sociales, funcionales y espirituales que interfieren en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades incurables. En la medicina paliativa tienen cabida disciplinas como la oncología médica, neurología, psiquiatría, geriatría, anestesiología, enfermería, nutrición y rehabilitación.

Las bases propuestas en el Plan Estratégico del Sistema Nacional de Salud (2007) para los cuidados paliativos son:

- atención integral (aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales)
- atención individualizada y continuada
- paciente y familia : unidad a tratar
- promoción de la autonomía y la dignidad del paciente, elaborando con él mismo los objetivos terapéuticos
- concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y positiva para intentar preservar la autonomía e independencia en la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVDs)
- ambiente de confort, confianza, respeto, soporte y comunicación

El equipo interdisciplinar, los niveles asistenciales, la consideración de los criterios de calidad, el control sintomático, el apoyo emocional y la comunicación son los instrumentos básicos para conseguir estas bases de atención.

NIVELES ASISTENCIALES DE ATENCIÓN E INDICADORES DE CALIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS.

El punto de inflexión en el marco de los cuidados paliativos, vino de la mano de *Cicely Saunders* al fundar en 1967 el St. Christopher´s Hospice (Londres), con una filosofía de trabajo interdisciplinar como base fundamental para la atención de los pacientes con patologías terminales. A partir de ese momento, comenzó la expansión a nivel mundial (Boulay, 1996). El desarrollo de los equipos de atención domiciliaria – *Hospice Care Team*– fue el siguiente paso en la atención personas con enfermedad terminal. La Fundación Marie Curie –*Marie Curie Cancer Care*– comenzó a trabajar proporcionando sobre todo un importante soporte social mediante enfermeras para noches y casas de acogida para enfermos con cáncer. Posteriormente, también en Inglaterra, se desarrollaron los primeros centros de día para pacientes con cáncer.

En España, la primera Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) con reconocimiento oficial se formó en el año 1987, en el Hospital Marqués de Valdecilla (Santander), seguida de la Unidad del Hospital Santa Creu de Vic (Barcelona) también en 1987. Desde entonces, el número de programas ha seguido una evolución progresiva manteniéndose un crecimiento en torno a los 18 programas por año. En el año 2000 se identificaron 206 programas de Cuidados Paliativos en funcionamiento en el año 2000: 104 equipos de atención domiciliaria, 29 Unidades de Cuidados Paliativos en Hospitales Generales, 52 Unidades en Hospitales de Apoyo o Centros socio-sanitarios y 21 Equipos de Soporte Hospitalario (Centeno C, 2000). La lista de recursos puede consultarse en

http://www.secpal.com/directorio/docs/Recursos_directorio_SECPAL_2004.doc

En la actualidad, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) reconoce cuatro tipos de atención: Atención hospitalaria, Atención domiciliaria, Consulta externa, Hospital de día, a los que cabe añadir la alternativa institucional o residencial.

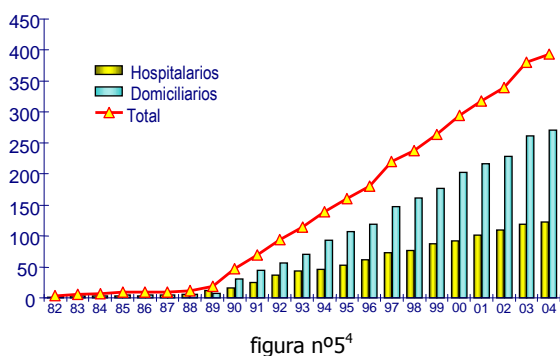


figura nº5⁴

La proporción entre recursos hospitalarios y domiciliarios se ha mantenido constante con mínimas variaciones entre comunidades (ilustración 5). Sin embargo, a pesar de este crecimiento, como respuesta a la gran demanda y al creciente

interés del sistema sanitario para responder a la misma (Flores et al, 2005), existe una importante heterogeneidad de recursos entre las distintas Comunidades Autónomas, que provoca que en alguna de ellas, la cobertura paliativa específica que se puede ofrecer es reducida.

Para Kealey (2005), en los últimos 20 años ha habido un crecimiento considerable en la prestación de servicios domiciliarios paliativos, que ha favorecido la inclusión del terapeuta ocupacional en estos equipos. Los cuidados domiciliarios suponen una situación beneficiosa para el paciente, aunque suponen grandes exigencias para la familia. En este sentido el terapeuta ocupacional puede incrementar el confort y funcionalidad del paciente al mismo tiempo abordar las necesidades de formación de los cuidadores.

En la búsqueda de criterios de calidad de los cuidados al final de la vida, deben tenerse presentes las diferentes percepciones del proceso de la muerte, la flexibilidad y la consideración de la perspectiva personal y cultural son determinantes para la calidad de cuidados percibida por el paciente (Jiménez Rojas, 2002). Aspectos como el alivio del dolor y síntomas psicológicos, el mantenimiento de la función, resolver tareas de la vida incompletas y la sobrecarga a cuidadores son los criterios identificados como prioritarios por los pacientes (*Guidelines in the care of the dying cancer patient. HOC, 1996*). En este sentido Lynn (1997) y el Comité de Ética de la Sociedad Americana de

⁴ Evolución del número de Recursos Específicos en Cuidados Paliativos desde el año 1982 a 2004. Fuente Directorio SECPAL 2002 y Directorio SECPAL 2004

Geriatría identifican diez principios básicos de la calidad en los cuidados al final de la vida (tabla 1).

De forma directa dos de estos criterios, "mantenimiento de la funcionalidad y de la autonomía" y "valoración de la carga familiar" tiene que ver directamente con la implicación del terapeuta ocupacional en la atención paliativa.

Mantener el grado de funcionalidad del que el paciente sea capaz y proporcionar información al cuidador sobre las técnicas más adecuadas de

movilización, estimulación y relajación son, entre otras, las intervenciones de terapia ocupacional que van dirigidas a maximizar la función del paciente y minimizar el esfuerzo del familiar/cuidador.

Criterios de Calidad al final de la vida

Sociedad Americana de Geriatría

1. Control de síntomas físicos y emocionales
2. Mantenimiento de la funcionalidad y autonomía
3. Previsión de cuidados
4. Grado de agresividad de la intervención, decisiones de hospitalización y elección del lugar donde morir.
5. Grado de satisfacción del paciente y la familia
6. Calidad de vida global
7. Valoración de la sobrecarga familiar
8. Pronóstico
9. Cuidados continuados y especializados
10. Atención al proceso de duelo.

Tabla nº1 Criterios de Calidad al final de la vida

Equipos interdisciplinarios en cuidados Paliativos

La interdisciplinariedad permite alcanzar el objetivo general de la atención paliativa: dar una respuesta especializada a la variedad de problemas que se presentan estos pacientes y sus familiares: alteraciones clínicas, síntomas físicos como fatiga y disnea, dolor, problemas psicológicos, funcionales, sociales. En palabras de Cicely Saunders, podemos resumir que *"todo el trabajo del equipo profesional es permitir a la persona que muere vivir hasta que muere, hasta el límite de su capacidad física y mental, siempre que sea posible."*

La SECPAL define estos equipos como aquellos equipos interdisciplinarios con formación y vocación específicas, que atienden exclusivamente a enfermos terminales con criterios definidos de admisión, realizando atención integral y continuada de enfermos y familia, con uso regular de protocolos y

documentación específicos, actividades regulares de trabajo interdisciplinar y soporte del equipo.

Los componentes habituales de un equipo específico completo incluyen médicos, enfermeras y auxiliares, asistentes sociales, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, agentes de pastoral sanitario. La logopedia es una disciplina que normalmente no suele contemplarse, a pesar de su imprescindible contribución en materia de alimentación (disfagia) y comunicación (mejorar la inteligibilidad del habla y la naturalidad).

El proceso de construcción y consolidación de un equipo de Cuidados Paliativos es complejo, largo y laborioso. Requiere la definición clara del proyecto, la formación rigurosa y específica de sus miembros, la creación de un núcleo inicial, elaboración de un consenso interno que incluye la definición de objetivos, los roles, mecanismo de soporte, y organización práctica del trabajo. La duración habitual de estos procesos es de 3 a 6 años.

Un estudio llevado a cabo por Higginson (2000) sobre la configuración de 43 centros de atención diurna en Inglaterra, reveló que médicos, enfermeras, capellanes, aromaterapeutas y peluqueros formaban parte estable del equipo, mientras que terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, podólogos y musicoterapeutas variaban en función de las características del centro.

En el caso de España, a pesar del reconocimiento del terapeuta ocupacional como miembro del equipo de cuidados paliativos, en la encuesta nacional sobre Programas de Cuidados Paliativos en España realizada en el año 2000 y promovida por la SECPAL (Centeno Cortes et al, 2004) no aparecen datos sobre la presencia de terapeutas ocupacionales en estos equipos⁵. Puede ser debido a la escasa representación de terapeutas ocupacionales en los equipos o a la

⁵ Esta encuesta arroja los siguientes datos sobre el número y tipo de profesionales que forman los equipos de cuidados paliativos en España: 399 médicos, 663 enfermeras y 398 auxiliares, 91 psicólogos, 134 trabajadores sociales y 49 capellanes (Centeno Cortes et al, 2004).

omisión de la figura del terapeuta en la recogida de datos. En cualquier caso, y de acuerdo con Kealey (2005) es necesario aclarar las lagunas que existen en cuanto a la contribución del terapeuta ocupacional en los cuidados paliativos. Este artículo pretende ser una muestra de ello.

¿REHABILITAR EN CUIDADOS PALIATIVOS?

¿Rehabilitación en cuidados paliativos?? Es la primera pregunta que suele surgir cuando se desconoce el campo de los cuidados paliativos. Un estudio realizado con 200 profesionales recién titulados, entre los que se encontraban enfermeras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y fisioterapeutas puso de relieve que la mayoría de encuestados habían integrado la filosofía de la atención paliativa al trabajar en este campo y no previamente (Copp et al, 2007). Un estudio más reciente de Brito Placencia et al (2009), ha comprobado así mismo que los estudiantes de enfermería se sentían poco preparados para tratar las necesidades emocionales y asistenciales de personas con enfermedad terminal. Las implicaciones que estos resultados tienen en relación a las necesidades específicas de formación son significativas.

A priori, los objetivos de ambas disciplinas, medicina paliativa y rehabilitación, parecen incompatibles. La medicina paliativa se asocia a los cuidados que tienen lugar en los últimos momentos de la vida, mientras que la rehabilitación se asocia a los momentos que nos quedan por vivir. Sin embarbo, como suele ocurrir con la mayoría de apriorismos, el que nos ocupa también ha de ser revisado para comprender que los cuidados paliativos y la rehabilitación comparten objetivos y enfoques terapéuticos comunes.

La experiencia clínica sugiere que la aplicación de los principios fundamentales de la rehabilitación puede mejorar el cuidado y la satisfacción de las personas que reciben cuidados paliativos. La función y la independencia debe mantenerse el mayor tiempo posible para mejorar la calidad de vida del paciente y reducir la carga de cuidado de los cuidadores (Santiago Palma, 2001).

En los pacientes con enfermedades avanzadas hay una alta prevalencia de dolor, fatiga, debilidad generalizada, disnea, náuseas, vómitos, depresión y ansiedad (Donnelly, 1995). Además, una proporción importante presentan limitaciones físicas como consecuencia de la progresión del cáncer, los periodos de inmovilismo, la quimioterapia o radioterapia o la cirugía. Las repercusiones sobre el nivel de funcionamiento y el impacto psicosocial son evidentes. El aislamiento y la pérdida de autonomía y dependencia del cuidador se encuentran entre los problemas más preocupantes (Breitbart, 1998). La rehabilitación pretende contribuir a alcanzar el máximo grado físico, psicológico y social acorde a la situación clínica y ambiental, las limitaciones, deseos y las expectativas que estos pacientes tienen.

Probablemente Lehmann et al (1978) fueron los primeros en reivindicar las necesidades de rehabilitación de los pacientes con cáncer. Un trabajo con 800 paciente que recibían cuidados paliativos, identificó vacío asistencial y necesidades no cubiertas, entre las que figuraban alteraciones en la comunicación, deterioro de la función respiratoria, dolor, restricción en las actividades de la vida diaria (vestido, comer, higiene personal), movilidad y transferencias.

Más tarde Yoshioka (1994) documenta la aceptación favorable y el éxito de programa de rehabilitación en Japón, que incrementó la puntuación en el Índice de Barthel en 239 pacientes, de 301 que formaron parte del estudio. Además, 46 pacientes fueron capaces de volver al hogar después de recibir rehabilitación. Estos programas contaban con distintos profesionales que trabajaban el posicionamiento, el rango articular, movilidad en la cama y en el baño, entrenamiento de transferencias, deglución y abordaje de las actividades de la vida diaria.

A pesar de estos éxitos, Harvey (1982), subraya la escasez de investigación sobre los beneficios de la rehabilitación en estas unidades, así como el tipo de abordajes y la intensidad de los mismos.

Fases de la Enfermedad	Intervenciones de Rehabilitación
Desde el diagnóstico hasta la planificación del tratamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración del Impacto Funcional 2. Preservar la funcionalidad afectada 3. Antes T (por ejemplo, ROM, fuerza muscular y AVD)
Tratamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de los efectos de los tratamientos sobre la función (cirugía, quimioterapia, radiación, agentes biológicos) 2. Preservar y restaurar la función a través del ejercicio, tratamiento del edema y aumento de la actividad cotidiana 3. Control del dolor mediante el calor/frío, tens,
Después del tratamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar un programa para ayudar a restablecer la rutina diaria y promover un estilo de vida saludable 2. Formar al paciente sobre el autoentrenamiento (fuerza, ROM, edema, dolor, etc) 3. Supervisión de un programa de mantenimiento de ejercicio, tratamiento postural del edema, y la movilidad
IV. Recurrencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educar al paciente sobre el impacto de la recurrencia y su efecto sobre la función 2. Formar al paciente sobre lo que debe supervisar en el contexto de la situación clínica nueva 3. Supervisión del paciente en un programa apropiado para restaurar la función o prevenir su deterioro 4. Ayudar al paciente a mantener la actividad y la calidad de vida
V. Fin de la vida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formar a cuidadores / familia en materia de movilidad, y normas de protección articular. 2. Prescripción de proyectos de apoyo o ayudas técnicas, para asegurar el confort. 3. Mantener la independencia en

Los cuidados paliativos ya no se limitan a proporcionar una "buena muerte" (libre de sufrimiento y angustia), sino que se entienden como un concepto más amplio que engloba la asistencia médica global a los pacientes con enfermedades progresivas en las que no existe tratamiento que vaya a modificar sustancialmente su evolución (Jiménez Rojas, 2002).

Las personas mayores en esta situación pueden continuar viviendo en su domicilio, utilizar recursos asistenciales o ingresar en unidades hospitalarias en función de su evolución (ilustración 3). La Rehabilitación específica de Cuidados Paliativos trata de ayudar a la persona a obtener el máximo funcionamiento ocupacional, social y psicológico dentro

actividades básicas como a alimentación o actividades instrumentales como al comunicación.

de los límites impuestos por la enfermedad y los

Tabla nº2 Intervenciones en las distintas fases de la atención paliativa

objetivos de tratamiento (DeLisa, 2002). La tabla 2, expone la contribución rehabilitadora al conjunto de cuidados paliativos, en función de la fase en la que se encuentre el paciente.

Las oportunidades rehabilitación para ancianos en fase avanzada, no debe ser diferente de la rehabilitación para otros diagnósticos. El objetivo final debe ser la consecución del mejor estado funcional, que permita al paciente y a sus familiares sentirse satisfechos con las actividades que llevan a cabo.

El establecimiento de objetivos de rehabilitación no es una tarea fácil, ha de realista y tener en cuenta la etapa de la enfermedad, el estado clínico del paciente, la cognición y el pronóstico. Tanto el paciente como los familiares deben formar parte del establecimiento de objetivos. Es función del equipo, a través de la comunicación continua, contextualizar aquellas metas que sean poco realistas y establecer la dirección de las intervenciones. Los propósitos rehabilitadores deben ser continuamente revisados con el fin de dar respuesta a las necesidades y preocupaciones del paciente, así como identificar posibles fuentes de angustia psicológica o física que pudieran causar las sesiones de rehabilitación (Santiago Palma, 2001).

¿OCUPAR ANTES DE MORIR?

De la misma manera que la filosofía rehabilitadora pudiera parecer incompatible con la atención paliativa, las intervenciones de Terapia Ocupacional, como disciplina asociada a la rehabilitación, suelen ser pasadas por alto por considerarse innecesarias o improcedentes. Sin embargo, preservar la funcionalidad cotidiana en la medida en la que la enfermedad lo permita puede resultar muy beneficioso para estos pacientes. Axelsson (1998) en un estudio sobre la calidad de vida encontró que la "*perdida de la capacidad de hacer lo que uno quiere*" resultó ser un aspecto muy valorado por los pacientes con

enfermedades avanzadas y sus cuidadores. La perspectiva de un declive funcional genera indefensión y vulnerabilidad, a lo que se suma la sobrecarga del cuidador, temida por los pacientes. A este respecto, mantener el grado de autonomía posible en la realización de las actividades de la vida diaria y reestructurar los patrones de ocupación, así como la utilización de técnicas de economización de energía y modificación del entorno son intervenciones habituales de Terapia Ocupacional que pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad avanzada.

La Terapia Ocupacional centra su atención en hacer que las personas se involucren en las actividades de la vida diaria que tienen sentido para ellas y un propósito en su vida (AOTA, 2008). El objetivo de la disciplina en la medicina paliativa es el de reducir el impacto de la enfermedad en el funcionamiento diario, maximizando en cada fase las capacidades y destrezas de la persona para hacer frente a sus prioridades.



figura nº 6

Por ejemplo, en la ilustración 6 puede observarse a una paciente que fue derivada desde la unidad de cuidados paliativos para entrenar la pinza bi/tridigital con el objetivo de poder tomarse las pastillas en cada comida. Esta actividad era muy significativa para la paciente ya que contribuía a su autonomía en el cumplimiento del tratamiento prescrito.

Valoración de Terapia Ocupacional

La valoración de Terapia Ocupacional en pacientes subsidiarios de cuidados paliativos responde a dos áreas principales, la primera de ellas es el análisis de los factores que pueden generar deterioro funcional e impactar en los roles y actividades significativas para la persona. En segundo lugar, detectar las prioridades de intervención identificadas por el paciente, familiares y/o el

equipo de enfermería, contribuye a planificar un tratamiento ajustado a necesidades reales.

La quimioterapia (Ogce, 2008), neuropatías, linfedemas progresivos, diseminación del tumor, desfiguración corporal, debilidad generalizada, fatiga y dolor pueden ser fuentes de deterioro funcional que influyen en la motivación y la estructura del habitus diario de ocupación.

Scheinich et al(2008), aplicaron la Medida Canadiense de Rendimiento Ocupacional (COMP, Canadian Occupational Measure Performance) a un total de 40 pacientes con enfermedad avanzada con el objeto de identificar los objetivos y prioridades de cada uno de ellos, en relación al tratamiento de Terapia Ocupacional. El control de los síntomas clínicos y el mantenimiento de las actividades de autocuidado fueron las prioridades mas frecuentemente detectadas, reconociendo el COMP como instrumento válido para la identificación de prioridades en cuidados paliativos.

Por su parte, Pearson (2007) sugiere la posibilidad de utilizar herramientas de valoración de calidad de vida como parte de la evaluación inicial de detección de prioridades.

También pueden utilizarse instrumentos específicos de cuidados paliativos como la Escala del *Estado Funcional de Karnofsky mostrada en la tabla* (Mor et al, 2006) o el *Inventory of Functional Status-cancer:IFS-CA*. Este último fue desarrollado para medir el estado funcional de las mujeres con cáncer e incluye cuatro subescalas de medición del grado en que la mujer continúa su hogar habitual y familiar, social y de la comunidad, cuidado personal, y actividades ocupacionales (Tulman et al, 1991).

Cada persona difiere notablemente en el nivel de aceptación del la enfermedad, en la elaboración de expectativas para el futuro, la voluntad de perseverar en el tipo de terapia y las dimensiones de la vida que son consideradas importantes.

Estos factores se interrelacionan e influyen en la dirección del tratamiento ocupacional, mientras que una persona puede desear ir sola al wc sin recibir ayuda física de sus hijos o su marido, otra persona puede preferir buscar nuevas ocupaciones de ocio y tiempo libre. La modificación del cuarto de baño y el entrenamiento en transferencias en el primer caso y la búsqueda de aficiones que puedan ser llevadas a cabo en el segundo, contribuirá a que ambas mujeres consigan su objetivo. La valoración de la combinación del factor clínico, las variables psicológicas, la historia ocupacional de cada

Capaz de llevar a cabo la actividad normal y al trabajo, sin atención especial necesaria.	100	Normal sin quejas, sin evidencia de enfermedad.
	90	Capaz de llevar a cabo su actividad normal, signos leves o síntomas de la enfermedad.
	80	La actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de la enfermedad.
Incapaz de trabajar, capaz de vivir en el hogar y el cuidado de las necesidades más personales, distintas cantidad de asistencia necesaria.	70	Se preocupa por sí mismo, incapaz de llevar a cabo la actividad normal o para hacer un trabajo activo.
	60	Requiere una asistencia ocasional, pero es capaz de cuidar de la mayoría de sus necesidades personales.
	50	Requiere una asistencia considerable y cuidados médicos frecuentes.
	40	Con discapacidad; requiere cuidados y asistencia especiales.
No se puede cuidar de sí mismo, requiere equivalente institucional o atención hospitalaria, la enfermedad puede progresar rápidamente.	30	Con discapacidad grave, hospitalización está indicada aunque la muerte no es inminente.
	20	Muy enfermo, es necesario el ingreso hospitalario, el tratamiento de soporte activo necesario.
	10	Moribundos, los procesos mortales progresando rápidamente.
	0	Muerto

Tabla nº3

paciente y el contexto darán como resultado las directrices básicas de la intervención ocupacional, que de forma dinámica y rápida pueden irse modificando.

Intervención de Terapia Ocupacional en cuidados paliativos: directrices generales

Los programas de cuidados paliativos están dirigidos a maximizar la calidad de vida de los pacientes y familiares. Los terapeutas ocupacionales pueden ayudar al paciente a redefinir sus roles, lograr la relajación, conservación de la energía, controlar el dolor a través de la ocupación significativa y satisfactoria y conseguir al máxima comodidad en la posición de sedestación o en decúbito.

La variedad terapéutica identificada por Vockins (2004) al realizar un trabajo de encuesta con terapeutas ocupacionales que trabajaban en centros que proporcionaban cuidados paliativos a pacientes con cáncer de mama, reveló que una cantidad significativa de tiempo se dedicó a facilitar programas educativos sobre cambios en los modos de realización de las actividades de la vida diaria, enseñanza de técnicas de relajación y exploración de estrategias para la gestión de la disnea y la fatiga.

Cooper (2003) destaca diez áreas de intervención que el terapeuta ocupacional puede desarrollar en el marco de la atención paliativa:

1. Apoyo para cubrir las necesidades de rendimiento ocupacional prioritarias, interrumpidas por la disfunción física.
2. Refuerzo en la realización de actividades de autocuidado e instrumentales para el desempeño de roles.
3. Valoración de las necesidades de permanecer sentado y prescripción de silla de ruedas
4. Reentrenamiento de los pacientes con disfunciones cognitivas y preceptuales, debidas a disfunciones encefálicas.
5. Utilización de férulas para incrementar la funcionalidad del miembro superior o para prevenir deformidades articulares.
6. Valorar el domicilio y prescripción del equipo de asistencia necesario
7. Ajuste psicológico e identificar objetivos relacionados la pérdida de roles y funciones.
8. Tareas de soporte e instrucción
9. Modificación del estilo de vida, basada en la conservación de energía y control del estrés.

10. Ejercicios respiratorios y control de la ansiedad para aliviar la disnea.

Terapia Ocupacional con pacientes que presentan déficit motor.

El déficit motor puede producirse en el cáncer avanzado por la invasión tumoral axonal. La diseminación del tumor es especialmente frecuente en el cáncer de pulmón o mama. Las metástasis cerebrales o tumores primarios suelen causar hemiparesia espástica o paraparesia/tetraparesia en el caso de que invada la medula espinal. (Cairncross 1980). Además pueden presentarse debilidad en los tejidos neuronales que han sido radiados.

La enseñanza de estrategias de compensación proporciona a los pacientes la capacidad para mantener la movilidad y realizar actividades de cuidado personal. Estas estrategias irán destinadas a la movilidad en cama, transferencias y la provisión de ayudas técnicas para la marcha como bastones o andadores o sillas de ruedas cuando la deambulación no sea posible. Productos de apoyo o férulas, puede ayudar a la persona a realizar las tareas domésticas o actividades instrumentales.



Figura n°7

Por ejemplo un paciente con debilidad en la mano dominante por radiculopatía D1 por cáncer metastático puede mejorar su funcionalidad a través de un adaptador universal (ilustración 7). Esta férula permite poder asir objetos como cucharas, peines,

cepillos o maquinillas de afeitar, a pesar de la debilidad en la capacidad de prensión. Esto significa mantener la autonomía en actividades tan personales como el aseo o la alimentación.

Las demandas del entorno pueden ser disminuidas colocando rampas portátiles para acceder al domicilio, una silla de baño para favorecer el acceso y la

seguridad en la bañera o barandillas para asegurar la movilidad segura en el interior de la casa.

La fatiga y la debilidad pueden abordarse con la previsión de un planning diario que incluya las actividades que la persona desea realizar durante el día. El programa de tratamiento se centrará en establecer prioridades y elegir las actividades que deberán abandonarse, organizando las restantes tareas a un nivel soportable. En el planning se ubicarán las actividades con mayor coste energético en la franja horaria en la que la fatiga sea menos acuciante. La enseñanza de técnicas de ahorro energético para realizar las actividades de la vida diaria también se encuentran entre las intervenciones apropiadas en las alteraciones a nivel motor.

Por su parte, la enseñanza de técnicas de relajación y la exploración de estrategias para la gestión de la disnea y la fatiga, ocuparon gran parte del tiempo laboral de terapeutas ocupaciones que trabajaron con mujeres que tenían cáncer de mama (Vockins, 2004).

Terapia Ocupacional con pacientes que presentan déficit de sensibilidad

La alteración de la sensibilidad puede deberse a la invasión de tejido nervioso por el tumor. La falta de sensibilidad es común en plexopatías braquiales y lumbrosacras. Los daños en la propiocepción pueden ser tan graves que el paciente no puede alimentarse o caminar por afectación distal.

Desde Terapia Ocupacional pueden realizarse ejercicios para mejorar la propiocepción y la sensibilidad distal. El entrenamiento de estrategias compensatorias para controlar la cantidad de presión que se ejerce durante las actividades que requieren pinza bidigital o agarre mejora sub tareas de la vida diaria coger una esponja, coger una toalla, comer, utilizar un teléfono o servir agua, por ejemplo).



figura nº8

En la ilustración 8 se muestra como la paciente entrena la coordinación visomotora y la prensión de objetos que requieren distinta apertura de agarre para su manipulación. Actividades de estimulación con distintas texturas, grosores, tamaños y pesos, también contribuyen a mejorar la funcionalidad del

miembro superior. Adaptaciones de los mangos de los objetos como engrosadores o asas dobles en tazas pueden facilitar el manejo distal de estos utensilios.

Por último la educación/formación para concienciar de las limitaciones y riesgos, como por ejemplo, no coger un cazo con mucha carga o caminar con precaución, evitan riesgos innecesarios como caídas o quemaduras que comprometerían más la funcionalidad.

Terapia Ocupacional con pacientes que presentan deterioro cognitivo

Los pacientes que además de presentar deterioro funcional presente deterioro cognitivo incrementan la carga de cuidado y dificultan la progresión de la intervención ocupacional. Apraxia, afasia, agnosia, dificultades de atención, concentración y memoria a corto plazo son síntomas frecuentes de tumores primarios o metástasis cerebrales.

Técnicas de orientación a la realidad en sus diferentes modalidades y estimulación cognitiva adaptada a las capacidades conservadas, avivan el estado de alerta y disminuir la confusión tanto de pacientes como de familiares. Adoptar perspectivas ecológicas centradas en el "ajuste perfecto" entre las habilidades globales de la persona y las exigencias de las actividades y del entorno, apuestan en estos casos por minimizar las demandas del contexto para facilitar la consecución de actividades. Por ejemplo, colocar en la puerta de cada armario de la cocina una foto con lo que contenido que existe en el

interior de los mismos. Las opciones de intervención en terapia ocupacional no se limitan a las variables cognitivas, psicológicas, motoras y funcionales que pueden influir sobre el desempeño de la persona, sino que también consideran los efectos del contexto y de la equiparación persona-entorno y el efecto de las tareas propiamente dicho.

Informar sobre la aparición de las alteraciones cognitivas y la forma en la que pueden compensarse, a través de técnicas de encadenamiento o modelado ayuda a los cuidadores a conseguir la implicación del paciente en tareas tan importantes como la alimentación o la comunicación.

Actividades significativas y roles desempeñados por la persona

"Me gustaría volver rápidamente a mi vida normal" fue el deseo expresado por la mayoría de pacientes con cáncer de cabeza y cuello que participaron en un estudio recientemente publicado Goldstein et al (2008). Estos pacientes suelen tener un curso complejo y prolongado de la enfermedad que se caracteriza por periodos de ausencia de enfermedad intercalados con episodios de grave enfermedad. Síntomas físicos o psicológicos como dolor, disfagia, pérdida de peso, desfiguración, depresión o xerostomía dificultan la vuelta al desempeño ocupacional habitual.

El abandono de roles, la imagen corporal y la sensación de pérdida son aspectos amplios que se entrelazan y se superponen causando un impacto fuerte sobre la persona. Desde Terapia Ocupacional pueden valorarse aquellos roles que son prioritarios para la persona y dentro de estos roles, las actividades más significativas. Por ejemplo, en el caso de una paciente que era la cuidadora principal de su esposo y la enfermedad le impide llevar a cabo este cuidado físicamente, conjuntamente con el trabajador social pueden valorarse opciones y fomentar que la persona colabore en la selección de un cuidador para que realice esta función o proveer de asistencia técnica para continuar realizando estas actividades.

El terapeuta ocupacional valora los intereses ocupacionales de la persona, esto es, averigua en que desea/puede ocupar su tiempo cada paciente y en que medida estas aspiraciones pueden ser realizadas teniendo en cuenta sus limitaciones. Estrategias y actividades centradas en la persona, creativas, flexibles, holísticas y dinámicas permitirán hacer frente a las disfunciones ocupacionales generadas por la enfermedad.

Realizar ocupaciones significativas y alcanzar un equilibrio entre ellas, no solo es vital cuando el paciente se encuentra en su domicilio, también es importante cuando éste permanece ingresado en la unidad de cuidados paliativos. Durante estos periodos, en los que se anulan las actividades habituales, implicar al paciente y a los familiares en actividades que se le sean satisfactorias, ya sean ejercicios funcionales como los mencionados anteriormente o actividades de ocio como la pintura o la lectura contribuyen a romper círculos de pensamiento negativos y a disfrutar del "hacer". Este puede ser el caso de una paciente que desee iniciar/retomar la pintura de un cuadro asistiendo al departamento de terapia ocupacional del hospital con el fin de regalárselo a su hija como recuerdo. Las actividades de jardinería son otro tipo de actividades utilizadas en unidades de cuidados paliativos (Unruh, et al 2000)El valor simbólico de los productos obtenidos con este tipo de actividades acaba siendo muy alto para los familiares.

EL ENCUENTRO CON LA MUERTE: REFLEXIONES DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES

A pesar de que cada día llega puntualmente a nuestros hogares información sobre la muerte ajena y es algo cotidiano con lo que convivimos, la muerte es un concepto expulsado y rechazado en la cultura occidental. Aries (1999) define tres actitudes frecuentes en nuestra sociedad:

1. *Disimulo* en la relación moribundo-entorno, que tiene por objetivo

apartar al enfermo de los signos del desenlace fatal. A pesar de que éste conoce que se está muriendo todos sus allegados, y en ocasiones el médico, actúan como si se tratase de una enfermedad que puede ser superada

2- Rechazo a los cambios corporales durante el proceso de morir, por ello la muerte debe ser hospitalaria: emergen las inconveniencias de los actos biológicos del hombre que deben controlarse preferiblemente por el personal hospitalario

3- Medicalización completa de la muerte, el progreso de las técnicas quirúrgicas y unos equipos de profesionales competentes, son cada vez más eficaces y se encuentran reunidas en el hospital. La muerte ocurre allí como consecuencia del progreso de las técnicas médicas de disminución del dolor y de la imposibilidad material, en el estado de la reglamentación actual, de aplicarlos en casa. El hospital no es sólo un lugar donde uno se cura o donde se muere a causa de un fracaso terapéutico, es el lugar de la muerte, normal, provista y aceptada por el personal médico.

La etnografía nos ha documentado que la angustia o el miedo a la muerte se encuentran en todos los universos culturales, y que igualmente, en todos ellos los hombres han tratado de liberarse de tal sentimiento (Abt, 2007). El terapeuta como miembro de la sociedad en la que vive forma parte de la construcción social que se ha realizado sobre la muerte, y de la angustia o el miedo que la acompaña. No está libre, por tanto, de experimentar dolor, indefensión, tristeza ni tampoco de configurar sus propios mecanismos de liberación o escape.

El trabajo realizado por Prochnau et al (2003) descubrió el tipo de emociones, sentimientos y técnicas de afrontamiento que experimentaban un grupo de terapeutas ocupacionales especializadas en la atención paliativa. Entre los sentimientos más perjudiciales a nivel personal la mayoría de terapeutas reconocían haber sentido autopercepción de ineficacia o incompetencia, la fatiga, el desinterés por la vida o la ansiedad. Como principales dificultades se encontraban el dolor y la tristeza acumulados por la pérdida de pacientes, el

recuerdo de las propias pérdidas personales, la reacción de ira ante la rapidez y urgencia del tratamiento que no permitía cristalizar/disfrutar los avances conseguidos o la preocupación por su propia salud al poder padecer un cáncer igual al de cualquier paciente.

Las fuentes de satisfacción más importantes fueron la apreciación de pacientes y familiares, el reconocimiento de las habilidades profesionales por parte del equipo, la gestión eficaz de los problemas ocupacionales, y conseguir conjuntamente con un equipo cohesionado los retos planificados.

Hablar con los miembros del equipo o con alguien cercano sobre sus sentimientos o técnicas de relajación fueron los mecanismos de afrontamiento más utilizados.

Por último la mayoría de participantes describían sus cambios en cuanto a la espiritualidad, entendiendo ésta como "la experiencia de significado de la vida cotidiana". Manifestaron propósitos vitales como:

- vivir según sus sueños
- recibir cada día como un regalo
- valorar lo verdaderamente importante
- hacer planes por si mueres.

En definitiva, trabajar en cuidados paliativos había servido para mejorar su crecimiento personal en términos de ser más conscientes de las propias necesidades y fortalezas profesionales, al mismo tiempo que apreciar la vida y las relaciones que se dan en ella.

CONCLUSIÓN

Los cuidados paliativos son un campo médico interdisciplinar, en el que tiene cabida profesionales clínicos, rehabilitadores y sociales. El modelo de los cuidados al final de la vida propugna un tratamiento holístico durante el proceso de la enfermedad. La medicina rehabilitadora en general, y la Terapia Ocupacional en particular contribuyen a mejorar la funcionalidad en las

actividades de la vida diaria, adaptarse a las nuevas situaciones y encontrar actividades significativas para la persona. No obstante es necesario promover trabajos de investigación que reporten datos sobre las técnicas más útiles, así como la intensidad y frecuencia adecuadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Abt AC. El hombre ante la muerte: una mirada antropológica. *Revista Argentina de Cancerología*. 2007. 35 (2): 71-79.
2. Aries, P. El hombre ante la muerte. 1ª Ed. Madrid: Taurus; 1999.
3. Axelsson B, Sjöden PO. Quality of life of cancer patients and their spouses in palliative home care. *Palliative Medicine*. 1998; 12(1):29-39.
4. Balducci L, Lyman GH. Cancer in the elderly: epidemiologic and clinical implications. *Clin Geriatr Med*. 1997; 13:1-14.
5. Balducci L, Extermann M. Cancer and aging An evolving panorama. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2000; 14:1-16.
6. Boulay S. Changing the Face of Death, the Story of Cicely Saunders. Norfolk: RM Education Press. 1996; ; ,
7. Breitbart W, Chochinov H, Passik S. Psychiatric aspects of palliative care. En: Doyle D, Hanks G, Macdonald N. *Oxford textbook of palliative medicine*. New York: Oxford University Press. p. 933-54.
8. Brito Placencia D, Bocaz Cartes T, Bustos Villar M, González Rodríguez R. Actitudes, emociones y percepción de la preparación asistencial y emocional de los estudiantes de enfermería ante la muerte y el enfermo terminal. *Medicina Paliativa*. 2009; 16 (3): 152-158
9. Cairncross JG, Kim J-H, Posner JB. Radiation therapy for brain metastases. *Annals of Neurology*. 1980; 7:529-41
10. Título de la pagina [sede Web]*.Salamanca: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 1997 [fecha de acceso]. Historia de los Cuidados Paliativos y Movimiento Hospice [aproximadamente 8 pantallas] Disponible en: <http://www.secpal.com/presentacion/index.php?acc=historia%20CP>
11. Centeno Cortés C, Hernansanz de la Calle S, Flores Pérez L. A, Sanz Rubiales A, López-Lara Martín F. Programas de Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa*. 2004; 8 (2): 85-99.
12. Cooper J. Ontología. En: Turner A, Foster M, Johnson S. *Terapia ocupacional y disfunciones físicas*. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2003. p. 565-580.
13. Copp G, Caldwell K, Atwal A, Brett Richards M, Coleman K. Preparation for Cancer Care: Perceptions of Newly Qualified Health Care Professionals *European Journal of Oncology Nursing*. 2007; 11(2): 159-167.
14. DeLisa JA (2001). A History of Cancer Rehabilitation. *CANCER*. 2001; 92 (4): 970-974.
15. Donnelly S, Walsh D. The symptoms of advanced cancer. *Semin Oncol*. 1995; 22: 67-72.
16. Flores Pérez LA, Centeno Cortés C, Sanz Rubiales A, Hernández de la Calle S. *Directorio de Cuidados Paliativos 2004*. 1ª ed. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos. SECPAL. Aran Ediciones. 2005
17. Gerber LH. Cancer Rehabilitation in the New Millennium: Opportunities and Challenges. *CANCER Supplement*, 2003; 92 (4): 975-979
18. Goldstein NE, Genden E, Morrison RS. Palliative care for patients with head and neck cancer : I would like a quick return to a normal lifestyle. *Jama*. 299 (15): 1818-25. 2009
19. - Gómez X, Planas J, Roca J, Viladiu P. Definiciones. En: Gómez X, Planas J, Roca J, Viladiu P, eds. *Cuidados paliativos en oncología*. Barcelona: Ed.JIMS; 1996:1-3.
20. Guidelines in the care of the dying cancer patient. *Hematol Oncol Clin North Am*. 1996;10:261-86.

21. Harvey RF, Jellinek HM, Habeck RV. Cancer rehabilitation: an analysis of 36 program approaches. *JAMA*. 1982; 247: 2127-2131.
22. Higginson IJ, Hearn J, Myers K, Naysmith A. Palliative day care: what does it cost to run a centre and does attendance affect use of other services? *Palliative Medicine*. 2003. 17 (7): 628-637.
23. Hurley CA, Volicer L, Blasi ZV. End of life care for patients with advanced dementia. *JAMA*. 2000; 284:2449-2450.
24. Informes, estudios y documentos del Defensor del Pueblo. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid 2000.
25. Jiménez Lara A. Los mayores en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias. Febrero 2005.
26. Jiménez Rojas C. Cuidados al final de la vida: concepto; filosofía. Indicadores de calidad. Niveles asistenciales. En: Servicio de Geriátrica. Hospital Central de Cruz Roja. Cuidados al final de la vida en la práctica geriátrica. . Madrid: Senda Editoria; 2002l. p 9-20.
27. Kealey P, McIntyre I. An evaluation of the domiciliary occupational therapy service in palliative cancer care in a community trust: a patient and carer's perspective. *Europ J Canc Car*. 2005; 14(3): 232-43.
28. Lehmann JF, DeLisa JA, Warren CG, deLateur BJ, Bryant PL, Nicholson CG. Cancer rehabilitation: assessment of need, development, and evaluation of a model of care. *Arch Phys Med Rehabil*. 1978;;59(9):410-9.
29. Lorraine T, Fawcett J, McEvoy M . Development of the inventory of functional status-cancer *Cancer nursing*. 1991: 14 (5):245-260.
30. Lunney JR, Lynn J, Hogan C. Profiles of older medicare decedents. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:1108-1112.
31. Lynn J. Measuring quality of care at the end of life: a statement of principles [see comments]. *J Am Geriatr Soc*. 1997; 45: 526-7.
32. Ministerio de Sanidad y Consumo, SECPAL y Fundación Avedis Donabedian. Guía de criterios de calidad en Cuidados Paliativos. Madrid; 2002.
33. Mor V, Laliberte L, Morris JN, Wiemann M. The Karnofsky performance status scale: An examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer J Clin* 1984; 53: 2002-07.
34. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. Executive summary. *J Palliat Med* 2004; 7: 611-627.
35. Occupational therapy practice framework: Domain&Process 2nd Edition. *Am J Occup Ther* 2008; 62: 625-683.
36. Ogce F, Ozkan S. Changes in Functional Status and Physical and Psychological Symptoms in Women Receiving Chemotherapy for Breast Cancer. *Asia Pac J Cancer Prev* 2008; 9: 449-452.
37. Prochnau C, Liu L, Boman J. Personal Professional Connections in Palliative Care Occupational Therapy. *Am J Occup Ther* 2003; 57: 196-204.
38. Santiago-Palma J, Payne R. Palliative care and rehabilitation. *Cancer J Clin* 2001; 92: 1049-1052.
39. Schleinich MA, Warren S, Nekolaichuk C, Kaasa T, Watanabe S. Palliative care rehabilitation survey: a pilot study of patients' priorities for rehabilitation goals. *Palliat Med* 2008; 22: 822-30.
40. Unrun A, Smith N, Scammell C. The occupation of gardening in life-threatening illness: a qualitative pilot

project. Can J Occup Ther 2000; 67: 70-77.

41. Vockins H. Occupational therapy intervention with patients with breast cancer: a survey. Eur J Cancer Care 2004; 13: 45-62.
42. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Ginebra: WHO,1994. Technical Report Series: 804
43. - Yoshioka H. Rehabilitation for the terminal cancer patient. Am J Phys Med Rehab 1994; 73: 199–206.

TERAPIA OCUPACIONAL Y CONDUCCIÓN EN PERSONAS MAYORES

OCCUPATIONAL THERAPY AND DRIVING IN THE ELDERLY

Palabras Clave: Terapia Ocupacional, conductores mayores, valoración conducción, entrenamiento conducción

Key Words: Occupational Therapy, older drivers, fitness to drive, assessment to drive

DECS Terapia Ocupacional, conducción, Estudios de Evaluación,

MESH Occupational Therapy, conduction, Evaluation Studies,

D. Duque Pineda J.

Diplomado en Terapia Ocupacional. Hospital de día Geriátrico Cruz Roja Española, Asamblea Baleares. Presidente del Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de las Islas Baleares. COTOIB.

Dña. Corregidor Sánchez AI

Diplomada en Terapia Ocupacional. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Profesora Universidad Castilla la Mancha

Como citar el texto en sucesivas ocasiones:

Duque Pineda J, Corregidor Sánchez AI. Terapia ocupacional y conducción en personas mayores. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010 [citado fecha]; monog. 3: 214-231 Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/conducción.pdf>

Introducción

Los cambios demográficos en las sociedades industrializadas están provocando un aumento de los conductores de edad avanzada. Hoy en España son cerca de dos millones las personas mayores de 65 con licencia ordinaria de conducción (Informe Mayores 2006 aproximadamente un 10% del número total de conductores.

La conducción de vehículos por personas mayores y la seguridad vial ocupa un lugar importante en el discurso público. Los cambios fisiológicos, cognitivos y perceptivos, que acompañan el proceso de envejecimiento alertan sobre la disminución de la capacidad de conducción ante un entorno cambiante e impredecible. Owsley (2002) encontró, que los conductores mayores con problemas de salud ocular veían disminuido su nivel de conducción. Por otra parte, enfermedades asociadas al

RESUMEN

La conducción incrementa la posibilidad de participación en la vida cotidiana de las personas mayores. El proceso de envejecimiento puede disminuir las capacidades motoras, visuoespaciales y cognitivas necesarias para la conducción segura de vehículos. Además patologías de alta prevalencia entre las personas mayores como la demencia o la enfermedad de parkinson disminuyen la eficacia de los procesos de atención selectiva, discriminación de la información y aumentan los tiempos de reacción. En el presente artículo se analizan cuestiones generales como la normativa vigente de circulación y las condiciones requeridas para obtener/renovar el permiso de conducción. También se describe la contribución de Terapia Ocupacional a la valoración de los componentes de la conducción y los programas de intervención individual y comunitaria. Finalmente se ofrece información sobre los cursos de especialización para terapeutas ocupacionales en materia de conducción de vehículos.

SUMMARY

The driving increases the possibility of participation in the daily lives of older people. The aging process can reduce motor capacities, visual-spatial and cognitive capacities for safe driving. In addition, the highly prevalent pathologies elderly such as dementia or Parkinson's disease reduce the effectiveness of the processes of selective attention, discrimination of information and increase response times. This article discusses general issues such as current motoring regulations and conditions required to obtain / renew the license. It also describes the contribution of occupational therapy to the valuation of the components of driving and individual intervention programs and community. It concludes with information about specialized courses for occupational therapists in the field of driving.

no relevante, son factores de riesgo para una conducción segura y eficiente (*Duchek JM et al, 1997*)¹.

De acuerdo con el Marco de Trabajo: dominio y proceso de la Terapia Ocupacional (2008), la conducción forma parte de la actividad instrumental

envejecimiento patológico, como Enfermedad de Parkinson, Deterioro cognitivo, demencia, artritis, diabetes o enfermedades cardiovasculares, también compromete la habilidad de conducción (Wang et al, 2003).

En las etapas iniciales de la Enfermedad de Parkinson, la conducción no parece verse afectada, sin embargo en las etapas avanzadas se deteriora la precisión de la trayectoria, los tiempos de reacción y la interpretación de las señales de tráfico (Giménez Roldan S, et al, 1998)). En personas mayores de demencia, el déficit en la atención selectiva y la discriminación de información relevante frente a la

¹ Sin embargo, pesar de estas evidencias, el número de personas mayores implicadas en accidentes de tráfico en nuestro país no supera el 0,50% (Informe Mayores, 2006), lo que indica que el nivel siniestralidad es muy bajo en comparación con otros tramos de edad¹. En el caso de EEUU, la tasa de mortalidad en personas mayores de 85 años es nueve veces mayor que en conductores menores de 70 años (*National Highway Traffic Safety Administration, NHTSA 2005*). Aunque estos porcentajes pueden verse influenciados por otros factores ajenos a las capacidades de conducción, como puede ser la fragilidad, que dificulta la capacidad del cuerpo para absorber la fuerza de choque.

movilidad comunitaria y es susceptible de ser abordada por los terapeutas ocupacionales por ser una ocupación que posibilita la participación en la vida cotidiana.

La intervención de Terapia Ocupacional en la conducción de personas mayores se dirige hacia la práctica de habilidades cognitivas, visuales y motoras, modificación de los patrones de desempeño (conciencia de capacidades para la conducción y autorregulación), modificación del contexto (papel de los pasajeros, participación de la familia, etc.) y valoración/prescripción de dispositivos y estrategias de adaptación (Hunt L, Arbesman M, 2008).

En el presente artículo se revisa la normativa de circulación vigente, las condiciones necesarias para la conducción eficiente y segura, las herramientas para valorar estas condiciones y los programas de formación e intervención desde Terapia Ocupacional

NORMATIVA VIGENTE Y CONDICIONES NECESARIAS PARA LA CONDUCCIÓN

El Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo, por el que se aprueba el Texto Articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, modificado por la Orgánica 15/2007 de 30 noviembre, es la referencia legislativa en materia de conducción mas reciente.

Esta ley determina de forma general las normas de seguridad vial y los requisitos para obtener la licencia de conducción ordinaria. Entre estos requisitos figuran un informe de aptitud psicofísica expedido por un centro de reconocimiento de conductores para comprobar que no existan trastornos de las áreas asociadas a la conducción (sistema nervioso, la aptitud perceptiva motora, consumo de drogas o trastorno mental).

Para asegurar esas condiciones, actualmente en España las revisiones obligatorias son cada cinco años desde 49 hasta 69 años y cada dos años a partir de los 70. Las pruebas son las mismas para todos los tramos de edad, pero el mayor número de denegaciones de renovación se da en las personas mayores.

Conocimientos y Actitudes para obtener el permiso de conducción ordinario

1. Actitud de cooperación con los demás conductores (no interrumpir el tráfico, advertir de las maniobras, etc.)
2. Evaluación, toma de decisiones y tiempo de reacción suficiente
3. Respeto de las distancias de seguridad entre vehículos, considerando las particularidades de las distintas vías, condiciones meteorológicas, ambientes, etc.
4. Precaución con los riesgos de los usuarios más vulnerables (peatones, ciclistas, ciclomotores) y los propios de la circulación y las condiciones de visibilidad
5. Conocer elementos relacionados con la seguridad de la conducción y detección de sus defectos
6. Uso racional del vehículo en relación con el medio ambiente y evitar la contaminación
7. Conocer las normas y señales reguladoras de la circulación
8. Conocer los factores y causas frecuentes de los accidentes de circulación

Tabla nº1

Los motivos de denegación son principalmente patologías relacionadas con la vista (el mínimo de agudeza visual ha de ser del 65% como mínimo y en la audición del 55%), enfermedades cardiovasculares, neurológicas y a partir de los 80 años por los deterioros cognitivos (Rodríguez E, 2006). Los conocimientos y actitudes que se requieren para obtener el permiso de conducir, junto con las condiciones psicofísicas, se recogen en la tabla 1.

A este respecto conviene subrayar que en España no existe una legislación específica desde los

organismos acreditados para ejecutar programas de prevención, reeducación y valoración especializada y que las evaluaciones recaen sobre los centros médicos privados que realizan las pruebas psicotécnicas y carecen de profesionales especializados.

LA CONDUCCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE TERAPIA OCUPACIONAL

La conducción de vehículos en nuestra agitada sociedad, es un elemento condicionante y en gran medida un indicador de nuestra salud física, mental y

ocupacional. La posibilidad de conducir incrementa las oportunidades de participación en las actividades de la vida diaria (trabajo, ocio, educación, participación social) y mejora nuestra calidad de vida. Taylor et al (2001) encontraron que las personas mayores que carecían de transporte propio habían disminuido su calidad de vida y eran mas dependientes.

...Recuerdo perfectamente a Francisca, una mujer admirable de alguno de los centros residenciales donde tuve la fortuna de trabajar; una persona incansable y con un espíritu de ayuda y compromiso con los demás que al final termino siendo el motor de su bienestar y lucidez.

Lo que la diferenciaba del resto de sus compañeros era su Seat 600 y sus imparables idas y venidas al súper, la farmacia, la mercería, la zapatería y un sin número de etcéteras que le encomendaban sus colegas de batallas. La residencia se encontraba alejada del núcleo urbano y uno de los pocos medios de acceso era el coche.

Ella misma era consciente de que si no se esforzaba por mantener sus habilidades tanto físicas como cognitivas para practicar correctamente la conducción, sería una residente más a expensas de la buena voluntad de los demás...

Desde Terapia Ocupacional, el objetivo fundamental apoyar y mantener el desempeño de las actividades significativas e importantes para la persona mayor. En el caso de Francisca y en otros muchos casos, la actividad de conducir un automóvil potencia la participación comunitaria, contribuye al desempeño de roles importantes y combate el aislamiento. Los programas de evaluación, prevención e intervención sobre componentes ocupacionales implicados en la conducción, son fundamentales para cumplir este objetivo.

Los principales procesos cognitivos implicados en la conducción (Lorente E, 2004) son los aspectos atencionales necesarios, como por ejemplo el empleo de

los espejos retrovisores y la consideración del "ángulo muerto", la atención selectiva competente para atender sólo a la información relevante o la atención dividida para distribuir los recursos atencionales entre las diferentes tareas que requiere el manejo del vehículo.

Son imprescindibles también una serie de habilidades motoras como el control de pedales y volante, la selección de la marcha correcta y su cambio, así como realizarlo con la secuenciación apropiada.

La flexibilidad cognitiva es otro aspecto importante, ya que es necesario realizar juicios correctos de las situaciones que surgen en el tráfico, mantener la distancia de seguridad, modificar la velocidad en función de la normativa o cambiar el itinerario establecido por circunstancias imprevistas. Los tiempos de reacción y respuesta para realizar las maniobras y avisar de las acciones al resto de conductores implica las anteriores capacidades cognitivas.

Conocer y recordar las normas de tráfico e itinerarios, junto con las capacidades sensoriales de audición y visión completan el conjunto de componentes ocupacionales necesarios para conducir un automóvil de forma segura y eficaz.

El trabajo con las personas mayores para mantener esas habilidades o recuperar los déficit en estos componentes, les ayudaría a mantener estilos de vida activos y seguros. La movilidad en la comunidad es cada vez mayor y las generaciones que se incorporarán en las próximas décadas a las poblaciones mayores tendrán más años de experiencia al volante, mayor familiaridad con autopistas y sus demandas serán más importantes que las actuales. La evaluación específica y los programas de intervención visuoespacial, motora y de procesamiento son la principal contribución que la Terapia Ocupacional puede realizar para el mantenimiento de los conductores mayores en la carretera.

Evaluación Específica de la conducción por Terapia Ocupacional

En EEUU, los terapeutas ocupacionales han sido reconocidos por la Oficina Nacional de Seguridad en el Tráfico (NHTSA: *Driving Transitions Education Tools*, 2009), como profesionales apropiados para la valoración y rehabilitación de la capacidad de conducción. De igual forma la Association for Drivers Rehabilitation Specialist (ADED) incluye al Terapeuta Ocupacional como profesional cualificado para realizar las funciones de valorador y rehabilitador. En otros países como Australia (Lee et al, 2002), Canadá (Korner Bitensky et al 2004), Suecia (Larsson et al, 2007) o Nueva Zelanda, los terapeutas son profesionales acreditados para ejecutar programas de prevención, reeducación y valoración especializada.

Ítems del TEst P-Drive (Patomella, 2006)

1. Dirección
2. Cambiar la dirección
3. Utilizar pedales
4. Control de al velocidad
5. Utilización de Intermitentes
6. Atender a la izquierda
7. Atender a la derecha
8. Atender a los riesgos
9. Atención a las señales de regulación
10. Atención a la señales de información
11. Atención al resto de conductores
12. Capacidad de reacción
13. Ceder el paso a la derecha
14. Ceder el paso
15. Realizar el stop
16. Mantener la velocidad permitida
17. Seguir instrucciones
18. Encontrar el camino
19. Dar la vuelta
20. Posicionamiento en la carretera

Tabla nº2

La revisión publicada recientemente por Hunt (2008), pone de manifiesto que los terapeutas ocupacionales utilizan pruebas objetivas principalmente para la valoración las capacidades visomotoras y de respuesta. Caben destacar en este punto, los recientes trabajos de Patomella para evaluar la capacidad de conducción mediante el test P-Drive (Performance Analysis of Driving Ability) al utilizar simuladores de conducción tecnología avanzada como el que se muestra en la imagen 1. (Patomella et al, 2008). El desarrollo de la prueba P-Drive se basa en un

marco teórico de referencia con tres dominios.

El primero de ellos es el de medir el desempeño en las acciones con un dirección de arriba hacia abajo (TopDown), en segundo lugar el análisis de la actividad y de las acciones que reflejan el rendimiento en la conducción y por último se basa en las teorías de la atención y el



Ilustración 1. Simulador de conducción. [College of Humanities and Social and Behavioral Sciences](#)

procesamiento de la información. Los ítems contemplados por este test se recogen en la tabla 2.

Los test en carretera con personas afectadas de trastornos neurológicos, se utilizan para determinar la capacidad y el nivel de conciencia sobre las posibilidades de conducción (Patomella, 2006). Bouillón et al (2006), por su parte trabajan en la validación del *Cognitive Behavioral Driver's Inventory* en personas que han sufrido un accidente cerebro vascular. El perfil de usuarios de estas pruebas son aquellas personas afectadas por patologías, lesiones y discapacidades ó trastornos psiquiátricos, que puedan interferir tanto con su habilidad para volver a conducir vehículos, como para aprender a conducirlos de una forma segura. La tabla 3 presenta los factores de riesgo y los aspectos que la evaluación debe incluir según la Asociación de Especialistas en la Rehabilitación de la conducción (*Association for drivers rehabilitation specialist*)

En general, la valoración del Terapeuta Ocupacional en habilidades de conducción consta de dos partes:

- Una parte teórico-práctica sin vehiculo, con una duración estimada de dos horas
- Otra parte practica en un vehículo, dotado de doble control de dirección, frenos y en compañía de un instructor de autoescuela.

Alteración	Signos que indican riesgo y necesidad de evaluación específica	Componentes de Valoración
Envejecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • NO observar los signos, señales de tráfico u otras demandas • Necesita ayuda o instrucciones de los pasajeros • Lentitud generalizada • Se frustra fácilmente o confundido • Velocidades de conducción inadecuada (demasiado rápido o demasiado lento), • Dificultad para encontrar/seguir el itinerario, • Ha tenido accidentes o conatos de accidente 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la historia médica y los medicamentos • Capacidad funcional • Visión • Percepción • Tiempo de reacción
Visión	<ul style="list-style-type: none"> • Tardanza en la recuperación tras un deslumbramiento • Incapacidad para detectar colores de semáforo • Cambio en la percepción de profundidad • Incapacidad para leer las señales • Colisiones / conatos de accidente • Dificultad para conducir de noche • Problemas con la visión de las inclemencias del tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> • Visión • Percepción • Capacidad funcional • Tiempo de reacción
Deterioro Cognitivo Demencia	<ul style="list-style-type: none"> • Conducir demasiado despacio • No observa signos o señales • Dificultad para interpretar el tráfico y la predicción de los cambios • Se frustra fácilmente o se muestra confundido • Con frecuencia se pierde • Necesita instrucciones de los pasajeros • Conducción en dirección contraria 	<ul style="list-style-type: none"> • Visión • Percepción • Capacidad funcional • Tiempo de reacción • Capacidad Cognitiva
ACV	<ul style="list-style-type: none"> • Velocidades de conducción inadecuada (demasiado rápido o demasiado lento) • Necesita instrucciones de pasajeros • No observar signos o señales • Calcula mal las distancias con otros automóviles • Se frustra fácilmente • Puede perderse incluso en áreas familiares • Ha tenido accidentes o conatos de accidente • Conduce invadiendo otro carril • Tiende a utilizar un solo pie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visión • Percepción • Capacidad funcional • Tiempo de reacción
Daño Cerebral	<ul style="list-style-type: none"> • Velocidades inapropiadas de conducción • Lentitud para identificar situaciones potencialmente peligrosas • Necesita ayuda o instrucción de los pasajeros • NO observa los señales de tráfico • No responde a los cambios en el tráfico • Se frustra fácilmente • Puede perderse incluso en zonas familiares • Ha tenido colisiones o conatos de accidente • Culpa de sus errores de conducción a otros conductores 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción Visual • Situación funcional • Tiempo de Reacción
Artritis	<ul style="list-style-type: none"> • No puede Bloquear y desbloquear la puerta • No puede abrir y cerrar la puerta • No puede transferirse hacia la silla de ruedas • Dificultad para accionar volante u otros dispositivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de freno y acelerador • Valorar la compensación del rago articular

Tabla 3. Factores de Riesgo en la conducción y componentes de valoración en distintas patologías

Valoración fuera del vehículo. (2 horas):

Esta primera parte se desarrolla en la consulta del Terapeuta Ocupacional e incluye:

- Entrevista para recopilación de historia clínica, de conducción y adaptaciones.
- Examen de agudeza visual que incluye larga distancia, campos visuales y movimiento ocular.
- Examen del estado físico que incluye fuerza muscular, movilidad y coordinación.
- Valoración cognitiva engloba memoria, concentración y planeación de actividades.
- Revisión de las normas de tránsito; conocimiento teórico de las señales y conducción en general.

Las personas son valoradas además en un simulador de conducción para medir su tiempo de reacción de frenado, la presión del frenado y la fuerza muscular utilizada sobre el volante durante la conducción. Se le indica al sujeto que observe cada imagen durante 3 segundos, estas se retiran posteriormente, solicitando detalles sobre la posición y dirección hacia la que se desplaza cada uno de los peatones y los vehículos. (Estos varían en cantidad entre 4 y 16).

Se realizan 3 ensayos para confirmar que el participante ha entendido la mecánica de la prueba. En caso de obtener respuestas gestuales y manuales, se requerirá la respuesta verbal, si no se obtiene, se registrará la situación.

■ Valoración con el vehículo (1 hora):

Una semana después de la entrevista, se realiza la prueba con el vehículo. El centro de pruebas debe contar con coches adaptados a las necesidades de

los individuos. Un instructor de autoescuela acreditado, se ubica en el asiento del pasajero e indica al conductor las maniobras a realizar.

El Terapeuta Ocupacional posicionado en el asiento posterior del vehículo, registra el desempeño de las maniobras. El sujeto conduce inicialmente en una vía de pruebas para valorar las habilidades básicas de control del vehículo. Una vez realizada la prueba inicial, el sujeto decide si desea salir a una de las vías urbanas. Durante el recorrido se obtiene información de la interacción de la persona, con los demás conductores y peatones. La planificación del recorrido así como la anticipación a las reacciones de los demás y el grado de seguridad en la conducción se determinan en esta prueba.

Los resultados obtenidos varían de unas pruebas a otras, pero normalmente se clasifican en cuatro grados:

- *Aprobado*: Conduce según la normativa y de forma segura.
- *Aprobado Condicional*: Conduce según la normativa y de forma segura con restricciones. (Transmisión automática, limitación diurna ó nocturna, tiempo máximo, etc.)
- *Degradado a principiante*: El sujeto debe recibir entrenamiento para aprender el uso de modificaciones y ayudas técnicas.
- *Suspendido*: No satisface los criterios de seguridad, ni la normativa vigente; Tanto el Terapeuta Ocupacional como el instructor de autoescuela, no ven posibilidades de subsanar las deficiencias.

Herramientas de evaluación cognitiva, como el Mini Examen Cognoscitivo (MEC, Lobo et al,) también se utilizan para explorar la capacidad cognitiva para la conducción, aunque según la ultima revisión Cochrane publicada (Martín AJ, et al, 2009), no queda clara la validez de este constructo para evaluar el rendimiento en la conducción . En esta línea, Geldmacher y Whitehouse proponen un test de aprendizaje verbal (repetir una dirección postal imaginaria,

repetir cuatro palabras y recordarlas ambas con posterioridad) en lugar de pruebas cognitivas tradicionales.

Entre las pruebas de carretera, el test *WURT (Washington University Road Test)*, desarrollado por Hunt (1997) junto al Test P-Drive (Patomella et al, 2009), son la muestra de las herramientas diseñadas desde la Terapia Ocupacional para la valoración de la capacidad de conducción en carretera.

El Terapeuta Ocupacional además de realizar la valoración oficial, puede presentar un plan de intervención sobre:

- Ayudas disponibles para la consecución de plazas de aparcamiento reservado, ayudas técnicas y centros para la adaptación de vehículos.
- Asesoría para la instalación de adaptaciones técnicas en el vehículo y entrenamiento para su correcta utilización.

Intervención de Terapia Ocupacional en la capacidad de conducción

Hunt (2008) en su revisión sobre la efectividad de la intervención de Terapia Ocupacional muestra evidencias concluyentes de que las personas mayores responden positivamente a los programas de conducción.

El plan de tratamiento estará enfocado en recuperar y mantener habilidades funcionales, fuerza muscular, coordinación, tiempo de reacción, manejo de fatiga y dolor. Se programarán actividades para:

- Mejora de las funciones visuales, agudeza en conducción nocturna, visión periférica y seguimiento de objetos
- Mejora de la discriminación de figuras y formas, percepción espacial.
- Mantenimiento de funciones cognitivas, proceso de toma de decisiones con seguridad.

- Mejora de las funciones ejecutivas en conducción, reconocimiento de vías, lectura de mapas, etc.
- Facilitar el acceso y abandono del vehículo con seguridad mediante técnicas para conductores y pasajeros.
- Mejorar la orientación y realizar entrenamiento en la utilización de equipamiento avanzado de asistencia a la conducción, sistemas de (GPS)
Posicionamiento global, ordenador a bordo, rastreo de vehículos, sistemas de frenado, aparcamiento e iluminación automáticos, etc.

Otro foco de intervención importante es la formación/educación de la persona mayor. En los contenidos de los cursos de formación para conductores se hace hincapié en la autoevaluación constante de la capacidad de conducción, las repercusiones de los fármacos sobre la conducción, el análisis estrategias de compensación y la eliminación de distractores.

Las estrategias de compensación más frecuentemente utilizadas por las personas mayores preferían conducir en zonas familiares, restringían su conducción nocturna, y se arriesgaban menos durante la conducción, es decir, conducían a velocidades menores, y cambiaban menos de carril (Fishman G et al, 1995).

Entre la eliminación de distractores se encuentra el teléfono móvil y la presencia de pasajeros. Parece ser que los pasajeros pueden ser un factor distractor diurno. Hing et al (2003), encontraron que los conductores con dos o más pasajeros fueron mas propensos a participar en accidentes de tráfico en las carreteras con curvas y resultaron de ayuda por la noche.

Intervención comunitaria.

La intervención sobre la comunidad en general, es una tarea que se desarrolla de forma propositiva mediante, charlas, reuniones y publicaciones. Un buen ejemplo de acercamiento a un segmento específico de la comunidad es la guía

australiana *The Victorian Older's Drivers Handbook*. Este documento consta seis puntos que recogen los aspectos centrales de los problemas de conducción:

1. Habilidades para la conducción, normativas legales y permisos de conducción.

- Listado de problemas en conducción.
- Obligaciones legales.
- Conductores que ofrecen riesgo a los demás.
- Permisos y valoraciones para conducir.

2. Condicionantes médicos.

- Visión.
- Enfermedades de la vista.
- Audición.
- Enfermedades, lesiones y secuelas.

3. Medicamentos.

- Símbolos de peligro.
- Etiquetado de medicamentos.
- Medicamentos y conducción.
- Como evitar situaciones peligrosas.
- Línea de información farmacéutica.
- Controles policiales y medicación.

4. Practicas seguras de conducción.

- Conducción segura.
- Normativa de circulación de vehículos.
- Automóviles más seguros.
- Mantenga su coche en buen estado.
- Control de carga y remolcado.

5. Buena salud y conducción.

- Como mantener una buena salud.
- Importancia de la actividad física.
- Importancia de una buena nutrición.
- Importancia del descanso y sueño.

- Control de sus emociones.

6. Adaptaciones a los cambios y como mantener independencia en transporte.

- Preparándose para los cambios.
- Adaptándose al transporte alternativo.
- Puntos de orientación y ayuda para movilizarse por la ciudad.
- Tarjeta de transporte público.

Investigación y Especialización de Terapeutas Ocupacionales como profesionales de la Rehabilitación de la conducción.

La formación y necesidad de actualización en materias relacionadas con la rehabilitación de la conducción es una necesidad sentida por la mayoría de terapeutas ocupacionales (Larsson H 2007, Hunt 2008). La naturaleza y organización de esta formación varía de unos países a otros. En el caso de EE.UU la ADED es la encargada de realizar estos cursos de formación y emitir la certificación. Los cursos están dirigidos a terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales entre otros, aunque los manuales de estudios únicamente pueden conseguirse a través de la AOTA. Las certificaciones constan de dos niveles: valoración y rehabilitación y su coste aproximado son 450 dólares

El curso *Occupational Therapy Driver Assessment and Training Course*, impartido por la Universidad de Sidney está dirigido a Terapeutas ocupacionales que deseen aprender las técnicas y adquirir las habilidades necesarias, para ser reconocido como "*Valorador de las habilidades de conducción.*" Tiene una duración de 2 semanas a tiempo completo, contando con contenidos teóricos y prácticos. Al finalizar el curso, los participantes podrán

- Valorar la capacidad de conducción de los solicitantes.
- Identificar deficiencias en el proceso de la conducción de vehículos.
- Documentar y sustentar los resultados de la prueba de conducción efectuada.

- Prescribir las modificaciones necesarias y el equipamiento específico para la conducción adaptada.
- Diseñar programas de rehabilitación para las habilidades de conducción.

CONCLUSIÓN:

La conducción forma parte de la actividad instrumental "movilidad comunitaria" y es susceptible de ser abordada por los terapeutas ocupacionales. La valoración consta de dos partes, una primera valoración en el departamento de terapia ocupacional donde se evalúan componentes visomotores, cognitivos y de procesamiento y una segunda valoración en la carretera en compañía de un instructor de conducción.

La intervención Ocupacional en la conducción de personas mayores se centra en la práctica de habilidades cognitivas, visuales y motoras, modificación de los patrones de desempeño, modificación del contexto prescripción de dispositivos y estrategias de adaptación.

Es necesaria la formación y especialización de los terapeutas ocupacionales en herramientas de evaluación específicas así como estudios que demuestren la efectividad de los programas de Terapia Ocupacional en la mejora de las capacidades de conducción en personas mayores.

BIBLIOGRAFIA

1. Association for Drivers Rehabilitation Specialist (ADED). Disponible en <http://www.driver-ed.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=1>
2. Bouillon L, Mazer B, Gelinas, I. Validity of the Cognitive Behavioral Driver's Inventory in predicting driving outcome. *Am J Occup Ther.* 2006; 60: 420-427.
3. American Society on Aging. Driving Transitions Education Tools, Scripts, and Practice Exercises. To prepare professionals for effective conversations about driver safety and community mobility issues with older adults, their families, and concerned community members. [Internet]. 1ª ed. San Francisco: American Society on Aging; 2009 [29/01/2009]. Disponible en http://www.asaging.org/asav2/drivewell/driving_transitions.cfm
4. Duchek J, Hunt L, Ball K, Buckles V, Morris J. The Role of Selective Attention in Driving and Dementia of the Alzheimer type. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 1997;11: 48-56.
5. Duchek JM, Hunt L, Ball K, Buckles V, Morris JC. The Role of selective Attention in driving and Demencia of the Alzheimer Type. *Alzh Diseas Ass Disord.* 1997; 11 Supl 1: 48-56.
6. Fishman CE, Kelsch G, Wetzel R, Kagan LCA comparison of driving in older subjects with and without age-related macular degeneration. *Arch Ophthal.* 1995; 113: 1033-1040.
7. Gimenez-Roldán S, Dobato JL, Mateo D. Conductores de vehículos con Enfermedad de Parkinson: pautas de comportamiento en una muestra de pacientes de la Comunidad de Madrid. *Rev Neurol.* 1998; 13 (1):13-21.
8. Government of Victoria. Australia. The Victorian Older's Drivers Handbook. 6th Edition. May 2008.
9. Therapy Driver Assessment and Training Course Faculty of Health Sciences. Driver Rehabilitation and Fleet Safety Services Discipline of Occupation and Leisure Sciences. Disponible en www.driverrehab.com.au
10. Hing J, Stamatiadis, N, Aultman-Hall, L. Evaluating the impact of passengers on the safety of older drivers. *J Safety Res.* 2003; 34: 343-351.
11. Hunt LA, Arbesman, M. Evidence-based and occupational perspective of effective interventions for older clients that remediate or support improved driving performance. *Am J Occup Ther.* 2008; 62: 136-148.
12. Hunt LA, MurphyCF, Carr MD, Duchek J, Buckles V, Morris JC. A Performance-Based Assessment for Drivers With Dementia of the Alzheimer Type *Arch Neurol.* 1997; 54(6): 707-712.
13. Larsson H, Lundberg C, Falkmer T, Johansson K. A Swedish survey of occupational therapists' involvement and performance in driving assessments. *Scand J Occup Ther.* 2007; 14(4): 215-20.
14. Lee HC, Drake V, Cameron D. Identification of appropriate assessment criteria to measure older adults' driving performance in simulated driving. *Aust Occup Ther J.* 2002; 49 (3): 138-145.
15. Lorente Rodríguez E, Fernández Guinea S. Conductores ancianos y con daño cerebral en España. *Rev Neurol.* 2004; 38 (8): 785-790.
16. Madeley P, Hulley JL, Wildjust H, Mindham RH. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1990; 53: 580-582.
17. Martin AJ, Marottoli R, O'Neill D. Driving assessment for maintaining

- mobility and safety in drivers with dementia. The Cochrane Library. 2009
18. National Highway Traffic Safety Administration: NHTSA [Internet]. Disponible en: <http://www.nhtsa.dot.gov/portal/site/nhtsa/menuitem.31176b9b03647a189ca8e410dba046a0/>
 19. American Associations of Occupational Therapy. Occupational therapy practice framework: Domain&Process. Am J Occup Ther. 2008; 62(6): 625-683.
 20. Owsley C, McGwin G, Sloane M , Wells J, Stalvey B, Gauthreaux S. Impact of Cataract Surgery on Motor Vehicle Crash Involvement by Older Adults. JAMA. 2002; 288: 841-849.
 21. Patomella AH, Johansson K, Tham K. Lived experience of driving ability following stroke. Disabil Rehabil. 2009; 31(9):726-33.
 22. Patomella AH, Kottorp A, Tham K. Awareness of driving disability in people with stroke tested in a simulator. Scand J Occup Ther. 2008; 15(3): 184-92.
 23. [Patomella AH](#), [Tham K](#), [Kottorp A](#). P-drive: assessment of driving performance after stroke. Rehabil Med. 2006; 38(5): 273-9.
 24. Real Decreto Legislativo 339/1990 de 2 de marzo. BOE núm. 63, de 14 de marzo
 25. Rodríguez Rovida E. El permiso de conducir y la gente mayor. Accesibilidad, autonomía y limitación. En: Foro sobre Envejecimiento y Seguridad Vial. Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social; 2006.
 26. Taylor BD, Tripodes S. The effects of driving cessation on de elderly with dementia and their caragivers. Accid Anal Prev 2001; 33:519-28.
 27. Wang CC, Kosinski CJ, Schwartzberg JG, Shanklin AV. Physician ´s Guide to Assessing and Counseling Older Drivers. Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration; 2003.

URBANISMO, ESPACIO PÚBLICO Y PERSONAS MAYORES: HACIA LA AMABILIDAD DE LAS FORMAS

URBANISM, PUBLIC SPACE AND OLD PEOPLE: TOWARDS THE AMIABILITY OF MANNERS

Palabras clave: Urbanismo, Accesibilidad, Ciudad, Ocupación, Personas Mayores.

Key Words: Urbanism Architectural accesibility, Occupation, Elderly.

DECS: Remodelación Urbana, Accesibilidad, Ciudades, Ocupación, Anciano Frágil.

MESH: Urban Renewal, Accessibility, Cities, Occupation, Frail Elderly.

Morenos Ramos D.

Licenciado en Derecho. Master en Política Territorial y Urbanística. Asesor Urbanístico de Talmogar. Gestor Inmobiliaria Look&Find

Corregidor Sánchez AI.

Diplomada en Terapia Ocupacional. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Profesora Universidad Castilla la Mancha

Como citar el texto en sucesivas ocasiones:

Morenos Ramos D, Corregidor Sánchez AI. Urbanismo, espacio público y personas mayores: hacia la amabilidad de las formas. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010 [citado fecha]; monog. 3: 232-254 Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/urbanismo.pdf>

Introducción

URBANISMO: HACIA EL DISEÑO DE CIUDADES INCLUSIVAS

Somos los espacios que habitamos. La vida humana consiste en la continua realización de actividades que determinan la interacción con los distintos espacios en los que vivimos. el espacio construido por el ser humano, con la ciudad como principal paradigma, es ante todo, un espacio para ser ocupado, para servir y ser usado, para interactuar con otras personas en un entorno y para interactuar con el entorno, en tanto que personas, escenarios para el comportamiento, para la relación (Valera, 1999). La ciudad¹, como espacio vital, alberga la mayoría de lugares en los que se desarrollan las actividades cotidianas. Lugares no vacíos, que se llenan de significados

¹ Entendida como *civitas* o zona habitada por ciudadanos (civis) según su significado en la Antigua Roma.

RESUMEN

La dimensión urbana del contexto físico que rodea a las personas mayores constituye un factor de alta influencia en la elección de actividades ocupacionales. El urbanismo se encarga de dar respuesta a las necesidades de la población a través de la planificación del crecimiento urbano. En el presente artículo se analiza la evolución del urbanismo y su relación con el diseño de ciudades inclusivas. Se estudia también la repercusión de los distintos tipos de planeamiento urbano, como por ejemplo el urbanismo de proximidad, sobre la ocupación de las personas mayores y la consecuencia iatrogenia social urbanística. Se proponen nuevas formas de residencia como las viviendas tuteladas. Por último se presentan los espacios públicos al aire libre como los espacios públicos más utilizados por las personas mayores y se proponen medidas para adaptar el mobiliario urbano a las necesidades de las personas mayores.

SUMMARY

The urban dimension of the physical context that surrounds the major persons constitutes a high influence factor in the choice of occupational activities. The urbanism gives response to the population needs across the planning of the urban growth. In the present article, the evolution of the urbanism is analyzed and its relation with the design of inclusive cities. There is also studied the repercussion of different types of urban planning, as for example the urbanism of proximity, on the occupation of the major persons and the consequent urbanistic social iatrogenic. They propose new forms of residence like in ward housings. Finally there appear the public spaces outdoors like the public spaces more used by major persons and they propose measures to adapt the street furniture to the needs of major persons.

partiendo de las actividades que realizamos en ellos: el recorrido al trabajo, la plaza de reunión con los amigos, la zona de compras son espacios con sentido para cada uno de nosotros. Están dotados de significados que la persona va construyendo en base a sus experiencias y que simultáneamente contribuyen a construir su identidad personal.

Cabe preguntarse ¿cómo nacen estos escenarios? ¿cómo se formaron las ciudades en las que ahora habitamos? ¿fue el azar el encargado de diseñar el trazado

de las calles y plazas que conducen nuestro devenir diario? o por el contrario ¿fue una planificación cuidadosa y organizada la que se encargó de diseñar itinerarios, ubicar plazas y establecer los nodos de comunicación que componen la dimensión física de nuestros entornos?.

Las ciudades de hoy tienen su origen en el éxodo masivo del campo a la ciudad debido a la industrialización. La ciudad comienza a concebirse entonces, como algo más que un conjunto de viviendas aglomeradas a las que hay que proveer de servicios urbanos básicos (agua, luz y alcantarillado). La ocupación del nuevo espacio crea *sociedades urbanas* que demandan mínimos de calidad de vida y exigen la planificación del espacio para alojar las nuevas formas de vida.

La concepción del hombre como el "ser que hace de la tierra y el suelo su eje operativo" suscita la aparición de una nueva disciplina: **el urbanismo**². Y de la misma manera que la Terapia Ocupacional fuera presentada por la AOTA utilizando la conjunción "arte y ciencia"³, el urbanismo fue también definido como "*el arte y la ciencia de construir ciudades*", "el arte de proyectar/fundar ciudades" o "la ciencia que se ocupa de la ordenación de la ciudad". Ambas definiciones contienen la necesidad de fusionar la técnica objetiva con ese matiz creativo que trascienda los límites de la realidad, ya sea para promover un equilibrio ocupacional saludable o para proyectar *ciudades inclusivas y amables* que promuevan la confianza y la seguridad de todos sus habitantes.

En el S. XIX, la normativa urbanística se basaba en solucionar dos problemas básicos:

1. Por una parte la reforma interior de poblaciones consistente en la demolición de barrios antiguos, poco higiénicos pero reurbanizables, abriendo nuevas calles, mejorando las carencias rotacionales y servicios de la ciudad.
2. Por otro lado el ensanche de las poblaciones, tendente a procurar residencia y empleo a la población que provenía de la migración campo-ciudad.

La necesidad de planificar la ordenación del crecimiento urbano de forma más específica desembocó en un conjunto de disposiciones que el 12 de mayo de 1956 dieron lugar a la primera "*Ley sobre Régimen del Suelo y Ordenación Urbana*" y que constituyen el nacimiento del Derecho Urbanístico. El principal objetivo de esta ley fue el de responder a los conflictos de intereses privados y colectivos creados por las ventas que suscitaba el urbanismo contemporáneo.

² De la raíz *Urbs-urbis*, término del latín que significa Ciudad grande e importancia. Roma, era definida como la Urbe

³ En 1968 la AOTA utilizó la conjunción de términos "arte y ciencia" para definir la Terapia Ocupacional como *el arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, para prevenir la incapacidad, para valorar la conducta y para tratar o adiestrar a los pacientes con disfunciones físicas o psicosociales*.

Partiendo de estas definiciones primigenias, en la actualidad el urbanismo ha trascendido los límites de la ciudad y ha incluido la Ordenación del Territorio entre sus funciones, abarcando prácticamente el área nacional en su totalidad. La Carta Europea de Ordenación del Territorio dictada por la Conferencia Europea de Ministros responsables de Ordenación del Territorio (CEMAT: 1983) así lo refleja, al definir la *Ordenación del Territorio* como la expresión espacial de la política económica, social, cultural y ecológica de toda la sociedad. Estos dos subsistemas de planeamiento territorial: ordenación del territorio y urbanismo se encargan de delimitar y estructurar el suelo. El primero de ellos ocupándose de las grandes magnitudes de terreno y aplicándose desde las Administraciones Autonómicas/estatales y el segundo, refiriéndose a la ordenación local y siendo de aplicación municipal/inframunicipal con eficacia vinculante total (Parejo Alfonso, 1981).

Esquema Normativo Derecho Urbanístico

1. Ley Estatal que regula de forma general la Ordenación del Territorio, el régimen de valoraciones y del suelo.
2. Ley Autonómica propia y legislada por cada CC.AA. En el caso de Castilla la Mancha, por ejemplo,
3. Reglamentos que desarrollan las leyes autonómicas sobre Planeamiento y Gestión Urbanística.
4. Legislación sectorial aplicable al urbanismo, como puede ser la Ley de Carreteras, la Ley de Aguas, Ley General de Telecomunicaciones, Normativa sobre accesibilidad y eliminación de barreras, como por ejemplo la Ley 3/1998
5. Planeamiento urbanístico: norma jurídica de carácter reglamentario, que no puede contravenir ningún precepto establecido a una ley o reglamento ejecutivo.

Tabla nº1

El *planeamiento territorial* incluye el acuerdo entre las políticas de las diferentes administraciones públicas como la organización general de los asentamientos, las grandes infraestructuras, las comunicaciones, planes hidrológicos, etc. En un escalón inferior al Planeamiento Territorial se sitúa el planeamiento urbanístico, dada su mayor concreción y dedicación al funcionamiento de la ciudad. Este planeamiento incluye el uso del suelo (por ejemplo cuanto suelo se dedica a la construcción de

servicios sociales, de parques o zonas deportivas, etc.) y los equipamientos. Estos dos tipos de planeamiento se enmarcan en el esquema normativo del Derecho Urbanístico. A grandes rasgos, el Derecho Urbanístico se articula en

cinco grupos de leyes, desde la Ley Estatal hasta los planes urbanísticos de cada municipio, tal y como se recoge en la tabla 1.

Pero el urbanismo no puede reducirse meramente a aplicar normativas o recomendaciones. Por supuesto, no tendrá ninguna vigencia real si no las atiende, pero no será capaz de promover o complementar un verdadero desarrollo humano si no las supera. Y la superación ha de partir de la comprensión de la situación vital de los ciudadanos, en especial aquellos ciudadanos que presentan problemas para "usar y disfrutar la ciudad".

En este sentido, el redactor del planeamiento urbanístico goza de libertad para elegir el modelo urbanístico (ampliaciones por sectores comunicados y contiguos, tipologías de viviendas adosadas o en alturas, zonas verdes, viales, etc.), los usos de la ciudad o la intensidad edificatoria a la hora de diseñar la ciudad pero está sometido a cumplir los estándares urbanísticos que, en base a los principios constitucionales obligan a :

- a. Conseguir el disfrute de una vivienda digna y adecuada (Art 47.1 CE)
- b. Impedir la especulación (Art 47.1 CE)
- c. Rescatar una parte de las plusvalías generadas por la acción urbanística de los entes públicos (Art 47.2 CE)
- d. Conseguir una mejora de la calidad de vida (Art. 47.2 CE)

Los planes urbanísticos por su parte, tienen como finalidad *hacer ciudad* dentro de un orden normativo establecido (véase tabla 1) y *prever las necesidades* de los crecimientos urbanos y de sus futuros habitantes.

En esta línea de previsión de necesidades, cabe destacar que el urbanismo ha incorporado a sus filas el concepto de calidad, fijando en sus previsiones estándares mínimos de elementos considerados fundamentales para la mejora de la calidad de vida. Estos elementos se encuentran las redes de infraestructuras y servicios, las zonas verdes y jardines y los equipamientos comunitarios. Las redes de infraestructuras están formadas por la red viaria,

calles, plazas y espacios públicos y por sus redes de servicios soterrados: aguas, saneamiento, depuración, electricidad, telecomunicaciones, etc.

Las zonas verdes son espacios no construidos, abiertos destinados al ocio y al esparcimiento de los ciudadanos, normalmente ajardinados y arbolados. Los equipamientos comunitarios están formados por instalaciones culturales, sanitarias, deportivas, aparcamientos, etc.

Para el colectivo de personas mayores – e incluso para otros colectivos con discapacidad- prever los elementos que compondrán el planeamiento urbanístico de las ciudades es importante, porque en ellos se decide la cantidad de suelo y

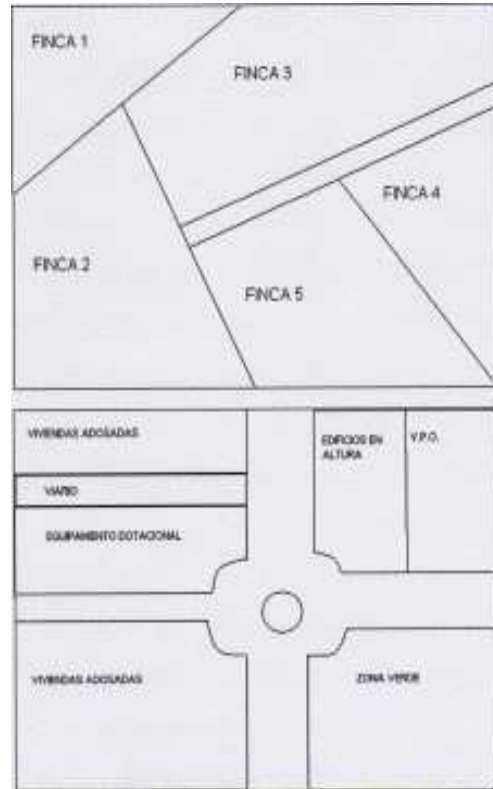


Ilustración 1.
Transformación de suelo urbano

la ubicación del mismo que será destinado a zonas concretas como parques saludables, zonas de ocio, centros de atención específica, etc. Este planeamiento puede establecer una mayor o menor densidad de viviendas en una determinada zona, mayor superficie destinada a parques, jardines o a otros equipamientos. Los estándares urbanísticos tienen carácter de mínimos, por lo que el planeamiento puede establecer mayores cuantías de las correspondientes dotaciones.

En la ilustración 1 puede observarse la transformación del suelo a través del planeamiento urbanístico. El terreno originario constaba de cinco fincas que han sido transformadas en suelo para viviendas de protección oficial, zona verde, y mayor espacio para viviendas adosadas en detrimento del espacio de edificios en altura. La zona definida como equipamiento dotacional urbano puede

destinarse para diversos servicios como colegios, guarderías, centro de salud, biblioteca, residencias de mayores, etc. También pueden observarse nuevas calles y plazas que anteriormente no formaban parte de ese suelo.

En definitiva, el urbanismo requiere de un estudio detallado del lugar, que incluye desde la recogida y análisis de datos sobre la ciudad, su población, sus actividades sociales primarias hasta la creación de programas de desarrollo económico y habitacional de los ciudadanos. De acuerdo con Bentley (1999) el trabajo conjunto en el diseño de lugares, conduce a que los usuarios tengan una actitud exploratoria y activa hacia ellos. El trabajo conjunto de urbanistas, antropólogos urbanos y psicólogos ambientales así como profesionales especialistas en el ámbito de la discapacidad como terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, conjuntamente con las personas mayores, podrá dar lugar al necesitado diseño de ciudades inclusivas, que no separen de sí los espacios destinados a las personas mayores.

Ciudades *amables* que frente al urbanismo defensivo⁴ sean capaces de contener en sus espacios la diversidad funcional, que puedan ser ocupadas y usadas por todos sus habitantes. Ciudades que ofrezcan afectividad en lugar miedo y vacío.

ENTORNO URBANO: UN ENTORNO PARA LA OCUPACIÓN

El marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional publicado por la *American Occupational Therapy Association* (2002) define el entorno como la variedad de condicionantes interrelacionados dentro de las circunstancias de la persona que afectan al desempeño. Identifica un total de siete entornos (tabla 2), de los que tres de ellos son reconocidos como externos a la persona. Entre estos entornos externos figura el *entorno urbano* como parte del entorno físico que rodea a la persona y que condiciona su desempeño.

⁴ Caracterizado por áreas residenciales fortificadas, calles marginalizadas, centros públicos inaccesibles,

La Terapia Ocupacional, desde sus inicios, ha estado vinculada a la idea del contexto, como elemento importante en el desempeño ocupacional. Actualmente modelos teóricos como el de la Adaptación Ocupacional (Shultz y Schkade 1992) o el modelo Persona-Ambiente-Ocupación (Law et al, 1996) consideran el entorno/contexto/ambiente un factor fundamental para valorar e intervenir en el desempeño de la persona.

Entorno	Definición
CULTURAL	Costumbres, creencias, patrones de actividad, comportamiento estándar y expectativas dentro del ámbito social al que pertenece un miembro. Incluye aspectos políticos, como leyes que amparan la utilización de determinados recursos y que confirman los derechos de la persona. Además incluye oportunidades para la educación, empleo y el apoyo económico
FISICO	Aspectos no humanos del entorno. Que permita la accesibilidad y el desempeño dentro del entorno teniendo terreno natural, plantas, animales, edificios, muebles, objetos, herramientas o dispositivos
SOCIAL	Disponibilidad y expectativas de individuos significativos, como un esposo, amigos y cuidadores. Además incluye grandes grupos sociales que son influyentes en el establecimiento de normas, expectativas del rol y rutinas sociales
PERSONAL	Características referentes al estado o estatus de salud. Incluye edad, género, estatus socioeconómico y estatus educacional
ESPIRITUAL	La guía en lo moral de la vida de una persona; lo que la inspira y la motiva
TEMPORAL	Localización en el tiempo del desempeño ocupacional
VIRTUAL	Entorno en el que existe comunicación sin presencia física.

Tabla 2. Dimensiones del entorno. AOTA, 2002.

El marco de trabajo de la ecología del desempeño humano aborda específicamente la interacción entre la persona y su entorno. Su postulado principal es que la ecología, o la interacción entre la persona y el contexto, afecta al comportamiento humano y al desempeño en las

tareas. Se entiende el entorno como la lente a través de la cual una persona considera las oportunidades en el desempeño de tareas (Dunn et al, 2005). Es imposible comprender a la persona sin comprender también su contexto, pues el rango de desempeño esta determinado por la doble interacción persona-entorno. La aplicación de este modelo al tema que nos ocupa, las personas mayores y el entorno urbano, exige analizar la interacción entre las

características del proceso de envejecimiento y los condicionantes urbanos que afectan al desempeño ocupacional.

El proceso de envejecimiento determina para la persona una nueva conexión con el espacio y el tiempo, y por tanto con la ciudad. Envejecer trae asociado nuevas situaciones y nuevas relaciones con el entorno más inmediato; cambios graduales en algunos casos y profundos en otros, que tienen que ver con una progresiva disminución de habilidades físicas, funcionales y cognitivas y con una menor posibilidad de adaptación a cambios y a situaciones estresantes. La adaptabilidad también está relacionada con el grado de incidencia que la persona y su grupo tengan sobre el medio. Si existen mayores posibilidades de dominio y control sobre el entorno urbano el grado de adaptabilidad es mayor y el posicionamiento ante los posibles cambios que se presentan en el tiempo es más fuerte. De la misma forma, la falta de control sobre el medio provoca, ante cualquier alteración, situaciones de disconformidad, desequilibrio e insatisfacción.

Si las personas mayores no pueden establecer un vínculo afectivo con el espacio urbano se alejarán de él y se refugiarán en espacios privados, como el propio domicilio o el centro en el que residan. De esta forma, se pierde la dimensión básica de sociabilidad imprescindible en el desarrollo de la persona. Di Véroli y Schmunis (2008) en una obra recientemente publicada conceptualizan el término "**Iatrogenia social urbanística**" como la progresiva reclusión de las personas mayores en sus viviendas, la pérdida de vínculos sociales y la nula participación de una ciudadanía plena por motivos de diseño urbanístico.

El entorno urbano se convierte en un elemento sobre el que reflexionar para mejorar el desempeño de las personas mayores. La ciudad desde su aparición, ha sido el instrumento básico para transformar el entorno y colonizar el territorio con el objetivo de construir un medio diferente en la que la vida humana tenga más ventajas. El concepto de ciudad han cambiado a lo largo del

tiempo, desde las casas rurales contiguas, a la ciudad como población amurallada o la ciudad actual, tan extensa, disgregada y compleja que excede en muchos casos la comprensión de sus habitantes y deja de ser reconocible como estructura espacial.

De forma general, los adultos mayores tienen dificultades con el urbanismo funcionalista que separa las actividades mediante *zoning*. La teoría del zoning (Burguess y Park 1964) se define como la tendencia de la ciudad a disponerse por barrios concéntricos alrededor de un barrio central de negocios o un barrio de tipo direccional. En cada segmento tienen lugar funciones urbanas distintas (residencia, trabajo, consumo y ocio) para funcionar como un sumatorio de instalaciones. La dispersión espacial hace imprescindible a la presencia de los medios de transporte y el automóvil. El urbanismo disperso, la dependencia del automóvil y el ascenso de las nuevas tecnologías delimitan una ciudad de difícil acceso para la tercera edad.

En esta línea y renovando la idea del urbanismo zoning o urbanismo de dispersión, se plantea un *urbanismo de proximidad*, que evite la segregación social y espacial y facilite la eco-movilidad (caminar, uso de silla de ruedas, bicicleta y/o del transporte público) y la accesibilidad (Yerpez, 1998). Las personas mayores que han visto reducido su universo de acción/actividades, se involucran en un desarrollo de proximidades. Aquello que sienten como próximo les resulta atractivo, descartando actividades que se realizan en un contexto percibido como lejano o inaccesible. Esta idea llevó a Wieil (1999) a definir las ciudades multipolares, otorgando una nueva orientación a las zonas periurbanas y evitando la segregación espacio-social. Según el principio de multiplicación de centros, la ciudad extensa se descentra y conforma una estructura de "centros" múltiples relativamente homogéneos en su funcionalidad, y en ocasiones también en su diseño

Frente a lo entornos urbanos dispersos, la supresión de barreras arquitectónicas, la accesibilidad física en los espacios públicos, la adecuación de recorridos peatonales, la existencia de un mobiliario urbano apropiado y un transporte accesible promueve que los mayores tengan un uso autónomo de los servicios comunitarios de la ciudad y conlleva un desempeño más satisfactorio de las actividades que decidan realizar.



Ilustración 2. Residencia de mayores ubicada en una zona aislada de la ciudad.

Por otra parte, existe una tendencia a aislar los espacios residenciales destinados a las personas mayores. Es frecuente observar centros residenciales en las zonas periurbanas de ciudades y pueblos, que dificultan el acceso de los residentes a los servicios que ofrece la ciudad (Ilustración 2).

Promover la inclusión de viviendas para personas mayores en zonas integradas de la ciudad, esto es, en los propios barrios contribuiría a que los residentes pudieran usar la ciudad, participar en dinámicas socializadoras y sentirse integrados en el entorno urbano del que forman parte. La conformación de guetos de ancianos que residen en lugares alejados del centro neurálgico de la ciudad y de los servicios que éste ofrece es considerada como un contexto empobrecedor y limitador.

Además de la ubicación integrada de las residencias de ancianos en la ciudad, es necesario repensar las políticas de atención a personas mayores y el diseño arquitectónico que de esta filosofía se deriva. Actualmente existen en España 329.311 plazas residenciales frente a las 7285 plazas en viviendas tuteladas (Imsero, 2009). Este modelo residencial que apuesta por las plazas en residencias de ancianos ha de ser repensando.

La ocupación activa, que incluya la búsqueda de intereses y el desarrollo de múltiples actividades tiene lugar cuando la interacción entre la persona y el ambiente es fructífera. La política residencial de nuestro país dificulta que las personas mayores que ingresan en una residencia continúen desarrollando las áreas ocupacionales de actividades instrumentales, participación social y trabajo (voluntariado), entre otras.

Diversas iniciativas, como la del Grupo de EA/3e, proponen viviendas tuteladas en lugar de centros residenciales con un diseño funcional. Viviendas con luz natural, contrastes de colores y texturas que permitan diferenciar los límites de cada objeto, dimensiones, alturas y así mismo desarrollar actividades sin riesgo.

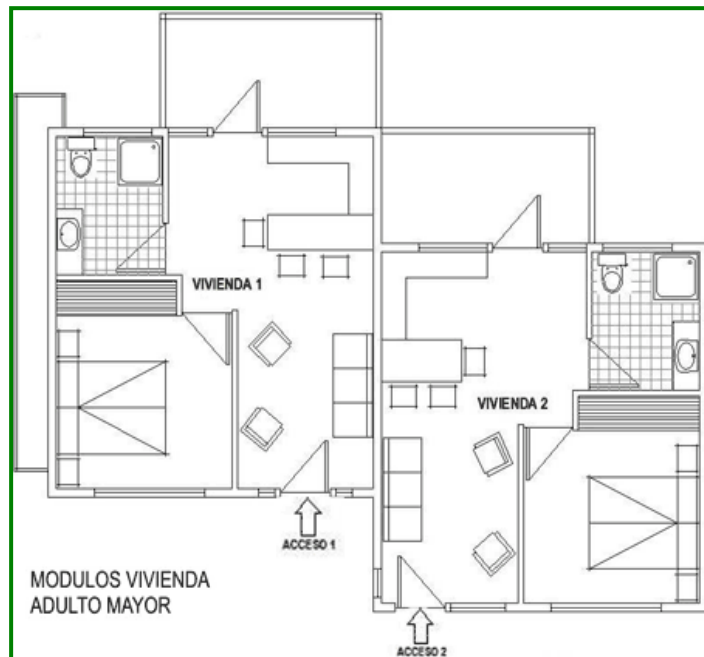


Ilustración 3. Diseño de viviendas tuteladas para personas Mayores. (Frank E, 2006. Grupo EA/3E)

Las viviendas tuteladas se definen como un conjunto de viviendas autónomas, unipersonales y/o de pareja, para el alojamiento y convivencia, bajo la tutela y asistencia de los servicios sociales. Estas viviendas se caracterizan por ser individuales y poseer habitación, cocina, sala de estar y cuarto de baño. La ilustración 3 muestra el diseño de las viviendas propuestas por este grupo de arquitectura gerontológica.

El modelo de vivienda tutelada favorece que las personas mayores continúen asumiendo la responsabilidad de sus ocupaciones e identifiquen su entorno más próximo como manejable y modificable según sus gustos y preferencias. De

hecho la vivienda es considerado el bien más importante, no solo por su valor material, sin también por su valor de identidad y pertenencia (Escudero, 2003).

Sin embargo, la transición a este nuevo modelo no está exenta de dificultades, probablemente debidas a la influencia del actual sistema residencia. Se han identificado problemas derivados de una errónea comprensión del recurso: usuarios con unas expectativas no adecuadas, que les lleva a un rechazo a participar en las tareas de cuidado y mantenimiento de la Vivienda, a realizar demandas no adecuadas a las trabajadoras del centro. Aunque se ha demostrado que el 90% de los usuarios con un apoyo adecuado que favorezca la adaptación a los cambios derivados del ingreso en el centro, así como en el desarrollo en el mismo, aumentan su grado de bienestar personal, con respecto a su situación previa (Lamagrande, 1999).

CIUDADES AMABLES, CIUDADES INCLUSIVAS, CIUDADES ACCESIBLES A DOS CENTIMETROS DEL SUELO

Dos centímetros son los que separan a las personas mayores de las personas jóvenes. Se estima que la elevación del pie con respecto a la horizontal, es 2 cm. menor en personas mayores que en personas jóvenes. La gran urbe debiera compensar amablemente esta diferencia, apenas perceptible, con el fin de propiciar un ambiente seguro y confortable que propiciara y facilitara la presencia de las personas mayores en los espacios urbanos.

A medida que el número de personas mayores aumenta surgen desafíos distintos para adaptar las ciudades a sus necesidades. Nuevas y viejas formas de envejecer coexisten simultáneamente, confluyen estilos de vida tradicionales, con nuevos estilos de vida que incorporan el desarrollo de actividades hasta ahora poco probables, como el acceso a las nuevas tecnologías o el acceso a la universidad. Coinciden también estados de dependencia grave con situaciones funcionales de autonomía completa.

¿Como diseñar ciudades que incluyan este amplio perfil de personas? Es más, ¿como planificar el desarrollo urbanístico de las ciudades para prever las

necesidades de los adultos que hoy forman familias mononucleares, que tienen una movilidad urbana cardinal, una intensa utilización de los medios de comunicación y en los que la identificación con un lugar determinado parece no ser tan importante?

El diseño de ciudades inclusivas puede ser la clave para derribar las fronteras que separan el domicilio del anciano del espacio exterior. Cabe, pues, comenzar a trabajar partiendo de los que las personas mayores esperan de los entornos urbanos en los que viven. Un trabajo realizado por Escudero (2003) puso de relieve la preocupación de las personas mayores por la baja densidad de espacios de encuentro y ocio (espacios verdes), la inaccesibilidad del transporte público y la dispersión de la ciudad. Y en base a estos resultados.

Las ciudades inclusivas parten de la **comprensión de las necesidades y aspiraciones** de sus habitantes. Hace referencia a la pertenencia de los individuos a su comunidad. Se debe proponer una ciudad para acoger efectivamente a las personas mayores, una ciudad integral que promueva la convivencia intergeneracional. **La ciudad amable ha de brindar un espacio que contenga, comprenda y proteja a los mayores.**

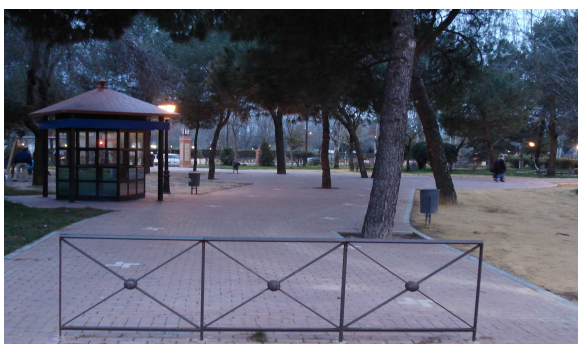


Ilustración 4. Diseño de parque inclusivo.
Talavera de la Reina

La **amabilidad de las formas** busca el fácil reconocimiento del entorno y de sus partes, imprescindible cuando disminuye la memoria y la capacidad de orientación. Utiliza organizaciones espaciales claramente identificables,

tiempos de movimiento y recorrido realizables (semáforos, escaleras mecánicas, ascensores, etc.); y caminos y accesos reconocibles y diferenciables. La ilustración 4 muestra el diseño inclusivo de un jardín, en el que se ha diferenciado la zona de tránsito o paseo del resto de elementos del parque a

través de un pavimento diferente y fácilmente identificable. Con el objeto de facilitar la distinción de zonas se han ubicado los bancos en una zona distinta al espacio destinado al paseo y se han incluido elementos urbanos que faciliten la orientación

Las acciones de diseño inclusivo han sido diferenciadas en dos tipos: formalizables y respuestas ambientales (Escudero, 2003). Las acciones formalizables son las que estudian la resolución de los problemas planteados, como al eliminación de barreras arquitectónicas. Normalmente van dirigidas a atenuar las dificultades cenestésicas: movilidad general, presión manual o accesibilidad. Son valoradas desde la ergonomía de la discapacidad y las actuaciones más frecuentes son: pasamos 70-90cm del pavimento, 6% de pendiente en rampas, suelos antideslizantes, eliminación de obstáculos al paso, forma y tamaño de botones, manivelas, etc. Las acciones ambientales son las que se dirigen a resolver las demandas de carácter sensorial o cognoscitivo. El deterioro visual y auditivo asociado al envejecimiento hace necesario la conjunción de formas, texturas, colores, sonidos y fundamentalmente la luz que permite visualizar los espacios.

Coherencia y legibilidad son dos propiedades que también han de estar presentes en el diseño inclusivo. Ambos aspectos están relacionadas con la comprensión (dar sentido al lugar percibido). La coherencia incluye cualidades que permiten a la persona mayor encontrar sentido y captar el orden de un espacio urbano. Esto resulta vital para que la persona pueda diferenciar las áreas y planear la satisfacción de sus metas en el escenario urbano (Corraliza, 2000).

La legibilidad (vinculada también con la actividad mental de la comprensión) se refiere al grado en que un espacio urbano o una parte del mismo contiene elementos que lo hacen distinto, fácilmente comprensible, facilitando por tanto la orientación del observador.

Respecto al diseño de estancias para la tercera edad, lo ideal es eliminar escaleras, desniveles o irregularidades en el suelo; asegurar anchos de paso y desplazamiento que permitan la movilidad con bastones, andadores o sillas de ruedas. Si este ideal no es posible y no pueden eliminarse escalones será necesario iluminarlos, texturarlos y acompañarlos de barandillas.



Ilustración nº5 Parada de autobús urbana.

La adaptación de las paradas del transporte público es otro aspecto relevante en las ciudades con diseño inclusivo. La disgregación de la ciudad y su amplitud geográfica hacen imprescindible el uso del transporte público (o privado). Las paradas de autobús no contemplan una profundidad de asiento adecuada, ni apoyabrazos o la protección climática adecuada (ilustración 5).

El hábitat inclusivo también pretende ser un hábitat estimulante al colocar los espacios al alcance de la vida cotidiana de las personas mayores. La organización accesible del entorno puede contribuir a involucrar que el anciano se motive e involucre en tareas que requieran acciones físicas y cognitivas superiores a las actividades que rutinariamente realiza, y conseguir un sentimiento de competencia y satisfacción.

ESPACIOS PÚBLICOS AL AIRE LIBRE, PERSONAS MAYORES y OCUPACION

Las personas mayores constituyen un grupo de usuarios habitual de los espacios urbanos públicos al aire libre. Asisten en mayor medida ancianos que residen en la comunidad y no utilicen servicios sociosanitarios como centros de día o residencias de ancianos⁵. Los parques y plazas representan en nuestra cultura uno de los principales espacios de reunión de las personas mayores (ilustración 6).

⁵ Probablemente el horario de asistencia a estos centros y las actividades que en ellos se ofrecen hagan incompatible el uso de parques urbanos.

La modificación urbanística que acontece en España a partir de la década de los 90 ha favorecido la creación y ampliación de espacios verdes en las ciudades (Marmolejo y Stallbohm,2008). Autores como Lynch destacan la importancia del papel de estos espacios públicos en la construcción de una imagen legible y agradable de la ciudad. De forma similar Chiesura (2004) en un estudio sobre los visitantes de un parque urbano de

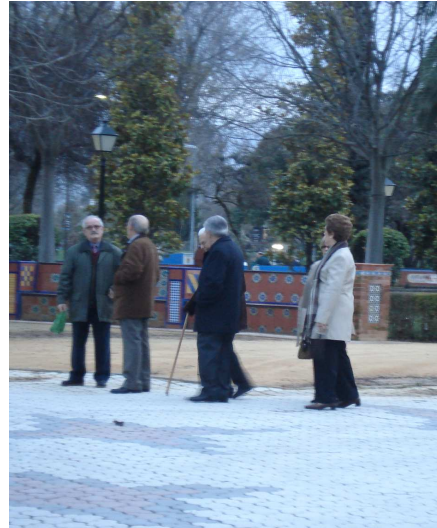


Ilustración 6. Personas mayores que utilizan el parque como zona de reunión

Ámsterdam pone de manifiesto que los parques y zonas verdes son visitados mayoritariamente para relajarse y observar la naturaleza. Las personas encuestadas, principalmente personas mayores, describieron sentimientos de libertad y bienestar asociados a su estancia en el parque, y que fueron calificadas como muy importantes en su vida diaria. Los beneficios en la calidad de vida y bienestar que aportan las zonas verdes a las ciudades, también ha sido descritos en otros trabajos como los realizados por por otros Iswne (2007) en Paris o Ariane et al (2005).



Entre las funciones de los espacios verdes, Tyrvaïnen et al. (2006) incluyen los aspectos recreativos, los efectos físicos y mentales, así como culturales e históricos. Afirman además que *"Los beneficios del espacio verde estan determinados principalmente por la cantidad y la calidad de estos espacios, así como su accesibilidad .*

Los parques son el entorno físico elegido para desarrollar determinadas actividades ocupacionales como el cuidado de mascotas (ya sean propiedad de persona o pertenezcan al parque), el mantenimiento de salud con paseos matutinos o al atardecer, practicar deporte como la petanca o actividades de ocio como la lectura.

El estudio de la relación de los ancianos con las zonas verdes urbanas debe partir de la observación directa y participante de las instalaciones, los distintos elementos que componen el mobiliario urbano (bancos, papeleras, módulos de parques saludables, etc.), uso que se realiza de cada zona, franjas horarias y actividades que se desarrollan de forma diaria. De esta forma podrán conocerse que franjas horarias son las más concurridas, que actividades se realizan de forma más frecuente en estos espacios y con qué objetivos, que limitaciones propiciadas por el entorno aparecen y cual puede ser su solución desde la perspectiva del usuario.

A este respecto Rodríguez et al (2009) han elaborado un cuestionario que evalúa la Calidad de Entornos Abierto (CEA). El cuestionario, que incluye respuestas abiertas y respuestas dicotómicas (si-no), se compone de tres bloques entre los que se contemplan datos generales del parque (perfil de usuarios, antigüedad, tiempo y frecuencia de uso, fidelidad al lugar etc.) , información sobre la calidad del parque (valoración general del parque, valoración del mobiliario urbano, sugerencias, etc.) y valoración subjetiva relacionada con las emociones y la satisfacción que despierta en el usuario. También se incluye una muestra de imágenes sobre elementos urbanos que facilita que las personas mayores puedan expresar sus opiniones sobre el mobiliario urbano.

Puyuelo y Gual (2005, 2009) tras un trabajo realizado en diversos parques de Castellón, en el que abordan la relación de las personas mayores con los espacios de ocio urbano, destacan la importancia que los parques urbanos tienen para las personas mayores. En este estudio se constata la frecuencia de uso diaria y en cualquier franja horaria, así como la fidelidad al mismo parque y la presencia de emociones positivas satisfactorias al permanecer en estas zonas. Otros resultados obtenidos fueron la preferencia de las personas mayores por los trayectos lineales y rectos y las vías interiores y el uso

mayoritario de las zonas con proporciones amplias y con buena visibilidad para permanecer en ellas.

El desarrollo de especificaciones para el diseño de entornos funcionales que mejoren la organización del espacio y el uso de los objetos favorecerá la interacción positiva entre la persona mayor, el entorno y la ocupación que desee realizar.



En relación a esta idea, uno de los elementos de mobiliario urbano más valorados por las personas mayores son los asientos y la presencia de servicios públicos. Tanto el formato de los asientos como su colocación pueden ser adaptados para favorecer actividades básicas como las transferencias o actividades de comunicación y relación social. La tipología de bancos que pueden encontrarse en los parques españoles es muy variada. Entre los más frecuentes pueden encontrarse los denominados bancos románticos (figura 7), bancos de hormigón (figura 8) o bancos de cerámica (figura 9). Características comunes a cada uno de ellos es la baja altura del asiento, así como el diseño lineal.

Los bancos que no reúnen criterios de funcionalidad y accesibilidad respecto a la altura y profundidad del asiento y del respaldo dificultan las actividades de levantarse/sentarse así como el mantenimiento de una postura cómoda. La ausencia de reposabrazos centrales también dificulta las transferencias. Según el diseño centrado en la ergonomía del mueble para personas mayores, el asiento debe poseer reposabrazos colocados a una altura de 21 cm. desde el

asiento (Page et al, 1995) y con una longitud 5 cm. menor que la profundidad del asiento.



Ilustración 10. Ejemplo de disposición circular de los asientos urbanos.

Por otra parte, el diseño longitudinal de los asientos provoca que el banco se considere ocupado aún cuando solamente hay una persona sentada. A este inconveniente, se suma que la disposición lineal de los asientos, al reunirse cuatro o más personas obliga a que al menos uno de ellos permanezca de pie o girado si quiere

participar de la conversación. Estas consideraciones han llevado a la adquisición de nuevo mobiliario urbano que haga posible una ubicación circular en lugar de una ubicación lineal, tal y como se muestra en la ilustración 10. La disposición circular de los asientos, favorece la relación social y la comunicación entre los usuarios.

La mejora en la accesibilidad de las zonas verdes, así como la adaptación del mobiliario urbano son aspectos imprescindibles en el diseño de ciudades inclusivas que busquen crear entornos de participación e integración de las personas mayores. El diseño y adaptación de los espacios públicos al aire libre para las personas mayores, debe considerar la dimensión física (manipulación, operatividad y accesibilidad de los diferentes elementos), la dimensión cognitiva (nivel de comprensión e interpretación que la persona mayor realiza del espacio), la dimensión social (adaptabilidad y adecuación social) y por último la dimensión cultural (integración y adaptación de los productos vinculada a la experiencia cultural de los usuarios), con el fin de obtener vinculaciones afectivas positivas y de identificación personal.

CONCLUSIÓN

Los espacios urbanos que habitamos forman parte de la dimensión física de la ocupación humana. El urbanismo, incorpora a sus funciones la maximizar la calidad de vida de los ciudadanos y el diseño de ciudades inclusivas. Las ciudades inclusivas o amables tienen como objetivo facilitar que todos los ciudadanos, en especial aquellos que presenten algún tipo de discapacidad, puedan acceder a todos los servicios comunitarios. El urbanismo de proximidad frente al urbanismo de producción o zoning facilita que las personas mayores puedan desenvolverse en el entorno urbano son mayor seguridad y menor coste. La integración de viviendas tuteladas para mayores en los barrios, en lugar de en la periferia de la ciudad promovería la participación social de los residentes y su contacto con la ciudad. Los parques y zonas verdes son espacios urbanos frecuentemente utilizados por los ancianos y valorados positivamente. La revisión y adaptación del mobiliario urbano favorece el desempeño de actividades básicas y de socialización.

BIBLIOGRAFIA

1. Ariane L, Bedimo-Rung PhD, Andrew J, Mowen PhD, Deborah A, Cohen, MD. The Significance of Parks to Physical Activity and Public Health. A Conceptual Model. *Am J Prev Med.* 2005; 28(2 Suppl 2): 159-68.
2. Bentley I. Entornos vitales: hacia un diseño urbano y arquitectónico más humano : manual práctico. Barcelona: Gustavo Gili; 1999.
3. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge: [Harvard University Press](http://www.harvard.edu); 1979.
4. Burgess EW. El crecimiento de la ciudad: introducción a un proyecto de investigación, en R. E. Park (ed.): *The City*. Chicago: University of Chicago. Press; 1925. p. 47-62.
5. Chiesura A. The role of urban parks for the sustainable city. *Landscape and Urban Planning.* 2004; 68 (1): 129-138.
6. Corraliza JA. Emoción y ambiente. En Aragónés JI, Amérigo M (ed). *Psicología Ambiental*. Madrid: Pirámide; 2000: p. 59-76.
7. Di Véroli D, Schmunis E. *Arquitectura y Envejecimiento*. Buenos Aires: Nobuko; 2008.
8. Dunn W, Hanye McClain, Brown C, Youngstrom MJ. *Ecología del desempeño humano*. Madrid: Panamericana; 2005.
9. Escudero JM. Los viejos en su casa, en su ciudad. *Scripta Nova. Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales* [internet] 2003; 4(146): [103]. Disponible en: [http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-146\(103\).htm](http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-146(103).htm)
10. Frank E. El adulto mayor, La tercera edad. *Todo Arquitectura* [internet] 2006 Diciembre [acceso 10 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.todoarquitectura.com/revista/37/sp01_Accesibilidad.asp?imp=si
11. Guía 2009 de Servicios de Atención Residencial para personas mayores [internet]. Ministerio de sanidad y política social, Secretaría General de Política Social; 2009 [acceso 13 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.imserso.es/Presentacion/groups/imserso/documents/binario/grpm2009.pdf>
12. Iswne T. Las representaciones sociales relacionadas con la residencia en el parque de Bercy. *Metropolitana* [internet] 2009 abril [acceso 14 de marzo de 2010]; 5 (varia). Disponible en: <http://metropoles.revues.org/document3876.html>
13. Lamagrande Picos MT. [Las viviendas tuteladas para personas mayores](http://www.nexusediciones.com/g-9-1-006.htm). *Rev Multidiscip Gerontol* [Revista en Internet] 1999 [acceso 14 de marzo de 2010]; 9 (1): Disponible en: <http://www.nexusediciones.com/g-9-1-006.htm>.
14. Law M, Cooper BA, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Can J Occup Ther.* 1996; 63(1): 9-22.
15. Marmolejo C, Stallbohm M. En contra de la ciudad fragmentada: ¿hacia un cambio de paradigma urbanístico en la Región Metropolitana de Barcelona? Diez años de cambios en el Mundo, en la Geografía y en las Ciencias Sociales, 1999-2008. *Actas del X Coloquio Internacional de Geocrítica* [Internet]. 1ª ed. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2008 [acceso el 26, 27, 28, 29 y 30 de mayo de 2008].

- Disponible en:
<http://www.ub.es/geocrit/-xcol/160.htm>
16. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. Am J Occup Ther. 2008; 62(6): 625-683.
 17. Page A, Tortosa L, Poveda R, Küster A, López F, Ferreras A. Guía de recomendaciones para el diseño y la selección de mobiliario para personas mayores. 1ª ed. Valencia: Instituto de Biomecánica de Valencia; 1995.
 18. Parejo Alfonso L. Garantía institucional y autonomías locales. 1ª ed. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local; 1981.
 19. Peribañez Ayala G. La dotación de infraestructuras, los equipamientos y las zonas verdes en el planeamiento. En: II encuentro de Urbanismo para los ciudadanos. Toledo; 2008
 20. Puyuelo M, Gual J. Diseño prospectivo y elementos de uso en parques urbanos a partir de la experiencia de las personas mayores. Medio Ambiente y Comportamiento Humano. 2009; 10 (1-2): 137-160.
 21. Puyuelo M, Gual J, Galbis M. Espacios abiertos urbanos y personas mayores: una experiencia llevada a cabo en distintos parques de la ciudad de Castellón sobre el diseño y su interacción con la población anciana. Castelló de la Plana: Publications de la Universitat Jaume I; 2005.
 22. Rodríguez A, Martínez I, Salanova M. Diseño del cuestionario Calidad de Entornos Abiertos (CEA). Equipo de investigación WONT. Universitat Jaume I. Disponible en línea:
<http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi9/psi/2.pdf>. Consultado 1 de marzo 2010.
 23. Schultz S, Schkade JK. Occupational adaptation: toward a holistic approach for contemporary practice. Am J Occup Ther. 1992 Oct; 46 (10 Pt 2): 917-25.
 24. Schultz S, Schkade JK. Occupational adaptation: toward a holistic approach for contemporary practice. Am J Occup Ther. 1992 Sep; 46 (9 Pt 1): 829-37.
 25. Shunt W. Algunas reflexiones en torno a ecología y urbanismo. Rev Ayer. 1003; 11: 171-188.
 26. Tyrväinen L, Mäkinen K, Schipperijn J. Tools for mapping social values of urban woodlands and other green areas. Landsc Urban Plan. 2007; 79: 5-19.
 27. Valera S. Espacio privado, espacio público: Dialécticas urbanas y construcción de significados. Tres al Cuarto. 1996; 22-24.
 28. Wieil M. La transition urbaine. 1ª ed. Belgique : Mardaga ; 1999.
 29. Yerpez J. Le Ville des Vieux: recherche sur une cité à humaniser. 1ª ed. Arles, France: Editions de l'Aube; 1998.

USABILIDAD, SEGURIDAD Y ACCESIBILIDAD: ELEMENTOS CLAVE PARA OPTIMIZAR EL ENTORNO DE LAS PERSONAS MAYORES

USEFULNESS, SAFETY AND ACCESSIBILITY: KEY ELEMENTS TO OPTIMIZE THE ENVIRONMENT OF OLD PEOPLE

Palabras clave: Entorno, Terapia Ocupacional, Personas Mayores, Accesibilidad.

Key Words: Environment, Occupational Therapy, Elderly, Accessibility.

DECS: Ambiente Terapia Ocupacional, Anciano Frágil. Accesibilidad.

MESH: Environment, Occupational Therapy Frail Elderly, Accessibility.

Dña. Ana Isabel Corregidor Sánchez

Diplomada en Terapia Ocupacional. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Profesora Universidad Castilla la Mancha

Dña. Begoña Polonio López

Diplomada en Terapia Ocupacional. Licenciada en Periodismo. Dra. en Psicología. Profesora Titular Universidad Castilla-La Mancha

Dña. M. Hernández Pajares

Diplomada en Terapia Ocupacional. Especialista Universitario en Daño Cerebral. Terapeuta Ocupacional Ortosur

Como citar el texto en sucesivas ocasiones:

Corregidor Sánchez AI, Polonio López B, Hernández Pajares M. Usabilidad, seguridad y accesibilidad: elementos clave para optimizar el entorno de las personas mayores. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010 [citado fecha]; monog. 3: 255-290 Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/usabilidad.pdf>

Introducción

Las personas no viven en el vacío, viven rodeadas de aspectos culturales, sociales, temporales, físicos y virtuales que determinan desde la posible elección de las actividades que se realizan hasta el significado y el valor que les otorgan. Es imposible comprender el desempeño de la persona sin concebir los entornos que le envuelven. En las últimas dos décadas la producción teórica de la profesión ha comenzado a considerar el entorno, no como una variable a tener en cuenta, sino como uno de los ejes sobre los que gira el desempeño ocupacional.

El entorno o entornos que rodean a la persona en su devenir diario han sido considerados por la Terapia Ocupacional desde sus comienzos. *Entorno, contexto y ambiente* son términos utilizados indistintamente por la mayoría de autores para referirse a las condiciones físicas, culturales,

RESUMEN

Los *contextos* y *entornos* influyen en la accesibilidad de las ocupaciones, en la calidad del desempeño y en la satisfacción con el rendimiento. En el presente artículo, se exponen tres modelos de práctica de Terapia Ocupacional que conciben *entorno* y *contexto* como elementos esenciales en el desempeño ocupacional. Se revisan distintos instrumentos de evaluación que los terapeutas ocupacionales utilizan para valorar el impacto del entorno sobre el rendimiento de personas mayores y para evaluar el riesgo de caídas y accidentes. Los conceptos de usabilidad, seguridad y accesibilidad son examinados, así como las distintas herramientas que se emplea para su valoración. Por último se proporcionarán recomendaciones y orientaciones prácticas para contribuir desde la modificación del entorno inmediato a la prevención de la dependencia en personas mayores.

SUMMARY

The contexts and environments influence the accessibility of occupations, the quality of performance and the satisfaction with the performance. In the present article, three models of Occupational Therapy's practice are exposed, which conceive environment and context as essential element in the occupational performance. Different evaluation instruments are checked, those the occupational therapists use to value the impact of the environment on the performance of major persons and to evaluate the risk of falls and accidents. The concepts of usefulness, safety and accessibility are examined, as well as the different tools used for valuation. Finally recommendations and practical orientations will be provided to contribute from the modification of the immediate environment to the prevention of the dependence in major persons.

culturales, personales, temporales y virtuales.

El *entorno físico* incluye el medio ambiente natural y construido, así como los objetos que albergan. El *entorno social* está formado por la presencia, relaciones y expectativas de las personas, grupos y organizaciones con las que la persona contacta.

Por su parte el contexto cultural incluye costumbres, creencias, patrones de actividad, normas de comportamiento y expectativas aceptadas por la sociedad de la que la persona es miembro. El contexto personal, hace referencia a las características demográficas de la persona, tales como la edad, el sexo, nivel socioeconómico y nivel educativo. El contexto temporal abarca las etapas de la vida, la hora del día o el año, la duración o el ritmo de una determinada actividad. Por último el contexto virtual, contiene las interacciones virtuales, ya sean en tiempo real o en tiempo diferido en ausencia de contacto físico.

sociales, espirituales y temporales que rodean a la persona. Sin embargo, cabe distinguir en base a la segunda edición del Marco de Trabajo de la American Occupational Therapy Association (AOTA)¹ algunas diferencias. El término entorno hace referencia a las condiciones físicas y sociales externas que rodean a la persona, mientras que el término contexto se refiere a la variedad de condiciones interrelacionadas que se encuentran dentro y alrededor del sujeto y que pueden ser

En las sociedades occidentales, la prolongación de la esperanza de vida unida a la generalización de la jubilación y las pensiones han contribuido a crear nuevos entornos y contextos (políticos, sociales y culturales) que conducen a la persona mayor a redistribuir su tiempo diario y a modificar actividades, hábitos y lugares de residencia. Probablemente las personas que hubieran llegado al s. XX con más de 65 años no hubieran identificado *envejecer en su hogar* como valor principal ni tampoco formarían parte de su gama de actividades las actividades de ocio, tal y como la entendemos actualmente.

El ajuste persona-entorno ha sido estudiado desde distintas disciplinas como la antropología, psicología, sociología, arquitectura o geografía humana, entre otras. Por ejemplo, Kahana (1975, 1980)^{2,3} desde la sociología estudió las características del entorno que podrían prever el desempeño funcional y la conducta en el envejecimiento, generando el Modelo de la Congruencia. Este modelo se basa en la congruencia entre las características ambientales y las necesidades de la persona, con el fin de entender el impacto del ambiente sobre el bienestar del individuo.

La elaboración teórica y científica que se ha venido realizando desde el ámbito de la Terapia Ocupacional se ha centrado fundamentalmente en el entorno inmediato, en la modificación del hogar o la adaptación de los lugares de residencia y su relación con el grado de autonomía y prevención de accidentes (fundamentalmente caídas). Las intervenciones dirigidas a contextos más amplios, como el ámbito comunitario comienzan a acaparar la atención de los profesionales de la Terapia Ocupacional, generando un nuevo *enfoque socioecológico de la salud* (Wilcock A, 2005)⁴.

La influencia de los distintos entornos y contextos sobre el desempeño ocupacional esta fuera de toda duda, sin embargo cuantificar el impacto de los sistemas culturales, políticos y sociales sobre el desarrollo ocupacional de la persona, no deja de ser una empresa difícil. En el presente artículo, se

expondrán los distintos modelos de práctica que conciben el ambiente/entorno como elemento esencial en el desempeño ocupacional, así como las distintas herramientas de evaluación que los terapeutas ocupacionales utilizan para valorar las influencias de los entornos. Se revisarán los conceptos de usabilidad, seguridad y accesibilidad y por último se proporcionarán recomendaciones y orientaciones prácticas para contribuir desde la modificación del entorno inmediato a la prevención de la dependencia en personas mayores.

MODELOS DE PRÁCTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL Y LA CONCEPCIÓN DEL ENTORNO/ CONTEXTO/AMBIENTE

Probablemente fuera O'Reilly (1954)⁵ una de las primeras terapeutas ocupacionales que abordó el entorno como elemento determinante en el desempeño ocupacional. Esta autora, planteó la posibilidad de disminuir el estrés de pacientes traumatológicos a través de la modificación ambiental. Posteriormente, trabajos como el Modelo de la Ocupación Humana (Kielhofner 1980)⁶, o las posteriores aportaciones de Barris (1982)⁷ al mismo, comenzaron a otorgar al entorno el lugar que merecía en el análisis y estudio del desempeño ocupacional. A partir de este momento, comienzan a desarrollarse modelos de práctica que incluyen el entorno entre sus componentes principales. A continuación se revisan tres de los modelos más representativos: Model Human Occupation (MOHO), Ecology of Human Performance (EHP) y *Person-Environment-Occupation (P-E-O)*.

Modelo de la Ocupación Humana

El Modelo de la Ocupación Humana (Kielhofner, 1980)⁶ entiende los ambientes de desempeño como espacios que contienen objetos, formas ocupacionales y grupos sociales. Ambientes característicos que enmarcan las distintas formas de ocupación son el domicilio (o lugares de residencia), el vecindario, los espacios de ocio, el lugar de trabajo o lugares familiares comunes. Estos ambientes presentan demandas que influyen considerablemente en el desarrollo de roles y

habilidades. Por ejemplo, un ambiente familiar estimulante que a su vez cuente con ayudas técnicas para el desempeño de las actividades de la vida diaria, presentará demandas que motivarán a la persona mayor a continuar involucrándose en actividades básicas como el aseo o el vestido así como su implicación en tareas instrumentales del hogar. Sin embargo, un entorno familiar basado en la aceptación de la dependencia y en la sobreprotección, motivará la inactividad y el fomento de roles disfuncionales.

En el MOHO se conciben dos dimensiones del ambiente: dimensión social y dimensión física. Ambas dimensiones ofrecen posibilidades, recursos y limitaciones que impactan sobre el desempeño de la persona.

La dimensión social está formada por grupos de personas con formas ocupacionales determinadas, que moldean reglas y asignan roles a sus miembros. Estos grupos permiten y prescriben el tipo de actividad que se espera que sus componentes realicen. Un ejemplo sencillo de la dimensión social del entorno, podrían ser las reglas establecidas en una residencia de ancianos en relación al orden de paso que ha de respetarse para entrar al comedor: en primer lugar sillas de ruedas, después personas con andadores y bastones y en tercer lugar personas que no utilizan ayuda técnica la deambulación. Este tipo de pautas dirigen el comportamiento de los residentes para iniciar la actividad de la comida y al mismo tiempo contribuyen a reforzar el rol de "residente", ya que son las únicas personas que han de seguir esta norma, dado que el personal trabajador de la residencia puede "infringir" esta norma sin ser sancionado.

La dimensión física consiste en los espacios natural y humano así como los objetos que forman parte de éstos. Los sistemas de comunicación del domicilio, los recursos de ocio con los que cuente en club al que se asiste el anciano o el tipo de mobiliario son elementos de la dimensión física

frecuentemente valorados por terapeutas ocupacionales dado su impacto en el desempeño diario de la persona.

La causalidad personal, los valores, intereses, roles y hábitos¹ y el nivel de desempeño mantienen una interacción dinámica y constante con el ambiente. En relación a este precepto, Barris (1982)⁷ afirma que las propiedades ambientales que influyen en el subsistema de la voluntad y la decisión de la persona a interactuar, la influencia de las demandas del entorno para el desempeño en el desarrollo de roles, hábitos y habilidades, afectan a la participación del individuo en una gama creciente de lugares de ocupación. Las personas eligen los ambientes en los que se quieren involucrar en base a criterios de novedad, complejidad y compatibilidad con los intereses y valores de cada etapa vital.

Modelo de Ecología del Desempeño

Este marco de trabajo, conocido en la literatura por las abreviaturas EHP (Ecology of Human Performance) ha sido desarrollado por miembros de la Facultad de Terapia ocupacional de la Universidad de Kansas⁸. Aplica el significado de la Ecología (interrelación entre el organismo y el entorno) al estudio de la interacción entre el desempeño ocupacional y el ambiente que lo envuelve. La Ecología, o la interrelación entre una persona y el contexto, afecta al desempeño de las actividades; este desempeño a su vez impacta sobre la persona, el contexto y la interacción persona-contexto.

Su principal postulado teórico es que la Ecología afecta al comportamiento humano y al rendimiento ocupacional, y que este rendimiento (o desempeño) no pueden entenderse al margen del contexto. El EHP fue desarrollado con el propósito de brindar un marco de investigación para la interrelación entre

¹ La volición (causalidad personal, valores e intereses), la habituación (hábitos y roles) y la capacidad de desempeño articulan el cuerpo teórico y los conceptos básicos del Modelo la Ocupación Humana (MOHO)

construcciones importantes para la práctica de la Terapia Ocupacional: persona, contexto, tareas, rendimiento ocupacional e intervención terapéutica.

La perspectiva de la Ecología del desempeño humano define el contexto como la lente a través de la cual una persona considera las oportunidades en el desempeño de tareas y provee una estructura para pensar el contexto² como una variable clave en la evaluación y la planificación de la intervención. A pesar de que muchas personas pueden compartir elementos comunes del contexto, la relación entre cada persona, entre cada "lente" y estos elementos es única.

El contexto tiene dos dimensiones: *temporal y ambiental*. La dimensión temporal incluye aspectos cronológicos, del desarrollo y del ciclo vital, del estado de discapacidad y periodo de tiempo durante el que una tarea existe. Por su parte el ambiente, incluye aspectos físicos (accesibilidad, plantas, animales, edificios, mobiliario, ayudas técnicas...), sociales (expectativas de las personas, normas, roles y rutinas sociales sistemas políticos, etc.) y culturales (costumbres, creencias, patrones de actividades, leyes...).

La estructura global del EHP puede observarse en la ilustración 1. La elipse que rodea a la persona representa la lente con la que se percibe el contexto representado a su vez con un círculo más amplio. De esta forma, es imposible comprender el desempeño de la persona sin tener en cuenta la elipse y el círculo que la rodean. Esto es, la forma en la que persona percibe y comprende su entorno las características de éste.

Las tareas o actividades aparecen como *objetivos de interacción contextual* dispersas en el espectro del rendimiento ocupacional o fuera de éste. El individuo percibe las potenciales actividades a través de su filtro contextual, que a su vez está mediatizado por: 1. la acumulación de sus experiencias, 2. la

² Los autores del marco de trabajo aclaran la preferencia sobre el término "contexto" en lugar de "ambiente", dado que el primero abarca más aspectos físicos, sociales y de experiencia fenomenológica (Dunn et al, 1994).⁸

autopercepción de las habilidades (físicas, sociales y culturales) que configuran su rendimiento ocupacional. La selección final de actividades se realiza en función del filtro personal y de las ofertas del entorno.

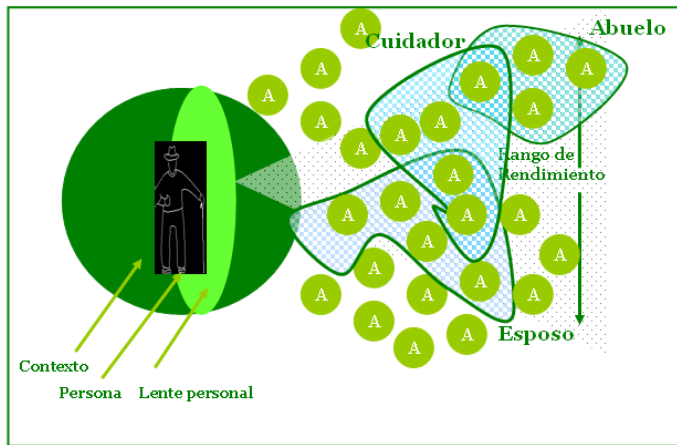


Figura 1. Representación gráfica de los componentes del Marco Ecológica del Desempeño Humano (EHP): persona, contexto, tareas, rango de rendimiento y roles. (Modificado de Dunn, 1994⁸).

Los roles son considerados como una constelación de tareas, con funciones que se superponen. Por ejemplo, una persona mayor que desempeña los roles de esposo, cuidador y abuelo posee una constelación única de actividades y habilidades que configuran

su rendimiento, en base a las demandas del su contexto. Estas actividades pueden ser necesarias para el desempeño de varios roles, por este las mismas actividades son seleccionadas para el desempeño de distintos roles. La constelación de roles y actividades es única para cada persona.

Desde la perspectiva del EHP, contexto y habilidades personales tienen el mismo peso en el resultado final: el rango de rendimiento ocupacional. El contexto y las habilidades personales forman parte de un continuo que determina la selección de actividades y la distribución de roles. Un contexto con pocos recursos puede ser compensado por habilidades personales y viceversa, un contexto con posibilidades puede compensar la carencia de habilidades. En el caso de las personas mayores, una disminución en sus habilidades, el descenso del tipo de actividades que realizan y un contexto empobrecido carente de recursos, daría lugar a un rango estrecho del rendimiento ocupacional, en el que no se encontrarían muchas actividades como objetivos de interacción

La intervención desde Terapia Ocupacional se dirige a ampliar el rango de rendimiento ocupacional partiendo de la continua colaboración entre persona, familia y terapeuta ocupacional. El modelo ofrece cinco alternativas de intervención terapéutica: restaurar, cambiar, adaptar, prevenir o crear. La tabla 1 recoge ejemplos prácticos con un usuario de centro de día, de 80 años de edad con deterioro funcional secundario a un accidente cerebro vascular de un año de evolución.

Estrategias de Intervención	Ejemplos
Restablecer	Tratamiento específico para conseguir la mejora de la amplitud del movimiento del miembro superior
Cambiar	El usuario demanda realizar alguna actividad de ocio, ante la imposibilidad de practicar tenis, dada la hemiparesia derecha, el terapeuta explora con el usuario nuevos intereses de ocio.
Adaptar	Instalación de asideros y tabla de transferencia la bañera en respuesta al deseo del usuario de completar el aseo diario.
Prevenir	Enseñanza de estrategias de sedestación y posicionamiento de miembro superior para evitar retracciones musculares.
Crear	Proponer introducir un nueva rutina en la vida diaria del usuario

Tabla 1. Posibles estrategias de intervención propuestas por el Marco de Ecología del Desempeño.

Persona-Entorno-Ocupación

El Modelo Persona-Entorno-Ocupación (*PEO: Person-Environment-Occupation*) surgió de la necesidad identificada por los autores de establecer una relación teórico-clínica de la *transacción e interdependencia* entre la persona, el medio ambiente y la ocupación. Ha sido desarrollado por la Escuela de Terapia Ocupacional y Fisioterapia del Departamento de Clínica Epidemiológica y Bioestadística de la Universidad de

McMaster y por colaboradores del Hospital de Hamilton, Canadá (Letts et al, 1996)⁹.

El modelo guía el razonamiento clínico en el análisis y la comprensión de la interacción P-E-O y en su posterior aplicación clínica. Consta de tres componentes: la **persona (P)**, el **entorno (E)** y la **ocupación (O)**. La persona (o grupo de personas) es un ser único, compuesto de cuerpo, mente y espíritu que adopta roles de naturaleza cambiante y simultánea. Posee

habilidades (físicas, cognitivas y afectivas) aprendidas e innatas que facilitan el rendimiento ocupacional.

El **ambiente** se define como el contexto en el que el rendimiento ocupacional se lleva a cabo y se clasifica en cultural, socioeconómico, institucional, físico y social. Proporciona indicios o señales a la persona que le indican como ha de ser el comportamiento. El ambiente es considerado desde la perspectiva única de la persona, la familia y la comunidad.

La **ocupación** es entendida como las tareas y actividades llevadas a cabo durante toda la vida que se dirigen a satisfacer una necesidad *intrínseca* de automantenimiento, expresión y satisfacción vital. Se identifican tres áreas de ocupación: actividades básicas, productividad y ocio. La naturaleza de estos elementos es dinámica durante toda la vida de un individuo o de la comunidad

El continuo **función-disfunción** o el **desempeño ocupacional** se entiende bajo el prisma del ajuste entre los tres componentes. Un máximo ajuste se relaciona con el rendimiento óptimo, mientras que el ajuste mínimo se refiere a un rendimiento ocupacional mínimo y por tanto disfuncional.

El modelo plantea que la aplicación de estas premisas a la práctica de la Terapia Ocupacional ha de realizarse partiendo de la identificación conjuntamente con la persona y su familia de los puntos fuertes y de los problemas en el rendimiento ocupacional (figura 2). Esta búsqueda puede llevarse a cabo a través de varios métodos como por ejemplo la entrevista no estructurada o semiestructurada³ o evaluaciones estandarizadas. La información obtenida ayuda a determinar el foco y el nivel de intervención. Posteriormente se valoran componentes, ocupaciones, actividades, tareas y condiciones del ambiente. Y finalmente se reúne esta información en un esquema de transacción P-E-O para desarrollar el plan de intervención. Los resultados se

³ En el documento original sobre el modelo⁹, los autores proponen la utilización del COMP¹⁰ para la identificación de problemas en el desempeño y el OPHI¹¹.

conocerán con la medición del desempeño ocupacional. El modelo permite el uso de un amplio repertorio de instrumentos validados desarrollados por otros modelos y otras disciplinas, ya que no aporta herramientas propias de valoración, sino que permite el uso de escalas y protocolos elaborados desde otros modelos de práctica.

Las limitaciones del modelo en relación a la ausencia de herramientas propias de evaluación ha sido reconocida en distintos trabajos, sin embargo, el cambio de perspectiva hacia la influencia del ambiente como elemento determinante del desempeño ocupacional y no como un aspecto adicional, ha llevado a distintos autores como Cooper (1997)¹² y Broome (2009)¹³ a utilizar

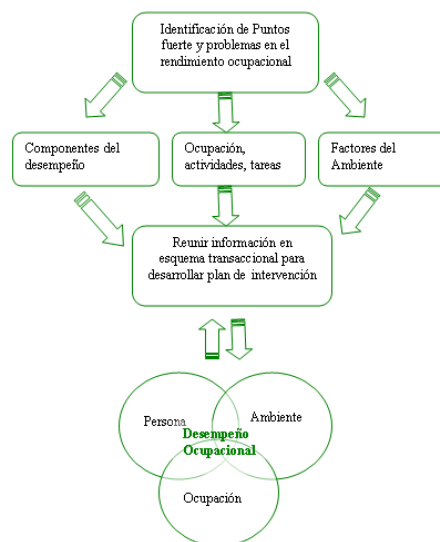


Figura 2. Modelo Persona-Ambiente-Ocupación. Traducido de Law et al (1996)⁹

el modelo para detectar problemas de desempeño ocupacional de las personas mayores en ámbitos como la adaptación del domicilio o el uso del transporte público.

Wahl et al (2009)¹⁴ en una revisión reciente de estudios clínicos aleatorizados, relacionados con las intervenciones en el entorno de las personas mayores, durante los años 1997-2006, concluyen que los estudios con una perspectiva de ajuste Persona-Entorno presentan resultados más favorables que los estudios que no utilizan este marco de trabajo.

VALORANDO LA SEGURIDAD, USABILIDAD y ACCESIBILIDAD DE LOS DOMICLIOS DE PERSONAS MAYORES

Los instrumentos de valoración del entorno se han dirigido en mayor medida a evaluar los atributos del hogar y el domicilio, siendo menos frecuente la publicación de herramientas de evaluación que contemplen la influencia de determinados contextos, como la cultura o el momento social que rodea a la persona. No obstante, Letts et al (1994)¹⁵, encontraron un total de diez herramientas que valoraban aspectos sociales y culturales que afectaban al desempeño, de las que tres podrían ser aplicables en el envejecimiento: Environment Competence Questionnaire (CMHC 1982)¹⁶, Life Stressors and Social Resources Inventory (Moos, et al, 1994)¹⁷, Person-Environment Fit Scale (Coulton 1979)¹⁸. El primero evalúa la competencia de las personas mayores para vivir en casa, se compone de un cuestionario y una entrevista estructurada. El inventario de Moos, por su parte, evalúa a través de una entrevista semiestructurada los factores estresantes que afectan al bienestar. Y la última herramienta propuesta, valora servicios y consultas comunitarias en relación a su ajuste a los usuarios.

Aplicando una visión más reducida y dirigida al entorno físico, la valoración del hogar incluye la revisión de las distintas zonas de la casa (comunicación horizontal, comunicación vertical, dormitorios, salas de estar, cocina, baños y espacios exteriores) así como el análisis de hábitos y rutinas respecto a las actividades que se llevan a cabo en el entorno domiciliario. Entre los cuestionarios más frecuentemente utilizados en nuestro país destacan la Evaluación del Hogar de Terapia Ocupacional de Romero (2001)¹⁹ o el propuesto por Polonio (2002)²⁰ para la Detección de Riesgos en el Hogar. El primero consiste en una evaluación cualitativa centrada en el cliente, que parte de la propia percepción de la persona sobre los atributos de su espacio domiciliario (amplio-estrecho, confortable-incómodo, privado-público, conveniente-inconveniente, alegre-triste...) y aborda los accidentes sufridos en el domicilio, el plan de actividades y los principales roles de los habitantes. Incluye también la revisión de las distintas zonas del domicilio: entrada al edificio, acceso a la vivienda, comunicación vertical, comunicación horizontal, recibidor, dormitorio, baño, cuarto de estar, y cocina. Finaliza la evaluación

solicitando al anciano/familiar que dibuje su casa detallando número de habitaciones y disposición del mobiliario.

La Evaluación del Domicilio: Detección de Riesgos (Polonio 2002)²⁰, es un cuestionario cerrado con opción de respuesta tipo si-no, en el que se revisan los factores generales de riesgo de caídas y accidentes (alfombras estado del suelo, tipo de mobiliario e iluminación) y valoran los distintos espacios del domicilio: sala de estar, dormitorio, baño y cocina.

Otras herramientas de valoración basadas en la relación Anciano-Entorno-Ocupación son la Evaluación propuesta por Dunning (1972)²¹ en la que se valoran las interacciones de la persona con el ambiente, el espacio y las tareas o la batería SAFER (Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation), desarrollada por Oliver (1993)²² y Chiu (2006)²³ con el objetivo de evaluar el grado de seguridad de las personas mayores en sus domicilios en relación a las relaciones de ajuste P-E-O. La Batería revisada consta de un total de 97 ítems⁴ agrupados en 14 dominios (tabla 2) que incluyen desde el riesgo que conlleva el desempeño de actividades básicas o la presencia de sintomatología específica, como puede ser el vagabundeo en pacientes con demencia.

Por otra parte, conocer el riesgo de caídas en personas mayores ha generado multitud de instrumentos de valoración. La escala *Westmead Home Safety Assessment* (WeHSA, Clemson et al 1997, 1999)^{24, 25} es una de las escalas más conocidas en Terapia Ocupacional. Contiene 73 ítems que ayudan a identificar los riesgos de caída provocados por las condiciones físicas del domicilio. De forma más abierta a todos tipos de accidentes, la escala SAS (Safety Assessment Scale, Poulin et al, 2006)²⁶ desarrollada también por terapeutas ocupacionales, pretende evaluar y reducir el riesgo de accidentes y proporcionar recomendaciones a los cuidadores y familiares. Contempla 9

⁴ La Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation publicada en 1996 constada de un total de 128 ítems, que en posterior proceso de validación (Chiu, 1996)²³ fueron reducidos a un total de 96.

ítems: cuidadores, tabaco, fuego y quemaduras, nutrición, alimentos e intoxicaciones medicamentos, cambios de temperatura, traumatismos y conducción.

Dominios SAFER

Condiciones de vida (9 ítems)
Movilidad (7 ítems)
Cocina (13 ítems)
Riesgo de incendios (6 ítems)
Comida (2 ítems)
Familia (11 ítems)
Vestido (3 ítems)
Aseo (4 ítems)
Cuarto de Baño (13 ítems)
Medicación (3 ítems)
Comunicación (11 ítems)
Vagabundeo (7 ítems)
Memoria (2 ítems)
Condiciones Generales Vivienda (6 ítems)

Tabla 2. Áreas Tabla 2. Ítems de Valoració de la Escala SAFER Revisada (Chiou, 2006)²³

La *Usabilidad* del domicilio es un concepto que recientemente se ha incorporado a la evaluación e intervención en el hogar. Ofrece una nueva perspectiva en la valoración de domicilios, al valorar el grado en el que el domicilio permite el funcionamiento de la persona. Es un concepto, subjetivo, que se centra en la percepción que tiene el anciano sobre “lo usable” de su hogar. Según Fangé (2005)²⁷ la usabilidad necesita conjugar tres conceptos: capacidad funcional de la persona, nivel de adaptación y roles e intereses ocupacionales.

El instrumento *Usability in My Home* incorpora esta nueva perspectiva centrada en la persona (*UIMH, Fänge e Iwarsson, 1999, 2003*)^{28,29} y ha sido utilizado en distintos trabajos (Fänge e Iwarsson, 2005; Reid 2004)^{27,30} para valorar el grado de usabilidad del domicilio y su repercusión en la realización de actividades. Consiste en un cuestionario autoadministrado que tiene por objetivo conocer la perspectiva del anciano sobre los factores del entorno que facilitan o limitan su desempeño en casa. Consta de 23 cuestiones, de las cuales 16 se puntúan de 1 a 7, donde 1 indica la puntuación más negativa y 7 la respuesta más positiva. Estos ítems recogen cualidades de la cocina, del patio/balcón/jardín, el baño u otros lugares específicos de la casa. Cuenta también con 7 preguntas abiertas: seis para la definición del tipo de problemas de usabilidad en los diferentes espacios del domicilio y una pregunta para la expresión de cualquier observación que puedan tener los usuarios.

La *Accesibilidad* es un concepto de corta pero intensa trayectoria, que desde finales de los años ochenta hasta la actualidad ha experimentado una notable presencia en la conciencia ciudadana. Ha pasado de ser una cuestión individual de cada domicilio, a convertirse en un derecho social que abarca todo el espacio urbano. Es considerada un elemento de calidad de vida e integración de las personas con discapacidad y está legislada a nivel internacional con la unificación de criterios a través de las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades de las Naciones Unidas (1993)³¹. En España las competencias en materia de Accesibilidad, están reguladas a nivel Estatal, autonómico y local. A este respecto, se recogen en el epígrafe 1 la legislación vigente relativa a la accesibilidad en nuestro país.

El término *Accesible* puede entenderse en relación a tres formas básicas de actividad humana: movilidad, comunicación y comprensión. Es condición que posibilita llegar, entrar, salir y utilizar la casa, las tiendas, los teatros, los parques y los lugares de trabajo. La accesibilidad permite a las personas participar en las actividades sociales y económicas para las que se ha concebido el entorno construido (CCPT, 1996)³².

La evaluación de la Accesibilidad en el hogar en lo que a edificación se refiere, contempla aspectos como la banda libre de paso, los cambios de nivel, las puertas, la ubicación y colocación de los elementos de aseo en el baño, la situación de los elementos manipulables, la comunicación vertical (ascensor y escaleras) y la comunicación horizontal (pasillos, zonas de transición, et). En nuestro país contamos con instrumentos de evaluación de la Accesibilidad, como la Guía Técnica de Accesibilidad en la Edificación (2001)³³, el Libro Blanco de Accesibilidad elaborado por el equipo ACCEPLan (2003)³⁴ o los Planes de Accesibilidad propios de cada Comunidad Autónoma, como la Guía para la Aplicación del Código de Accesibilidad de Castilla la Mancha³⁵.

La adaptación de la vivienda partiendo del análisis en cadena, es un método práctico y eficaz para clarificar los eslabones que son necesarios modificar. Las principales cadenas de accesibilidad a evaluar son:

1. Conexión Entrada-Zona de Estar: desplazamiento desde la entrada del domicilio hasta la habitación/zona de estar/cocina/baño
2. Conexión Cocina-Comedor: desplazamiento de la cocina hasta la zona de comedor y viceversa.
3. Conexión habitación-baño: desplazamiento de la habitación al aseo o baño y viceversa.
4. Conexión vivienda- espacio público: desplazamiento desde el domicilio hasta la calle.

Las guías como *Consumer's Guide to Home Modifications*³⁶, *Home Safety Guide of Older People*³⁷ o el documento [*Maintaining Seniors' Independence: A Guide to Home Adaptations*](#)³⁸ pueden ser otro recurso de orientación a la hora de realizar modificaciones en el hogar. Ambas guías se estructuran en forma chek-list con preguntas referidas a elementos como situación de los cordones de las lámparas de pie, existencia de alfombras, ubicación de enchufes, detectores de gas, estado de escaleras de pie y escaleras de construcción, adaptación del baño y de la cocina, etc. A pesar de la información que ofrece para la prevención de riesgos, debe utilizarse con precaución porque estos documentos no contemplan problemas ocupacionales (Matilla, 2003)³⁹, sino que enumeran listas de riesgos que pueden estar relacionados o no con las capacidades/limitaciones de la persona.

ADAPTAR EL DOMICILIO DE PERSONAS MAYORES: NECESIDADES Y SOLUCIONES.

Envejecer en el hogar, es el principal deseo de las personas mayores. La adaptación de la vivienda, puede ser un factor importante para mantener al anciano el máximo tiempo posible en su domicilio. Peterson et al (2008)⁴⁰, en

uno de los escasos estudios longitudinales al respecto, comprobaron que la modificación terapéutica de las condiciones del hogar tenían un impacto positivo en el funcionamiento ocupacional en relación a las personas mayores que formaban el grupo control. De forma similar, Stark (2009)⁴¹ en un estudio pre-post observó que la adaptación del domicilio había mejorado el rendimiento de las actividades de la vida diaria, manteniéndose este desempeño ocupacional dos años después de realizar la adaptación domiciliaria.

La adaptación de la vivienda comprende la modificación de determinadas características físicas del interior del domicilio y del entorno exterior más inmediato, con el fin de reducir las demandas – fundamentalmente físicas- del ambiente, prevenir riesgos, mejorar el desempeño ocupacional y disminuir la necesidad de ayuda.

Para llevar a cabo la adaptación domiciliaria, los terapeutas ocupacionales utilizan distintos métodos de evaluación y diferentes tipos de intervenciones. Es frecuente también, que cada terapeuta elabore *ad hoc* cuestionarios e informes de valoración domiciliaria en función del nivel asistencial en el que desarrolle su práctica. Esta práctica común dificulta comprobar los resultados y la eficacia de la modificación ambiental sobre el desempeño diario y la prevención de riesgos.

La adaptación del domicilio se basa en dos fuentes de información/situación: 1. Situación funcional concreta del usuario y posibles riesgos de accidentes que se deriven y 2. Déficit de accesibilidad y usabilidad que presenta el domicilio. En relación al punto 1, Fänger e Iwarsoon (2005)²⁷ encontraron que las limitaciones funcionales que más frecuentemente repercutían sobre la usabilidad de los domicilios eran utilización de ayudas técnicas para la marcha, dificultad para la flexión de rodillas, falta de equilibrio y disminución de la resistencia. En la tabla 3 pueden observarse el total de limitaciones encontradas así como la prevalencia de las mismas.

<p>Tabla 2. Déficit funcionales mas frecuentes en usuarios Déficit Funcional y prevalencia</p> <p>Dificultad en la interpretación de la información 1%</p> <p>Grave pérdida de visión 26%</p> <p>Pérdida completa de visión 1%</p> <p>Pérdida Severa de Audición 5%</p> <p>Equilibrio pobre 61%</p> <p>Falta de Coordinación 15%</p> <p>Limitaciones de la Resistencia 53%</p> <p>Dificultad para moverla cabeza 8%</p> <p>Dificultad para llegar con los brazos 46%</p> <p>Dificultad en presión y pinza 34%</p> <p>Perdida habilidades en miembros inferiores 10%</p> <p>Dificultad en la flexión de rodillas 78%</p> <p>Exceso de peso 1%</p> <p>Dependencia de ayudas técnicas para la marcha 74%</p> <p>Dependencia de silla de ruedas 18%</p> <p>mayores que precisan la adaptación del domicilio (Fänger e Iwarsson 2005)²⁷</p>	<p>Respecto al punto 2 (déficit de accesibilidad y usabilidad del domicilio) Lan et al (2009)⁴², en un estudio en el que participaron un total de 10.596 personas mayores de 65 años que residían en la comunidad, valoraron seis problemas de la vivienda: falta de accesibilidad en la entrada del edificio, entrada limitada o poco espacio en el baño, ausencia de asideros de apoyo en bañera o ducha, poco espacio en el dormitorio y escasa iluminación interior. Más de un tercio</p>
---	--

de los domicilios presentaban dos de los problemas citados, un 20% tenían tres problemas y un 33% de los domicilios albergaba cuatro o más problemas. Únicamente un 10% de la muestra de domicilios n presentaba ningún problema. El déficit mas frecuente fue el espacio limitado en el cuarto de baño y la ausencia de asideros para evitar el deslizamiento en la bañera o ducha.

La detección de déficit de usabilidad en el baño, coincide con los hallazgos obtenidos por Alonso (2007)⁴³ en el estudio ACCEPLAN sobre la Adaptación Funcional de la Vivienda en España, en el que los terapeutas ocupacionales entrevistados coinciden en señalar las adaptaciones del baño como las más habituales. Prácticamente un 100% de las terapeutas entrevistadas recomendaron la instalación de barras de apoyo en el baño y la elevación del WC, seguido en un 80% de la prescripción de retirar la bañera, instalar un asiento giratorio de bañera/asiento de ducha fijo y/o realizar modificaciones en la distribución del baño.

En base a estos resultados, seria de interés e incluir estos hallazgos en futuros protocolos de valoración e intervención domiciliaria, con el fin de homogeneizar criterios de evaluación y perfeccionar el proceso de razonamiento clínico y los

métodos de intervención para la adaptación de los domicilios. Potenciar la investigación y la difusión de estos conocimientos es otro objetivo a cumplir, según reconoce el Observatorio Europeo para la Adaptación de la Vivienda (ADAVIV)⁴⁴.

PRODUCTOS DE APOYO EN EL DOMICILIO DE LAS PERSONAS MAYORES

El término Ayuda Técnica ha sido sustituido recientemente en la nueva norma UNE EN ISO 9999⁵ por el de "Productos de Apoyo". Los productos de apoyo se definen como cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnologías y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación." Se clasifican en 11 categorías que a su vez se dividen en subcategorías. La tabla 4 muestra esta clasificación, así como el número de productos de apoyo registrados en el Catálogo de Productos de Apoyo del Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT)⁴³.

Los productos de apoyo que con más frecuencia se instalan en los domicilios de las personas mayores están relacionados con la higiene y el aseo (asideros, alzas de wc, tablas y asientos de bañera), adaptaciones de las entradas/salidas a terrazas y patios y productos de apoyo para salvar desniveles y escaleras (Fänge, 2005)²⁷.

Nivel	Categoría	Productos
04	Productos de apoyo para tratamiento médico personalizado	201
05	Productos de apoyo para el entrenamiento/aprendizaje de capacidades	58
06	<i>Ortesis y prótesis</i>	
09	Productos de apoyo para el cuidado y la protección personales	218
12	Productos de apoyo para la movilidad personal	374
15	Productos de apoyo para actividades	185

⁵ Esta norma es la versión oficial en español, de la Norma Europea EN ISO 9999: 2007, que a su vez adopta la cuarta edición de la Norma Internacional ISO 9999: 2007.

Otras ayudas técnicas que frecuentemente se recomiendan son las camas articuladas, colchones antiescaras y grúas de elevación. En el Anexo 2 se muestran estos productos de apoyo, las recomendaciones de prescripción y el coste económico aproximado de los

	domésticas	
18	Mobiliario y adaptaciones para viviendas y otros inmuebles	504
22	Productos de apoyo para la comunicación y la información	936
24	Productos de apoyo para la manipulación de objetos y dispositivos	412
27	Productos de apoyo para mejorar el ambiente, herramientas y máquinas	1
30	Productos de apoyo para el esparcimiento	72

Tabla 4. Catálogo de Productos de Apoyo: nivel, categoría, y productos disponibles. Fuente: CEAPAT⁴⁵.

mismos.

La inclusión de productos de apoyo en el hogar, en ocasiones puede resultar complicado, por la reticencia del anciano a incorporar nuevos elementos al entorno.

El proceso de intervención, basado en una perspectiva P-E-O, se divide en nueve fases:

1. Identificar la necesidad de realizar una determinada actividad (por ejemplo, la actividad de la ducha).
2. Analizar los riesgos (si hubiera) derivados de las habilidades de la persona y de las exigencias de la tarea.
3. Proponer alternativas y opciones, dentro de la gama de productos de apoyo, para mejorar el desempeño de la actividad y disminuir el riesgo (tabla de transferencia a la bañera, silla de bañera giratoria, sustituir bañera por plato de ducha/sumidero, etc).
4. Dar tiempo para la reflexión sobre las propuestas realizadas. Es posible que el anciano quiera consultar con sus familiares/cuidadores/amigos sobre la viabilidad de cada una de las opciones.

5. Enseñar el uso de los dispositivos seleccionados y probar cada uno de ellos.
6. En una consulta/visita posterior comprobar la aceptación del producto de apoyo o por el contrario el rechazo de la misma.
 - 7.1. En el caso de aceptación, proporcionar un listado de establecimientos especializados donde se pueda adquirir el producto.
 - 7.2. Si existe una negativa a instalar el producto de apoyo, revisar los motivos por los que el anciano no acepta la ayuda técnica y ofrecer alternativas
8. Emitir informe de prescripción de ayuda técnica, indicando: modelo, medidas, ubicación, procedimiento de instalación y forma de uso
9. Comprobar, en una visita/consulta posterior, la instalación y el patrón de uso del producto de apoyo.

La adherencia de las personas mayores hacia la instalación y uso de productos de apoyo y las modificaciones en el hogar es otro punto de análisis obligado. A pesar de haber aceptado la preinscripción del producto de apoyo o incluso de haberlo instalado, el uso de la ayuda técnica puede no hacerse realidad. A este respecto, Cumming et al (2001)⁴⁴ encontraron que de las 419 modificaciones propuestas en 178 domicilios, únicamente 216 se encontraron con adherencia parcial o completa. Estos resultados, pueden deberse, según los autores a que muchas personas mayores no creen que las adaptaciones recomendadas puedan ser de utilidad para prevenir caídas y mejorar el desempeño. Esta conclusión estaría en consonancia con los hallazgos que se derivan de la Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores (ECVM, IMSERSO-CIS, 2004)⁴⁵, en el que casi un 80% cree que su vivienda esta adaptada a sus necesidades y no necesita arreglos ni adaptaciones.

Las discrepancias entre los profesionales sociosanitarios (terapeutas ocupacionales, geriatras y trabajadores sociales) y personas mayores respecto a la necesidad de adaptar el domicilio podrían reducirse si se abordara este

tema desde la perspectiva transaccional Persona-Entorno-Ocupación⁸. A través de este enfoque podrían valorarse los grados de seguridad e independencia en la interacción de la persona con el entorno domiciliario y las tareas que desea llevar a cabo.

CONCLUSIÓN

Los entornos y contextos son condicionantes que impactan en el desempeño ocupacional de las personas mayores. El enfoque ecológico de la ocupación supone entender el entorno como elemento determinante en la realización de actividades. Guiar el razonamiento clínico partiendo de modelos de práctica que consideran la transacción persona-entorno-ocupación aporta objetividad a la intervención ocupacional. La utilización de test e instrumentos de valoración estandarizados contribuye a homogeneizar criterios y técnicas de intervención. Serán tanto más útiles y asegurarán la adherencia a las adaptaciones ambientales propuestas, si permiten que el anciano manifieste sus percepciones sobre el grado de usabilidad y seguridad de su hogar. El proceso de adaptación domiciliar se divide en nueve etapas que cubren desde la identificación de necesidades hasta la reevaluación del producto de apoyo recomendado.

BIBLIOGRAFIA

1. The American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain&Process. Am J Occup Ther. 2008; 62(6).
2. Kahana E. A congruence model of person environment interaction. En Windley PG, Byertsand T, Ernst EG (Eds.): Theoretical development in environments and aging. Washington, DC: Gerontological Society; 1975
3. Kahana E, Liang J, Felton BJ. Alternative models of person-environment fit: Prediction of morale in three homes for the aged. J Gerontol. 1980; 35: 584-595.
4. Wilcock A. Intervenciones poblacionales centradas en la salud para todos. En: Crepeau E, Cohn E, Boyt B. Terapia Ocupacional. 10ª ed. Madrid: Panamericana. p. 30-34
5. [O'Reilly JA](#). La terapia ocupacional en la gestión de las discapacidades traumáticas. Can J Occup Ther. 1954; 21 (3):75-80.
6. Kielhofner G, Burke J, Heard IC. A model of human occupation, part four: Assessment and intervention. Am J Occup Ther. 1980; 34: 777-788.
7. Barris R. Environmental interactions: an extension of the model of occupation. Am J Occup Ther. 1982; 36 (10):637-44.
8. Dunn W, Brown C, McGuigan A. The ecology of human performance: a framework for considering the effect of context. Am J Occup Ther. 1994; 48(7):595- 607.
9. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P & Letts L. The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. Can J Occup Ther. 1996; 63(1): 9- 23.
10. Chan C, Lee T. Validity of the Canadian occupational performance measure. Occup Ther Int. 2006; 4 (3): 231-249.
11. Kielhofner G. Terapia Ocupacional (MOHO) model
12. Cooper B, Stewart D. The Effect of a Transfer device in the homes of elderly women. Phys Occup Ther Geriatr. 1998, 15 (2): 61- 77.
13. [Broome K](#), [McKenna K](#), [Fleming J](#), [Worrall L](#). El uso de autobuses y personas mayores: una revisión de la literatura la aplicación de la Persona-Ambiente-modelo de ocupación en la práctica de macro. [Scand J Occup Ther](#). 2009; 16 (1): 3- 12.
14. [Wahl HW](#), [Fänge A](#), [Oswald F](#), [Gitlin LN](#), [Iwarsson S](#). The home environment and disability-related outcomes in aging individuals: what is the empirical evidence?. J Gerontol. 2009; 49(3): 355- 67.
15. [Letts L](#), [Law M](#), [Rigby P](#), [Cooper B](#), [Stewart D](#), [Strong S](#). Person-environment assessments in occupational therapy. [Am J Occup Ther](#). 1994; 48(7): 608- 18.
16. Homenuck P. Environmental competence amongst independent elderly households. 1ª ed. Canadá: Canada Mortgage and Housing Corporation; 1982.
17. Moos R, Moos B. Life Stressors and Social Resources Inventory: Adult Form manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1994.
18. Coulton C. Developing an Instrument to Measure Person-Environment Fit. Health Soc Serv J. 1980; 3 (2):159-174.
19. Romero Ayuso D. Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional: Teoría y técnicas. 1º ed. Barcelona: Masson; 2003.
20. Polonio López B, Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en Geriátrica: 15 casos prácticos. 1º Ed. Madrid: Panamericana; 2002.

21. Dunning H. Environmental occupational therapy. *Am J Occup Ther* 1972;26(6): 292-298.
22. [Oliver R](#), [Blathwayt J](#), [Brackley C](#), [Tamaki T](#). Development of the Safety Assessment of Function and the Environment for Rehabilitation (SAFER TOOL). *Can J Occup Ther* 1954; 21 (3) :75-80.
23. Chiu T, Oliver R. Factor Analysis and Construct Validity of the SAFER-HOME. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2006; 26 (4): 132-142
24. Clemson L. Home Fall Hazards: A Guide to Identifying Fall Hazards in the Homes of Elderly People and an Accompaniment to the Assessment Tool, the Westmead Home Safety Assessment (WeHSA). Co-ordinates Publications, West Brunswick Victoria 1997.
25. Clemson, L., Fitzgerald, M. & Heard, R. (1999). Content validity of an assessment tool to identify home fall hazards: The Westmead Home Safety Assessment. *Br J Occup Ther*, 62 (4) 171 – 179.
26. [Poulin CL](#), [Gélinas I](#), [Gauthier S](#), [Dayton D](#), [Liu L](#), [Rossignol M](#), [Sampalis J](#), [Dastoor D](#). Reliability and validity of the Safety Assessment Scale for people with dementia living at home. *Can J Occup Ther*. 2006;73(2):67-75.
27. [Fänge A](#), [Iwarsson S](#). Changes in ADL dependence and aspects of usability following housing adaptation a longitudinal perspective. *Am J Occup Ther*. 2005 May-Jun; 59(3): 296-304.
28. Fänge A, Iwarsson S. Physical housing environment: Development of a selfassessment instrument. *Can J Occup Ther*. 1999; 66: 250-260.
29. Fänge A, Iwarsson S. Accessibility and usability in housing: Construct validity and implications for research and practice. *Disabil Rehabil*. 2003; 25: 316-325. 2003
30. Reid D. Accessibility and usability of the physical housing environment of seniors with stroke. *Int J Rehabil Res*. 2004; 27 (3): 203-208.
31. Organización de Naciones Unidas (ONU). Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Resolución 48/96 de 20 de diciembre de 1993. Madrid: IMSERSO; 1996.
32. IMSERSO. Concepto europeo de accesibilidad. CEAPAT. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1996.
33. Guerrero JM et al. Guía técnica de Accesibilidad en la Edificación (2003). Dirección General de la Vivienda, la Arquitectura y el Urbanismo e Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Madrid: Ministerio de Fomento. Centro de Publicaciones; 2002 Disponible en línea: <http://www.codigotecnico.org/index.php?id=508> [1 marzo 2010]
34. Alonso F. coordinador. *Acceplan: Plan de Accesibilidad 2003-2010*. Libro Blanco. [4 marzo 2010]. Disponible en: http://www.ceapat.org/docs/ficheros/200706280027_4_4_0.doc
35. Guía para la aplicación del Código de Accesibilidad de Castilla-La Mancha. 2ª Edición (2003). Dirección General de Atención a Personas Mayores y Discapacitadas. Servicio de Atención a Discapacitados. [12 febrero 2010]. Disponible en: <http://pagina.jccm.es/social/aaccesibilidad/index.html>
36. Pynoos J, Cohen E. Home safety guide for older people: Check it out/fix it up. Wahsington D.C.: Seriph; 1990.
37. Home Safety Guide for Older People: Check It Out, Fix It Up. Self Press, Inc: Washington, DC. Raschko, BB. 1982.
38. Canada Mortgage and Housing Corporation. Maintaining seniors' independence: a guide to home adaptations. Montreal: CMHC; 1989.
39. Matilla Mora R. Trabajar en equipo para las modificaciones del hogar [monografía en Internet]. 2003 [acceso a

- 20 febrero 2010]. Disponible en http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Trabajo_equipo_modific_hogar.shtml
40. Petersson I, Lilja M, Hammel J, Kottorp A. Impact of home modification services on ability in everyday life for people ageing with disabilities. *J Rehabil Med.* 2008; 40(4):253-60.
41. Stark S, Landsbaum A, Palmer JL, Somerville EK, Morris JC. Client-centred home modifications improve daily activity performance of older adults. *Can J Occup Ther.* 2009; 76: 235-45.
42. Lan TY, Wu SC, Chang WC, Chen CY. Home environmental problems and physical function in Taiwanese older adults. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009; 49(3):335-8.
43. Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas. Catálogo de productos de Apoyo. [acceso 28 marzo 2010] Disponible en <http://www.catalogo-ceapat.org/>
44. Cumming RG, Thomas M, Szonyi G, Frampton G, Salkeld G, Clemson L. Adherence to occupational therapist recommendations for home modifications for falls prevention. *Am J Occup Ther.* 2001; 55(6):641-8.
45. Pérez Ortiz L. La estructura social de la vejez en España. Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO. 2006 Madrid. Edita Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. pp: 152-153
46. Alonso López F. (Director). Los Terapeutas Ocupacionales y su experiencia en los programas de Adaptación Funcional de la Vivienda. Equipo Aceplan. Adaptación de la vivienda en la población dependiente. Necesidades, programas y casos. Memoria. Documento 1. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de la Seguridad Social, Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, 2007 pp: 157-189. Disponible en línea: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO19516/adaptacion_vivienda.pdf. [21 marzo 2010]
47. Observatorio Europeo para la Adaptación de la Vivienda (ADAVIV). Disponible en línea: <http://www.adaviv.eu/>

Anexo 1.

Síntesis de Normativa Estatal sobre Accesibilidad

I Plan nacional de accesibilidad 2004-2012 (Aprobado por el Consejo de Ministros el día 5 de Julio de 2003)

Ley 49/1960, de 21 de julio, de Propiedad Horizontal (BOE nº. 176, de 23-07-1960) modificada por Ley 8/1999, de 6 de abril (BOE nº. 84, de 08-04-1999), modificada a su vez por la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (BOE nº. 289, de 3-12-2003).

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (BOE nº. 289, de 3-12-2003).

Ley 29/1994, de 24 de noviembre, de Arrendamientos Urbanos (Art. 24 y D.A. 9ª).

Ley 38/1999, de 5 de noviembre, de Ordenación de la Edificación.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (B.O.E. de 15-12-06).

Ley 49/2007, de 26 de diciembre, por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no

discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. (BOE nº 310, de 27-12-2007).

Real Decreto 355/1980 de 25-01, sobre reserva y situación de las viviendas de protección oficial destinadas a minusválidos.

Real Decreto 556/89, de 19 de Mayo, por el que se arbitran medidas mínimas sobre accesibilidad en los edificios. (B.O.E. de 23-5-89).

Real Decreto 1414/2006 de 1 de diciembre por el que se determina la consideración de persona con discapacidad a los efectos de la ley 51/2003 de 2 de diciembre de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad por razón de discapacidad.

Real Decreto 366/2007, de 16 de marzo, por el que se establecen las condiciones de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad en sus relaciones con la Administración General del Estado. (B.O.E. de 24-3-07).

Real Decreto 505/2007, de 20 de abril, por el que se aprueban las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones. (B.O.E. de 11-5-07).

Real Decreto 1494/2007, de 12 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre las condiciones básicas para el acceso de las personas con discapacidad a las tecnologías, productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y medios de comunicación social.. (BOE nº 279, de 21-11-2007).

Real Decreto 1544/2007, de 23 de noviembre, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los modos de transporte para personas con discapacidad. (B.O.E. de 4-12-07).

Orden 03-03-1980, de características de accesos, aparatos elevadores y condiciones interiores de las viviendas destinadas para minusválidos proyectadas en inmuebles de protección oficial. (18-03-1980, boe núm. 67)

Orden PRE/446/2008, de 20 de febrero, por la que se determinan las especificaciones y características técnicas de las condiciones y criterios de accesibilidad y no discriminación establecidos en el Real Decreto 366/2007, de 16 de marzo. (B.O.E. de 25-02-08).

Anexo 2 . Productos de Apoyo (Ayudas técnicas) de uso el ámbito de la Geriatría

Productos de Apoyo para el Dormitorio



Ilustración 1. Cama articulada en 4 planos y cohocneta de aire con compresor.

Cama articulada

La cama articulada en 4 planos puede ser muy útil para personas mayores con inmovilismo o que necesitan incorporarse en la cama o bien elevar los pies. La mayoría de estas camas son electrónicas, lo que permite la incorporación de la persona con solo accionar un botón del mando.

Las camas con carro elevador, se dirigen a personas dependientes que necesiten ayuda para los cambios posturales o tengan que ser aseados o vestidos en la cama. Descienden en altura hasta lograr la distancia adecuada para sentar al usuario en la silla de ruedas. De la misma manera suben en altura para que el cuidador sin forzar la postura, pueda realizar las tareas de aseo o vestido.

Existe la posibilidad de elegir el diseño para alterar lo mínimo posible la estética de la vivienda. El precio estriba entre 800€ - 1000€.



Ilustración 2. Cama con carro elevador

Colchón antiescaras

La variedad de de colchones antiescaras es amplia, principalmente por los diferentes materiales de los que realizados. La colchoneta de aire, conectadas a

un compresor es el producto de apoyo más utilizado para la prevención de úlceras por presión. El aire se de manera alternante en ciclos de 6 minutos aproximadamente, a través de unas burbujas conectadas entre sí. De esta manera hace que los puntos de presión vayan cambiando disminuyendo así el riesgo de úlceras por presión en pacientes encamados durante largos periodos de tiempo. El compresor se regula en un margen de presión de 50 a 105 mm Hg. El único inconveniente de esta colchoneta, que se coloca encima del colchón convencional, es que el peso máximo del usuario no puede superar los 100 kg. La colchoneta mas el compresor tiene un precio de 150 €.

Grúa de traslado

Las grúas de traslado son productos de apoyo ampliamente utilizados en residencias de ancianos. El uso domiciliario está sujeto al espacio disponible para transitar con la grúa en la habitación, pasillos o baño. Las grúas, ya sean hidráulicas o eléctricas, facilitan que una sola persona pueda, trasladar fácilmente al usuario por ejemplo de la cama a la silla de ruedas o de la silla al cuarto de baño.

Es necesario diferenciar distintos tipos de grúas y también distintos tipos de arneses. Existen dos tipos de grúas, la grúa de traslado por elevación y la grúa de bipedestación



Ilustración 3. Grúa Cigüeña.
Modelo Marisa. Arnés con
cabezal



Ilustración 4. Grúa de
Bipedestación



Ilustración 5. Arnés Universal

En cuanto a los arneses, se diferencian tres tipos:

1. El arnés universal, que recoge la espalda y las piernas con dos cinchas cruzadas, es decir, la cincha que sale de la parte derecha del arnés, se engancha en la parte izquierda de la grúa y viceversa (Ilustración 5).
2. El arnés con cabezal, es de mayor longitud y abarca la sujeción para la cabeza. Especialmente útil, aquellas personas que tienen dificultades para mantener el control cefálico. (Ilustración 2).
3. El arnés de baño, de características similares pero con telas más resistentes y de rápido secado, muy útil para su uso en el baño y en piscinas.

Conos de elevación.



Ilustración 6. Conos de elevación colocados en las patas de una cama.

Los conos elevadores son productos de apoyo destinados a elevar la altura de la cama para favorecer las transferencias. Los elevadores se comercializan en dos alturas 9 y 14 cm. y aceptan un diámetro de pata de 4cm. Pueden utilizarse para camas, mesas, sillas o sillones. La altura ha de ser apropiada para favorecer tanto la transferencia a la bipedestación, como la

elevación de miembros superiores. Es importante valorar que la nueva altura de la cama no dificultará que el anciano suba las piernas a la cama. El juego de cuatro conos tiene un precio aproximado de 40E.

Barra curvada de apoyo en cama



Ilustración 7. Habitación adaptada para facilitar transferencias desde la cama y compensar el déficit de equilibrio con asidero en la pared. Residencia Benquerencia (Toledo).

La barra curvada es un producto de apoyo práctico y de utilidad comprobada para facilitar la incorporación en la cama. Se instala en el lateral preferido por la persona mayor la distancia del cabecero que permita una sujeción resistente.

PRODUCTOS DE APOYO PARA LA COCINA

Tabla de preparación de alimentos

Este instrumento es especialmente recomendable cuando la persona no puede utilizar las dos manos debido, por ejemplo, a un ictus o un accidente cerebrovascular, o personas con dificultad en el agarre. Consta de unos pinchos para sujetar, por ejemplo las patatas para poder pelarlas o partirlas. Hay diferentes modelos, dependiendo de las necesidades del usuario, con sujeción por ejemplo para cortar el pan, o con accesorio para rallar...



Ilustración 8. Tabla de cortar alimentos.

Abretarros

El abretarros, está realizado de material Dycem antideslizante, que permite un agarre que no se desliza. Está moldeado en forma cónica y permite un buen brazo de palanca para la apertura de tarros, de botellas...



Ilustración 9. Abretarros

Indicado en personas con debilidad en los miembros superiores o artritis

PRODUCTOS DE APOYO PARA EL CUARTO DE BAÑO

Asiento giratorio

Este asiento promueve la entrada en la bañera desde la posición de sedestación. El anciano se sienta en la silla de bañera y con la ayuda de un cuidador, puede levantar las piernas y girar la silla la mismo tiempo.

Es un producto de apoyo, de fácil instalación y uso, que permita una ducha segura, sin riesgo de caída. La silla queda sujeta por unos topes que hacen palanca en las paredes de la bañera. El giro se realiza a través de una palanca colocada debajo del asiento. El precio estriba entre 125-200 euros.



Ilustración 10. Silla Giratoria de Ducha

Tablas de bañera

La tabla de bañera puede utilizarse como medio para transferirse al interior de la bañera. También resulta útil cuando la persona mayor no tiene resistencia para realizar la actividad de baño en bipedestación. Es conveniente colocar un asidero en la pared de la bañera para asegurar la transferencia a sedestación o viceversa y prevenir deslizamientos

La principal ventaja es que es uno de los productos de



Ilustración 11. Tablas de transferencias y sedestación para bañera.

apoyo más económico para la bañera y no ocupa espacio. El precio oscila entre 50 y 80 euros.

Alza inodoro

El alza de inodoro está especialmente recomendada para las personas que han tenido una fractura de cadera o que tengan dificultad en las transferencias. La altura de los alzas puede ser de 5, 10 ó 15 cm. Es importante asegurarse de que el anciano, una vez sentado en el alza, puede llegar con los pies al suelo sin riesgo de deslizamiento hacia el plano anterior. Pueden incorporar tapadera y asideros. El precio oscila entre 50 y 60€.



Ilustración 12. Alza Inodoro (15 cm)

Sillas de baño

Las sillas de baño se dirigen a personas que deben ser transportadas hasta al ducha en la posición de sedestación. Pueden encontrarse sillas de ruedas de ducha autopropulsables, como la de la ilustración 13, sillas de ducha no autopropulsables (con ruedas pequeñas) o sillas de ducha fijas. La mayoría de sillas ofrecen la posibilidad de regular la altura del asiento. El material es resistente al agua y el precio estriba entre 150-400 euros.



Ilustración 13. Silla autopropulsable de baño



Ilustración 14. Silla de ducha fija

ACCESO AL DOMICILIO

Rampas portátiles



Ilustración 15. Rampa telescópica de aluminio

Las rampas portátiles es una opción interesante cuando la supresión de los escalones de entrada no es posible. Son telescópicas, lo que implica que pueden utilizarse en diferentes lugares y situaciones donde el desnivel o la longitud de las rampas sean variables. Al ser de aluminio el peso no es muy elevado (4 kg) para poder ser transportadas. El mayor inconveniente es que precisan que una tercera persona las coloque previamente. El coste aproximado es de 600 euros.

ACCESIBILIDAD VERTICAL

Orugas

Las orugas fueron diseñadas para subir un tramo de escaleras ayudado por otra persona sin necesidad de bajar de la silla ni de hacer obra, ya que no necesitan instalación. Funcionan con baterías que hay que cargar a la luz y la mayoría tienen un sistema de seguridad para que una vez que se ha iniciado el ascenso, se bloqueé en el caso de agotarse la batería. Es una alternativa viable para aquellas personas que no contemplan por



Ilustración 16. Oruga subescalera

motivos económicos o de otro tipo suprimir arquitectónicamente las barreras. El principal inconveniente de este producto es su elevado coste económico que está sobre unos 6.000€.

Sillas salva escaleras

Las sillas salva escaleras, necesitan instalación y deben estar en el interior; Consta de un raíl que va anclado a la pared o a la barandilla, por donde la silla va subiendo o bajando.

Es especialmente útil en las casas de dos pisos para personas que deambulan pero tienen dificultades para subir o bajar escaleras por riesgo de caídas.



Ilustración 17. Silla salvaescaleras.

La silla incorpora un mando en uno de los reposabrazos que es el que acciona la silla en la dirección deseada. Ofrece la opción de giro en función del diseño de la escalera, con el objeto de que el usuario siempre mire en la misma dirección. Precisa de un enchufe al principio o al final del recorrido. Si el usuario utiliza silla de ruedas, necesita una silla para cada planta de su domicilio.

El precio depende del tramo de escaleras a cubrir, de las curvas que presente y del número de pisos. Un presupuesto aproximado para una escalera de 30 tramos sería de 9000€.

¿Y SI NOS MIRAMOS? ¿QUE NOS DEVUELVE EL ESPEJO?: 6 IMÁGENES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL GERIÁTRICA

WHAT HAPPENS IF WE LOOK AT OURSELVES? WHAT DOES THE MIRROR RETURN TO US?: 6 IMAGES OF THE GERIATRIC OCCUPATIONAL THERAPY

DECS: Terapia Ocupacional

MESH: Occupational Therapy

Dña. Ana Isabel Corregidor Sánchez

Diplomada en Terapia Ocupacional. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Profesora Universidad Castilla la Mancha

Como citar el texto en sucesivas ocasiones:

Corregidor Sánchez AI. ¿Y si nos miramos?, ¿Que nos devuelve el espejo?: 6 imágenes de la terapia ocupacional geriátrica. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010 [citado fecha]; monog. 3: 291-303 Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/imagenes.pdf>

Introducción

*Si pensamos en nosotros mismo como profesionales, la gente nos tratará como profesionales
Baum, 2008¹*

“El hacer”, la actividad o la ocupación representan la razón de ser de nuestra profesión desde sus comienzos². Ocupar terapéuticamente para liberar al enfermo mental de las cadenas de inactividad y vacío, recuperar la movilidad y la autonomía personal tras las lesiones de la guerra, promover una infancia estimulante y un envejecimiento activo, combatir la marginación social o luchar por la igualdad de derechos y oportunidades en poblaciones desfavorecidas son propósitos que se han ido sucediendo a la vez que protagonizando el empeño de terapeutas ocupacionales.

Este ajetreado devenir de encuentros, descubrimientos y nuevas iniciativas ha conseguido alcanzar casi un siglo de

RESUMEN

"El hacer", la actividad o la ocupación representan la razón de ser de nuestra profesión desde sus comienzos².

SUMMARY

"To do", the activity or the occupation represents the reason of being of our profession since the beginning.

supervivencia¹. La ocupación se afianza como método para alcanzar la salud y prevenir la dependencia. La producción teórica, por su parte, avanza y

robustece la Ciencia de la Ocupación. Y en breve asistiremos a uno de los eventos más importante de la profesión, el XV Congreso de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales.

En lugares más *terrenales*, los de la práctica clínica diaria, la eterna pregunta a la que toda terapeuta ocupacional se ha enfrentado alguna vez: "*¿tera... que? eso que es??*", parece difuminarse progresivamente. El trabajo constante y decidido de cada terapeuta por demostrar que la actividad graduada y planificada conduce a un aumento de la funcionalidad y del bienestar contribuye notablemente a fortalecer los pilares sobre los que se sustenta la profesión. De la misma manera, el brío con el que las nuevas generaciones de terapeutas ocupacionales encaran y lidian el desconocimiento social de la profesión, está dando sus merecidos frutos^{4,5}

Sin embargo, *la duda* continúa ensombreciendo estos logros – al menos en nuestro contexto nacional-. Al mirarnos, la imagen que nos devuelve el espejo, no es una imagen nítida y transparente. La controversia sobre que es o que no es Terapia Ocupacional, los atributos que hacen a una actividad significativa⁶ o el titubeo al abordar el tema de la identidad profesional⁷ no dejan de protagonizar debates, ya sea en foros profesionales, en torno a un café o en tertulias de estudiantes.

En el ámbito de la geriatría, en momentos de optimismo el espejo nos devuelve algunas imágenes alentadoras:

¹ Se reconoce el 15 de marzo de 1917 como la fecha de fundación de la Terapia Ocupacional ³

- ✘ La frontera entre ocupación terapéutica y *entretenimiento de colores* comienza a levantarse tímidamente,
- ✘ Los responsables de residencias, centros de día u otros servicios de atención a personas mayores inician un proceso de relación entre Autonomía –Terapia Ocupacional
- ✘ Las Administraciones Públicas solicitan la intervención de terapeutas ocupacionales en los planes de atención a personas mayores^{8,9}
- ✘ En las Sociedades Científicas hay un espacio específico para la Terapia Ocupacional^{9,10}

Pero en los momentos de desánimo, un espejo poco compasivo, nos entrega otras imágenes, conocidas por todas las terapeutas que trabajamos con personas mayores en situación de dependencia:

- ✘ Las tres “D” de la Terapia Ocupacional Geriátrica: *Desconocimiento (de la profesión)*, *Desconsideración (hacia el trabajo del terapeuta ocupacional)* y *Discrepancia (en relación a la importancia otorgada al “hacer autónomo”, principalmente con el equipo de enfermería)*
- ✘ Demandas de actividades de entretenimiento, como principal función del terapeuta ocupacional, por parte de los responsables del centro.
- ✘ Escasez de recursos humanos y materiales, ausencia de pruebas de evaluación y acceso bibliográfico online.
- ✘ Sobrecarga de usuarios en el departamento de Terapia Ocupacional: elevado número de participantes en los grupos de orientación a la realidad o tablas de movilidad; gran dificultad para llevar a cabo tratamientos individuales o para conseguir grupos homogéneos
- ✘ Horario laboral reducido (o repartido entre varias residencias) y remuneración económica inferior a la merecida.

Si ampliamos la mirada, tal vez, esta realidad de imágenes dicotómica no provenga del espejo en el que debemos mirarnos. Hasta ahora, nuestro mayor reflejo a ha sido la que nos devolvía el espejo situado bajo el marco del

reconocimiento profesional. Sus imágenes nos han servido para medir el avance o el estacionamiento de la profesión en nuestro país. Pero existen otros espejos. Espejos individuales, que proyectan imágenes más pequeñas, pero igualmente válidas. Espejos que acuden cada mañana a nuestro departamento solicitando "algo que hacer", compañía, comprensión, conversación o ayuda para ser más independientes. Son estos espejos, en los que debemos mirarnos y no otros. Son las imágenes que nos devuelven las personas mayores con las que trabajamos a diario, las que tienen que interesarnos para considerar el avance de la profesión. En palabras de Ruth Watson¹¹, la identidad de la profesión ha de ser construida diariamente a través de los encuentros con los pacientes.

A continuación el espejo nos devuelve seis de estas imágenes, proporcionadas voluntariamente por seis personas mayores que asisten a centros de día o viven en residencias de ancianos. Su visión de lo que representa la Terapia Ocupacional en sus vidas se corresponde de alguna manera con los seis modos terapéuticos de la práctica identificados por Taylor¹² (defender, colaborar, empalmar, alentar, instruir y resolver problemas) es la mejor muestra de los logros alcanzados: "ganar lo que hemos perdido"; "aprender muchas cosas", "recordar muchas cosas"; "encontrarse mas alegre", " pasar el tiempo muy rápido", "utilizar un andador para ir de romería a mi pueblo"....

Mi más sincero agradecimiento a cada una de las personas que han querido compartir en este documento su personal imagen de la Terapia Ocupacional, y a las terapeutas ocupacionales que trabajan en el Centro de Día de Daimiel y la Residencia de Benquerencia (Toledo), fuente directa de las imágenes que a continuación van a conocer.

¿Qué es la Terapia Ocupacional?
Es un bien estar para los mayores
para controlamos la memoria
prestando mucha atención de lo que nos dicen
es muy importante para nosotros
para ganar lo que hemos perdido
hacemos cosas muy importantes para nosotros
hacemos gimnasia que es muy importante para
nosotros y tenemos unas chicas muy lindas

A.M. 83 AÑOS

Unidad de memoria de

Daniel G. Real

¿Qué es la Terapia Ocupacional?

La Terapia Ocupacional para mí es muy buena y muy importante porque aprendo muchas cosas que no sabía a leer escribir a los trabajos juegos y muchas cosas gimnasia con pintar con los de mas y me hace de distraccion para estar relajada me lo paso muy bien con todos los copaseros y las terapeuticas que son maravillosas

D^a R. H. años 67

Unidad de Memoria

Daimiel CR

¿A mí a la Terapia Ocupacional?
cuanto ocupaciones voy tres días
en la semana dos horas cada día
acompa guasia que me va muy bien
con los movimientos que voy con el cuerpo
estoy muy contenta de lo que acometo
recordando muchas cosas

J. L. 85 años

unidad de memoria Daimiel
Ciudad Real

¿QUÉ ES LA TERAPIA OCUPACIONAL?

La terapia que damos es una ayuda para en lo posible mejorar la mente y la memoria para en que vallamos siendo mejores la mente no envejezca y poder ser independientes el mayor tiempo posible
ami en particular me esta ayudando mucho el tiempo que estamos pasa muy pronto todo lo que hacemos lo encontramos positivo lo paso muy bien venimos 3 días en semana

R. L. M. GRANOS

unidad de Memoria

Toledo, 18 de Diciembre 2009.

Soy E.P., vivo en Pontevedra y tengo una enfermedad de polio, que me afecta a la pierna derecha y brazo izquierdo. Me dificulta actualmente en mi vida diaria estas secuelas, pero a lo largo de mi vida he hecho de todo, por ejemplo trabajar y cuidar a mi madre.

Cuando vine al centro estaba muy mal porque no me tenía y dependía de las niñas de aquí.

Cuando empecé a trabajar con A.M. Terapeuta Ocupacional en la habitación, me pusieron la cama más baja, un timbre para poder llamar, el gancho para poderme bajar, la silla de ducha para poder ducharme, las zapatillas con velcro, la silla de ruedas bajita y con frenos largos para poder llegar a ellas.

Ahora me siento muy contenta y alegre porque he ganado mucho en todo, soy más independiente, me ducho, me visto, me arreglo muy bien yo sola.

La gimnasia en grupo me sirve de alegría, de bienestar en un buen rato. Me ha gustado.

La terapia me alegra mucho, me anima mucho, paso muy buenos ratos y me resuelve cosas. Me anima de mi vida.

En resumen, la terapia ocupacional me ha servido mucho, para estar más alegre en mi vida.

En esta residencia estoy muy contenta. porque la otra donde estuve, estaba muy triste, no tenía alegría ninguna y aquí la he encontrado, personas muy buenas y muy cariñosas.

Además también me han puesto una férula para la pierna y me va muy bien para andar y que la pierna no se me vaya.

mi vida cambió mucho desde que estoy aquí, a bien.

Toledo, 18 de Dic de 2009

Soy J.C. un señor natural de San Pablo de los montes, tengo una enfermedad en la cabeza por un derrame cerebral, que me dejó con dificultades para andar, ver, hablo alto y problemas de coordinar los pies y manos. Me están escribiendo esta carta porque yo no hago mi letra como debe de ser.

Cuando llegué a la residencia vine acostado en cama y las auxiliares me tenían que hacer todo (lavarme, afeitarme, cortarme las uñas y todo).

Desde que trabajé en terapia ocupacional con A.M. en la habitación y la sala de terapia, ahora ando solo y me valgo por si mismo, por ejemplo ahora me afeito me lavo.

me duchó de pie, aunque estuve un tiempo duchandome en silla de ducha, con respaldo y reposabrazos con el gancho que tengo en mi cama me vale para todo, acostarme, levantarme, cambiarme a la silla de ruedas, para todo.

Ahora voy al pueblo con mi familia y uso audador, para ir de boda, a la romería y a todo.

También me ha servido para distinguir mejor los colores, los botes, las botellas, los platos y eso me sirve para mi vida.

En definitiva trabajar en terapia ocupacional me ha servido para mi vida, y para no depender de los demás.

J.C.



BIBLIOGRAFIA

1. Baum C. Respondiendo a las necesidades: la responsabilidad profesional de los terapeutas ocupacionales. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2008 [consultado 16 marzo 2010]. Monog 2: 27-34. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num2/baum.pdf>
2. Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. Definición de la Terapia Ocupacional. En Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional. Teoría y Prácticas. Madrid: Masson 2003, pp:41-51
3. Moruno Miralles P. Perspectiva Histórica de la Terapia Ocupacional. En Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional. Teoría y Prácticas. Madrid: Masson 2003, p: 15
4. Jornadas de Promoción cultural de Terapia Ocupacional organizadas por los estudiantes del Centro de Estudios de Talavera de la Reina. 20 noviembre 2009. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=w8YFVADhp-Y>
5. Moruno P. Terapia Ocupacional en Salud Mental: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. TOG (A Coruña); 2004. 1(1). [2 febrero 2010]. Disponible en: <http://revistatog.com/>
6. Talavera Valverde MA. compilador. Identidad Profesional en Terapia Ocupacional. [monografía en Internet] TOG [A Coruña]; 2008. [2 febrero 2010] Disponible en: <http://revistatog.com/mono/num2/mono2.pdf>
7. II Plan de Atención a las Personas Mayores en Castilla la Mancha. Horizonte 2011. Entre los miembros del Consejo Asesor del Plan figura: la terapeuta ocupacional Alicia Sánchez Valdepeñas Villegas (página 4). Disponible en: http://pagina.jccm.es/social/amayores/documentos/II_PLAN_ATENCION_PERSONAS_MAYORES.pdf
8. Curso de Terapia Ocupacional. 51 Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología: Innovación y Envejecimiento, 2009: Bilbao. Disponible en: [http://geriatriabilbao2009.unicongress.org/archivos_genatlanta2/file/programa%20COMPLETO%20SEGG%2009%20BILBAO%20inddBAJA\(1\).pdf](http://geriatriabilbao2009.unicongress.org/archivos_genatlanta2/file/programa%20COMPLETO%20SEGG%2009%20BILBAO%20inddBAJA(1).pdf)
9. Watson R. Construcción de una identidad profesional. TOG (A Coruña). [Revista en Internet] 2008 [consultado 19 diciembre 2009]; mong 2: 48-63. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num2/watson.pdf>
10. Kielhofner G. Una perspectiva en la historia, status actual y futuro de la terapia ocupacional. En Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, compiladores. Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación [monografía en Internet] TOG (A Coruña): APGTO: 2007. pp: 106-134 [14 de marzo 2010]. Disponible en: www.revistatog.com
11. Plan Salud y Bienestar Social 2011-2010. Consejería de Salud y Bienestar Social Junta de Comunidades de Castilla la Mancha. Aranda Moreno González. Terapeuta Ocupacional participante en el grupo de trabajo Dependencia y Red Integrada. [23 marzo 2010] Disponible en línea: http://www.plansaludybienestarsocial.jccm.es/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=5:dependencia-y-red-integrada&Itemid=75

TERAPIA OCUPACIONAL Y PERSONAS MAYORES. RESPONDIENDO A NUEVOS RETOS.

NOTAS

NOTAS

NOTAS

Como citar este libro en sucesivas ocasiones

Corregidor Sánchez AI, compiladora de Terapia ocupacional y personas mayores. Respondiendo a nuevos retos. [monografía en Internet]. TOG (A Coruña); 2010 [citado fecha mes y año]. Disponible en:

<http://www.revistatog.com/mono/num2/mono3.pdf>

Este libro se acabó de maquetar en Ferrol Abril 2010

Versión electrónica imprimible

Terapia ocupacional y personas mayores. Respondiendo a nuevos retos. ©

Terapia ocupacional y personas mayores. Respondiendo a nuevos retos. ©

Promueve y Coordina:



**Revista de Terapia Ocupacional
Galicia
Revista TOG**

www.revistatog.com

Editado:



**Asociación Profesional Gallega de
Terapeutas Ocupacionales
(APGTO)**

Terapia ocupacional y personas mayores. Respondiendo a nuevos retos. ©

Promueve y Coordina:



Revista de Terapia Ocupacional
Galicia
Revista TOG
www.revistatog.com

Editado:



Asociación Profesional Gallega de
Terapeutas Ocupacionales
(APGTO)