



Universidad
Europea
del Atlántico

ÁREA DE GERONTOLOGÍA

TÍTULO DEL PROYECTO FINAL

Plan de Intervención desde Terapia Ocupacional para envejecer en el domicilio. Un estudio de caso.

Tesis para optar al grado de:

Máster en Gerontología

Presentado por:

Paula Bohórquez Santos

ESSNMGS2037729

Director:

Lidia María Henriques Rego

Cáceres, España

06 de Octubre de 2017

COMPROMISO DE AUTOR

Yo, Paula Bohórquez Santos, con célula de identidad 76042611B y alumno del programa académico Máster en Gerontología, declaro que:

El contenido del presente documento es un reflejo de mi trabajo personal y manifiesto que ante cualquier notificación de plagio, copia o falta a la fuente original, soy responsable directo legal, económico y administrativo sin afectar al Director del trabajo, a la Universidad y a cuantas instituciones hayan colaborado en dicho trabajo, asumiendo las consecuencias derivadas de tales prácticas.

Firma:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Paula', with a large, sweeping flourish extending upwards and to the right.

En Cáceres, a 06 de Octubre de 2017.

Att: Dirección Académica

Por este medio autorizo la publicación electrónica de la versión aprobada de mi Proyecto Final bajo el título “Plan de Intervención desde Terapia Ocupacional para envejecer en el domicilio. Un estudio de caso.” en el campus virtual y en otros espacios de divulgación electrónica de esta Institución.

Informo los datos para la descripción del trabajo:

Título	Plan de Intervención desde Terapia Ocupacional para envejecer en el domicilio. Un estudio de caso.
Autor	Paula Bohórquez Santos
Resumen	Este trabajo busca demostrar la importancia de la intervención de Terapia Ocupacional en el domicilio desde Atención Primaria. La investigación incluye un análisis de la normativa actual, un estudio de las carencias del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, una propuesta de mejora de atención domiciliaria y la evaluación y seguimiento de un caso práctico donde se aplica un plan personalizado de TO.
Programa	Máster en Gerontología
Palabras clave	Terapia Ocupacional; Personas Mayores; Atención Domiciliaria; Independencia; Autonomía.
Contacto	pbohorquezsantos@gmail.com

Atentamente,



Firma:

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	13
MARCO TEÓRICO.....	17
CAPÍTULO 1. ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL.....	17
1.1 Envejecimiento mundial	17
1.2 Personas mayores en España	20
1.3 La capacidad funcional en la edad avanzada	23
CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA	28
2.1. Servicios sociales en España	28
2.2. Atención Primaria.....	29
2.3. Atención Especializada.....	31
2.2.1.1. Servicios de Atención Domiciliaria	37
2.2.1.2. Servicios de Atención Diurna y de Noche	40
2.2.1.3. Servicios de Atención Residencial	41
2.4. Observaciones sobre el los Servicios Sociales en España.....	43
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DEL PAPEL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LOS SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES.....	45
3.1. Terapia Ocupacional en Atención Primaria de Salud.....	45
3.2. Terapia Ocupacional en Atención Especializada	48
3.3. Beneficios de la intervención del Terapeuta Ocupacional.....	49
3.4. Observaciones sobre el papel del Terapeuta Ocupacional en los Servicios para personas mayores de España.....	51

MARCO EMPÍRICO	52
CAPÍTULO 4: CONTEXTUALIZACIÓN.....	52
4.1. Selección de la muestra	52
CAPÍTULO 5: ESTUDIO DE CASO	55
5.1 Recopilación de Datos	55
4.1.1. Anamnesis del individuo.....	55
4.1.2. Cuestionarios estandarizados	56
5.2 Diseño del programa mejorado.....	57
5.3 Implementación del programa mejorado.....	59
5.4 Observaciones	60
CAPÍTULO 6: RESULTADOS	61
CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN.....	64
CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES GENERALES	66
CAPÍTULO 9: RECOMENDACIONES	67
BILIOGRAFÍA.....	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 Transición demográfica mundial, 1950 – 2050 (6)	18
Figura 1.2 Esperanza de vida media mundial, 1950 – 2050 (7).	18
Figura 1.3 Progresión demográfica mundial: 1950, 2000 y 2050 (8).	19
Figura 1.4 Población mundial de 60 años y más, 1950 – 2050 (6).....	20
Figura 1.5 Evolución de la esperanza de vida en España (13).....	21
Figura 1.6 Número de hijos por mujer en España (14).....	21
Figura 1.7 Evolución de la población mayor en España de 1900 a 2051. Porcentaje en relación a la población total de españoles (X1).	22
Figura 1.8 Pirámide de población española, 1900 - 2000	23
Figura 1.9 Preferencias de los mayores sobre dónde les gustaría vivir.....	32
Figura 2.1 Preferencias de los mayores sobre dónde les gustaría vivir.....	32
Figura 2.2 Etapas del SAAD.....	34
Figura 2.3 Distribución porcentual de los municipios según tipología del SAD. ...	39
Figura 4.1 Personas mayores de 65 años en España por sexo (2016).....	53
Figura 4.3 Mayores de 65 años viviendo solas en España por sexo (2016).....	53
Figura 4.4 Estado civil de las personas mayores de 65 años en España (2016). ..	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1 Distribución de la muestra de personas mayores.....	24
Tabla 1.2 Movilidad, autocuidado y actividades cotidianas en mayores de 65 años.	24
Tabla 1.3 Áreas de dependencia funcional por grupo de edad	25
Tabla 1.4 Tipo de problema que limita las AVD Básicas por grupo de edad	25
Tabla 1.5 Nivel de limitación para las AVD Básicas por grupo de edad	26
Tabla 2.1 Catálogo Servicios y Prestaciones del SAAD.....	35
Tabla 2.2 Servicios Sociales para Personas Mayores. 2000 – 2015.....	36
Tabla 2.2 Personas usuarias del SAD según modalidad y perfil de usuarios/as..	39

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL SUJETO DE ESTUDIO	74
ANEXO II. ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO.....	75
ANEXO III. ESCALA DE LAWTON Y BRODY (30 PUNTOS)	76
ANEXO IV. MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (LOBO).....	78
ANEXO V. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE	80
ANEXO VI. ESCALA DE TINETTI SIMPLIFICADA	81

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo principal evaluar y demostrar los beneficios de intervención de Terapia Ocupacional en el domicilio sobre la funcionalidad y autonomía de la persona seleccionada para el estudio.

La investigación desarrollada incluye un análisis de la normativa actual, un estudio de las carencias del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, una propuesta de mejora de atención domiciliaria, que podría ser considerada dentro del actual marco legal, y la evaluación y seguimiento de un caso práctico donde se aplica un plan personalizado de Terapia Ocupacional con el objetivo de mejorar la independencia y autonomía del sujeto en su domicilio.

Este estudio de caso único se ha desarrollado con un perfil representante de la muestra española de personas mayores que continúan viviendo en su domicilio. Para la medición de los objetivos se han utilizado entrevistas semiestructuradas y no estructuradas con el sujeto y sus familiares cercanos, cuestionarios estandarizados y observación de su comportamiento en el entorno habitual.

La intervención de Terapia Ocupacional en el domicilio se ha basado en los tres pilares que fundamentan esta disciplina: la ocupación, la persona y el entorno. Así, se han desarrollado diversos programas centrados en las distintas áreas ocupacionales (actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, juego, ocio y participación social), influyendo sobre el sujeto y su entorno más próximo.

Los resultados apoyan el uso de la Terapia Ocupacional como disciplina imprescindible para fomentar el nuevo fenómeno social conocido como “aging in place”, que se refiere a la preferencia de las personas mayores por seguir viviendo en sus propias casas el mayor tiempo posible. Esta idea persigue dos objetivos fundamentales: la mejora de la calidad de vida de la persona mayor y de su entorno más próximo, y la reducción del gasto público que genera el envejecimiento poblacional.

En cuanto a los resultados del análisis de la normativa actual, sugieren que las leyes autonómicas de servicios sociales existentes necesitan integrar el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia e incluir también a las Corporaciones

Locales en su gestión, con el fin de igualar las condiciones de atención al usuario en todo el territorio español.

Palabras clave

Terapia Ocupacional; Personas Mayores; Atención Domiciliaria; Independencia; Autonomía.

ABSTRACT

The main objective of this study is to evaluate and demonstrate the benefits of Occupational Therapy intervention in the home about the functionality and autonomy of the person selected for the study.

The research developed includes an analysis of the current regulations, a study of the deficiencies of the System of Autonomy and Care for Dependency, a proposal to improve home care, which could be considered within the current legal framework, and evaluation and follow-up of a practical case where a personalized Occupational Therapy plan is applied with the objective of improving the independence and autonomy of the subject at home.

This unique case study has been developed with a representative profile of the Spanish sample of elderly people who continue to live in their home. For the measurement of the objectives, semi-structured and unstructured interviews were used with the subject and his / her close relatives, standardized questionnaires and observation of their behavior in the usual environment.

The Occupational Therapy intervention in the home has been based on the three pillars that base this discipline: the occupation, the person and the environment. Thus, various programs have been developed focusing on the different occupational areas (basic and instrumental activities of daily life, play, leisure and social participation), influencing the subject and his / her closest environment.

The results support the use of Occupational Therapy as an essential discipline to promote the new social phenomenon known as "aging in place", which refers to the preference of older people to continue living in their own homes as long as possible. This idea pursues two fundamental objectives: the improvement of the quality of life of the elderly and their immediate environment, and the reduction of public expenditure generated by population aging.

Regarding the results of the analysis of the current regulations, they suggest that the existing autonomous social services laws need to integrate the System of Autonomy and Attention to the Unit and also include the Local Corporations in

their management, in order to equalize the conditions of attention to the user in all the Spanish territory.

Keywords

Occupational Therapy; Elderly people; Home Care; Independence; Autonomy.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población ha aumentado a nivel mundial en los últimos 50 años debido a la combinación de un descenso en las tasas de fecundidad y mortalidad junto con un aumento de la esperanza de vida. Las proyecciones que se calculan para el futuro nos obliga a desarrollar actuaciones orientadas a solucionar problemas socioeconómicos que se derivan de este envejecimiento y a pensar cada vez más en la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores.

Una de las soluciones que se derivan de esas actuaciones es el fomento de Servicios Sociales que permitan prolongar el tiempo que una persona mayor puede permanecer en su domicilio de la forma más independiente y autónoma posible.

En España, en este sentido, los servicios sociocomunitarios que más fomentan la permanencia de las personas mayores en su entorno habitual son los de Ayuda a Domicilio y Atención Diurna.

Los servicios sociales se dividen en atención primaria, destinada a la prevención, y atención especializada. Hoy en día, la figura del Terapeuta Ocupacional (TO) no aparece en los primeros.

Motivación hacia este trabajo

El presente trabajo está motivado por la mejora de la calidad de vida tanto de las personas mayores como de su entorno más próximo, mediante el desarrollo de las capacidades residuales que aún conservan aquéllas y el fomento de su autonomía. Esto les ayudará a llevar una vida más independiente, consiguiendo que permanezcan en su domicilio el mayor tiempo posible. Esto hecho abrirá el camino para conseguir el objetivo de los Gobiernos de reducir el gasto sociosanitario que actualmente presenta España y que se teme aumente debido al envejecimiento poblacional que se prevé.

Por otra parte, la implantación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAD) no se

ha extendido por igual en todos los territorios, lo que ha supuesto la confusión de los actuales y futuros usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio (2).

Por último, existe mucho desconocimiento por parte de las personas mayores y de sus familias sobre las ventajas de poner en práctica las distintas tareas que desde Terapia Ocupacional les ayudan a mantener y/o mejorar su autonomía e independencia. A través de las administraciones se puede hacer llegar a la sociedad estrategias como la planteada en este trabajo, así como estableciendo políticas que aseguren tanto la salud y bienestar de los mayores, como la implementación más adecuada y eficaz de la Ley.

Justificación

Actualmente, apenas existen terapeutas que desarrollen su actividad profesional en el medio del individuo, sino que se tiende a planificar intervenciones en medios artificiales, con características muy alejadas de las que presenta un ambiente normalizado. Este tipo de intervención pierde calidad ya que si ignoramos el entorno habitual, estamos ignorando también las condiciones inherentes al desempeño ocupacional (3)

Además, aunque en la mayoría, no en todos los municipios se ofrece un Servicio de Ayuda a Domicilio que integre el SAD derivado de la LAPAD y el anterior a esta Ley. La confusión generada al respecto en los usuarios provoca que se invierta más tiempo y más personal en gestionar correctamente las demandas de estas personas.

La existencia de TO en la atención primaria comunitaria permitiría además la formación de los familiares en la ejecución de las actividades diarias y orientación sobre la ayuda que deben aportar a sus convivientes en el desarrollo de actividades auxiliares para el fomento de su independencia, en la modificación de hábitos para el mantenimiento de su salud e incluso, en la medida de lo posible, para la prevención del deterioro (3). Esto tendría dos consecuencias positivas, conseguir un mejor cuidado y mayor bienestar en los pacientes y, a la vez, evitar el abandono o el síndrome de burnout en los cuidadores informales.

Así pues, con este estudio se aporta una evaluación real de este tipo de práctica, así como una evidencia más en relación a los beneficios que se derivan de la actuación de Terapia Ocupacional en el domicilio de una persona mayor.

Objetivos

Objetivo General: Elaborar un Plan de Intervención de Terapia Ocupacional para envejecer en el domicilio con la máxima autonomía e independencia.

Objetivos específicos:

1. Desarrollar e implementar un programa de actividades específicas que permitan mejorar y/o mantener las capacidades de la persona mayor en relación a las Actividades de la Vida Diaria.
2. Determinar las medidas relacionadas con la adaptabilidad de la vivienda del mayor.
3. Identificar las ayudas técnicas necesarias para mejorar la independencia de la persona mayor en su domicilio.
4. Establecer actuaciones dirigidas directamente a las familias y cuidadores que favorezcan la independencia de la persona mayor.

Este trabajo dedica su primer capítulo a presentar el problema del envejecimiento mundial y los problemas en el desempeño ocupacional que aparecen a medida que avanza la edad.

Se continúa en el siguiente explicando la normativa actual existente en cuanto a los Servicios Sociales en España, centrándose en aquellos dirigidos al colectivo de personas mayores. Tras esto, se desarrolla un tercer capítulo donde se estudia el papel que desarrolla el Terapeuta Ocupacional en los Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España.

Se continúa en el siguiente explicando la normativa actual existente en cuanto a los Servicios Sociales en España, centrándose en aquellos dirigidos al colectivo de personas mayores. Tras esto, se desarrolla un tercer capítulo donde se estudia

el papel que desarrolla el Terapeuta Ocupacional en los Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España.

En el estudio de caso, se presenta al sujeto elegido para esta investigación y se explica la metodología que se llevado a cabo para recopilar información al respecto. Con esta información se desarrolla y ejecuta un programa de actividades específicas que permitan mejorar y/o mantener las capacidades de la persona mayor en relación a las Actividades de la Vida Diaria. Por último, se interpretan los resultados de la intervención y se exponen las conclusiones y recomendaciones a seguir al respecto.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

Según la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) se define esta disciplina de la siguiente manera: *“La terapia ocupacional es una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizaran su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno párate éste refuerce la participación.”* (4).

En el presente estudio, la terapia ocupacional se centra en la atención a personas mayores. Por tanto, este primer capítulo está dirigido a la comprensión de la situación actual y futura del envejecimiento poblacional tanto a nivel mundial como en España en concreto. Además, se presentan los problemas que desarrolla este grupo de población en relación a su capacidad funcional.

1.1 Envejecimiento mundial

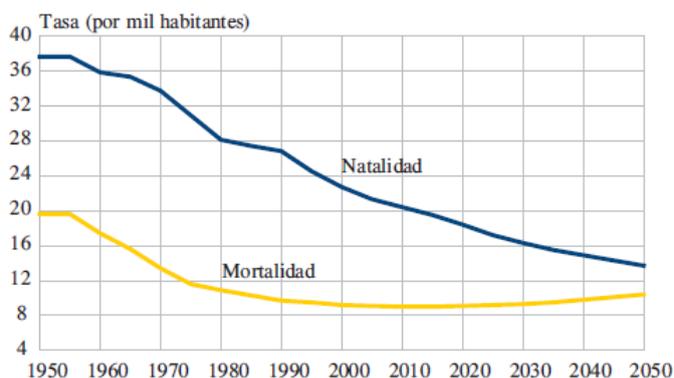
En los últimos años en el mundo se han dado una serie de circunstancias que han hecho que se pase de unas tasas de natalidad y mortalidad muy elevadas a todo lo contrario. Entre los años 1950 y 2000 la natalidad disminuyó de 37.6 a 22.7 nacimientos por cada mil habitantes; mientras que la mortalidad pasó de 19.6 defunciones por cada mil habitantes a 9.2, en el mismo periodo (5, 6).

Este hecho, sin precedentes en la historia, tanto por su rapidez como por su amplitud, que ha adoptado el nombre de transición demográfica, ha provocado un progresivo aumento del tamaño de la población mundial y, simultáneamente, su envejecimiento, y tendrá duración hasta bien entrado el siglo XXI (5, 6).

Así, se espera que los niveles de natalidad disminuyan hasta alcanzar 13.7 nacimientos por cada mil habitantes en 2050; mientras que de mortalidad se espera que alcance sus menores niveles alrededor del año 2015 (9 defunciones

por cada mil habitantes), y a partir de ese momento aumente hasta alcanzar 10.4 en 2050 (6).

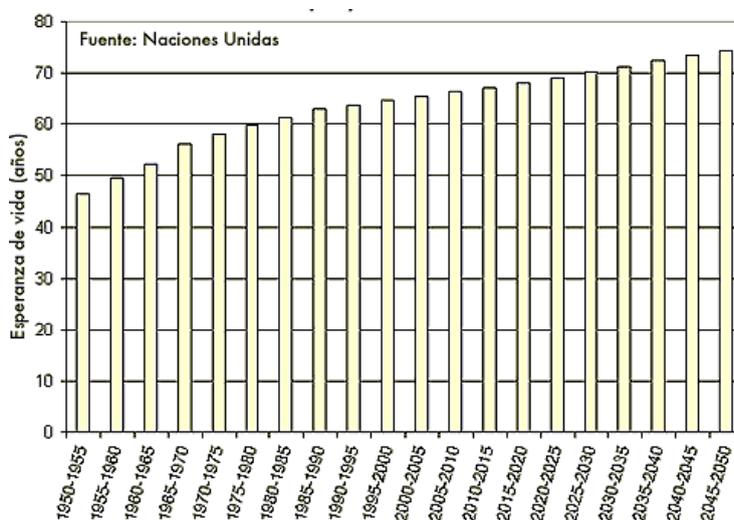
Figura 1.1 Transición demográfica mundial, 1950 – 2050 (6)



Fuente: Naciones Unidas.

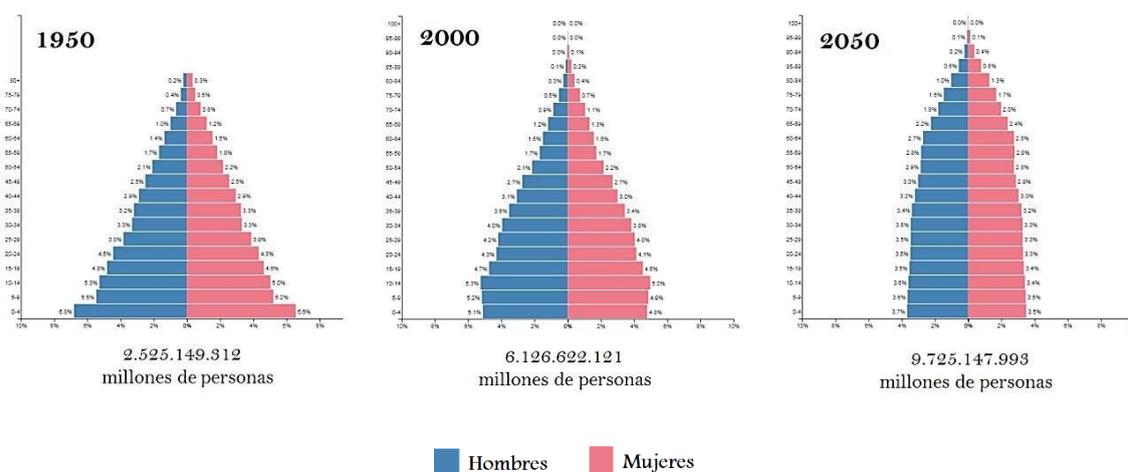
Por otro lado, la esperanza de vida media ha aumentado de manera extraordinaria en los últimos 50 años, derivada de los avances en la salud y de la mejora en las condiciones de vida, pasando de los 46 años de 1950 a los 66 de 2000, y se prevé que para 2050 alcance los 74 años (5).

Figura 1.2 Esperanza de vida media mundial, 1950 – 2050 (7).



La población mundial avanza paulatinamente hacia el envejecimiento de su estructura por edades. La disminución de los grupos más jóvenes de la población en su parte inferior, sobre todo entre los menores de 15 años, va acompañada del aumento de la población en edades laborales y de los adultos mayores. Lo que ha llevado a modificar la pirámide de población mundial (6).

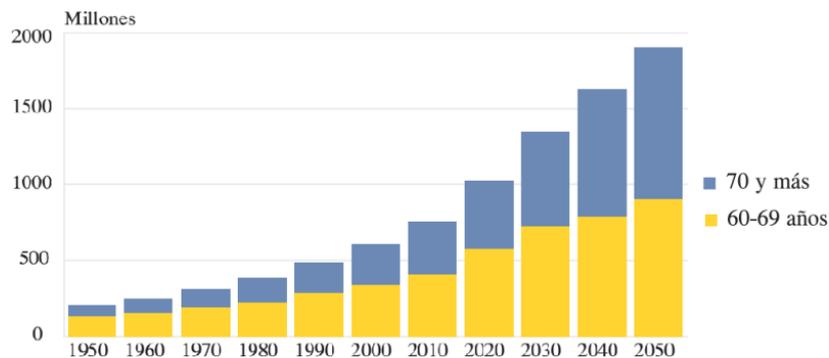
Figura 1.3 Progresión demográfica mundial: 1950, 2000 y 2050 (8).



Fuente: Naciones Unidas

La tasa anual de crecimiento de este grupo en la actualidad es de 2.2%, considerablemente más rápido que la población total, y llegará a ser hasta de 3% en la segunda década del siglo XXI. Debido a esta dinámica, el número de adultos mayores se triplicó entre 1950 y 2000, pasando de representar un 8% de la población mundial, 205.3 millones en cifras absolutas, a 606.4 millones. Asimismo, se espera que aumente a 1348.3 millones en 2030 y a 1907.3 millones en 2050 (5, 6).

Figura 1.4 Población mundial de 60 años y más, 1950 – 2050 (6).



Fuente: Naciones Unidas

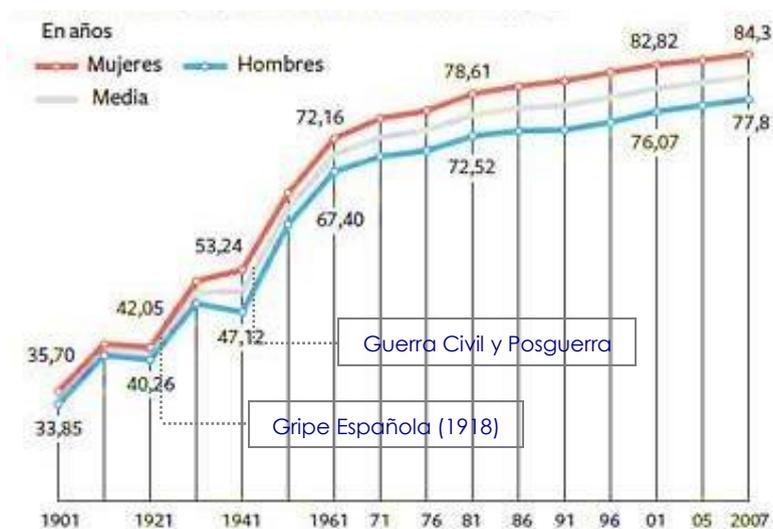
Además, dentro del grupo de personas de edad, el grupo de población que crece más rápidamente en el mundo es el de las personas de 80 años o más, que aumenta actualmente a una tasa anual de 3,8% y constituye más de una décima parte del total de personas de edad. A mediados de siglo, una quinta parte de las personas de edad tendrá 80 años o más (5).

1.2 Personas mayores en España

En España, el envejecimiento mundial se acentuará en los próximos años, situando al país como el más envejecido del mundo en 2050, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) (9).

La mejora de la sanidad pública, los avances de la tecnología médica y las mejores condiciones de vida han provocado un descenso de la mortalidad, elemento más determinante del incremento de la esperanza de vida en todas las edades. Entre los hombres del año 1900, la esperanza de vida al nacimiento no llegaba a los 34 y la de las mujeres era de 35,7 años, mientras que en 1995 pasó a 74,4 años y 81,5 años para hombres y mujeres respectivamente. Así, a principios de siglo sólo un 26% de los nacidos llegaba a viejo, hoy en día lo consiguen el 85% (5, 9).

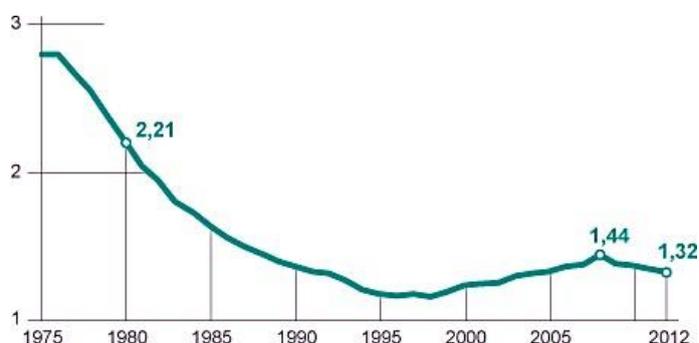
Figura 1.5 Evolución de la esperanza de vida en España (10).



Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Por otro lado, la falta de recursos económicos y la incorporación de la mujer a un mercado laboral dominado por la precariedad parecen ser las causas de la baja tasa de natalidad que se viene registrando desde mediados de los años 70. En 1975, la cantidad promedio de hijos era de casi 3 por mujer en edad fértil, mientras que actualmente apenas es de 1,1. Esta reducción del número de nacimientos, como es evidente, provoca el aumento 'relativo' del número de personas mayores frente a las más jóvenes (5, 9).

Figura 1.6 Número de hijos por mujer en España (11).



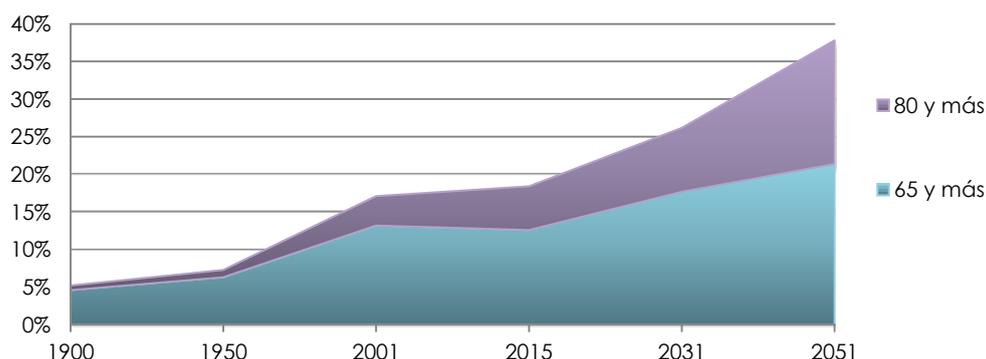
Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Así, a fecha 1 de Enero de 2015 y según los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística, la población mayor de 65 y más años se situaba en 18,40% de la población total, con 8.573.985 personas, representando los octogenarios un 5,8% del total de la población (12).

Según la proyección de este Instituto, en el año 2030 en España residirían 11,7 millones de personas mayores de 64 años. Esta cifra se incrementaría hasta 14,2 millones de personas en el 2050 (13).

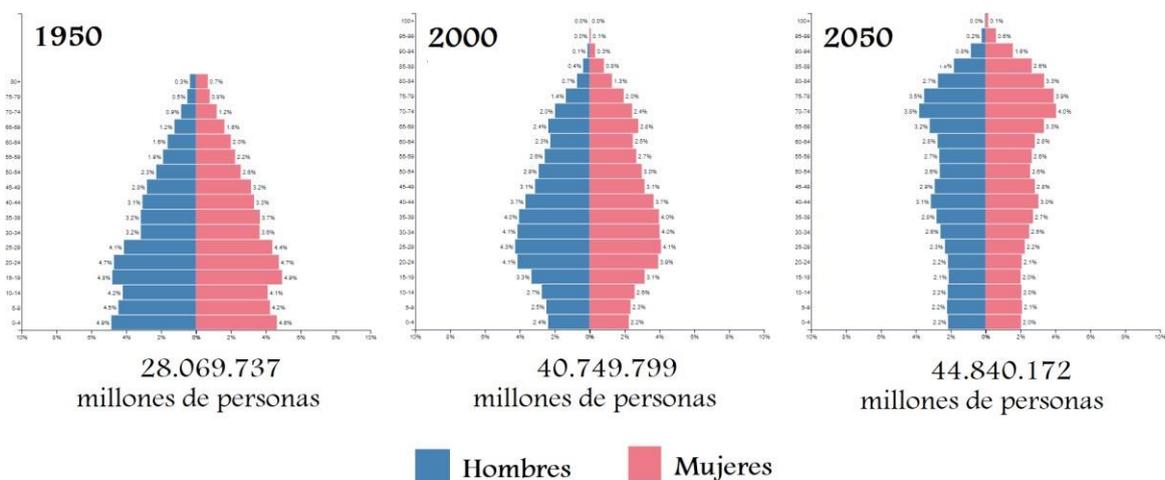
Los datos también muestran que el sexo predominante en la vejez es el femenino, con un 33% más de mujeres (4.897.713) que de hombres (3.676.272) (2015) (12).

Figura 1.7 Evolución de la población mayor en España de 1900 a 2051.
Porcentaje en relación a la población total de españoles (12).



Como resultado de todo esto, se está produciendo en España un cambio en su pirámide de población. Menos de un 15% de su población está por debajo de los 15 años, lo cual dista de ser una pirámide. Pero el problema se agrava porque encima de esas reducidas poblaciones infantiles habitan enormes cohortes de jóvenes, resultado del baby – boom de los años 60 – 70, que allá por el año 2030 empezarán a jubilarse, con quince años más de esperanza de vida (14).

Figura 1.8 Pirámide de población española, 1900 – 2000 (8).



Fuente: Naciones Unidas

1.3 La capacidad funcional en la edad avanzada

El propio del proceso de envejecimiento, la senescencia y la aparición de nuevas patologías conducen a la pérdida de funcionalidad y al deterioro de la calidad de vida si no se pone impedimento, pudiendo terminar desarrollando la persona mayor algún grado de dependencia.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, define la dependencia como la *“situación permanente en la que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”*.

La encuesta Nacional de Salud (ENSE) llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el INE recoge información relativa al estado de salud y los factores determinantes del mismo

desde la perspectiva de los ciudadanos. Tiene periodicidad quinquenal, alternándose cada dos años y medio con la Encuesta Europea de Salud (14).

La última ENSE se realizó durante los años 2011 – 2012 y en ella se investigaron aproximadamente 24.000 viviendas distribuidas en 2.000 secciones censales. La muestra de mayores de 65 años ascendió a un total de 7.868,6 personas, de los cuales un 43% eran hombres (3.380,3 en valores absolutos) y un 57% mujeres (4.488,3 en valores absolutos). Siendo el subgrupo de mayores de 65 a 74 años el más abundante con un 50,2% de la muestra, seguido del de 75 a 84 años con un 37,4% y del de mayores de 85 años con un 12,4% (14).

Tabla 1.1 Distribución de la muestra de personas mayores.

	65 – 74 años	75 – 84 años	85 y más años	Total
Ambos sexos	3.951,2	2.940,0	977,4	7.868,6
	50,2%	37,4%	12,4%	100%
Hombres	1.834,9	1.204,2	341,2	3.380,3
	23,3%	15,3%	4,4%	43%
Mujeres	2.116,3	1.735,8	636,2	4.488,3
	26,9%	22%	8,1%	57%

En relación a los problemas de movilidad, autocuidado y actividades cotidianas, la mayoría de los mayores de 65 años indicaron problemas de movilidad (39,7%) en cualquiera de sus niveles (leve, moderado o grave). Si hablamos de incapacidad, la categoría más señalada es la de las actividades cotidianas (5.1%) (14).

Tabla 1.2 Movilidad, autocuidado y actividades cotidianas en mayores de 65 años.

> 65 años	Problemas (Leves, Moderados y Graves)	Incapacidad / Extremo
Movilidad	3.124,4	208,6
	39,70%	2,65%
Autocuidado (lavarse / vestirse)	1.402,4	275,2
	17,8%	3,5%
Actividades Cotidianas	2.161,3	401,8
	27,46%	5,1%

En relación a la dependencia funcional, los resultados aparecieron bastante igualados en cuanto al área afectada (cuidado personal, labores domésticas y movilidad). No obstante, las mujeres apuntan una dependencia funcional bastante superior a la de los hombres. Aquí también, igual que en la tabla anterior, conforme aumenta la edad el porcentaje de personas que presenta dependencia funcional se incrementa de forma importante (14).

Tabla 1.3 Áreas de dependencia funcional por grupo de edad.

	Cuidado Personal	Labores Domésticas	Movilidad
65 – 69 años	304,9	373,5	351,2
	14,06%	17,22%	16,19%
70 – 74 años	443,4	485,0	453,1
	24,91%	27,25%	25,46%
75 – 79 años	590,2	641,1	640,6
	35,23%	38,27%	38,24%
80 – 84 años	646,7	682,6	682,6
	51,23%	54,07%	54,07%
85 y más años	705,5	762,9	760,6
	72,18%	78,05%	77,82%

Los resultados de esta encuesta también nos muestran el tipo de problema que limita las AVD Básicas en personas mayores de 65, siendo con diferencia los problemas físicos los más señalados (14).

Tabla 1.4 Tipo de problema que limita las AVD Básicas por grupo de edad.

	Físico	Mental	Ambos
65 – 74 años	1.003,5	48,1	140,2
	84,20%	4,04%	11,76%
75 – 84 años	1.096,5	49,5	138,1
	85,39%	3,85%	10,75%
85 y más años	468,6	33,5	127,9
	74,38%	5,31%	20,30%

El 9,6% de las personas mayores de 65 años declararon encontrarse limitados gravemente para la realización de las AVD Básicas, y el 29,9% levemente. Una vez más, este porcentaje se incrementa a medida que aumenta la edad (14).

Tabla 1.5 Nivel de limitación para las AVD Básicas por grupo de edad.

	Limitado pero no gravemente	Gravemente limitado
65 – 74 años,	1.020,6	171,2
	25,83%	4,33%
75 – 84 años	971,6	314,5
	33,05%	10,70%
85 y más años	358,3	271,7
	36,71%	27,84%
TOTAL	2.350,5	757,4
	29,9%	9,6%

De los datos de esta encuesta se concluye que la causa principal que limita el desarrollo de las AVD Básicas son los problemas físicos, apareciendo en más del 80% de los mayores. Estos datos determinan una amenaza directa para la calidad de vida de las personas mayores y su entorno más próximo. Teniendo en cuenta el envejecimiento poblacional que se espera en un futuro próximo, la asistencia ofrecida y planificada en la actualidad por el gobierno se verá comprometida, ya que el número de mayores dependientes se incrementa de manera importante a medida que aumenta la edad.

Para esta problemática la actuación desde Terapia Ocupacional es indiscutible, sobre todo en el área preventiva. Un programa de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia es clave para evitar este declive que se observa en las personas mayores y, por consiguiente, todos los problemas que acarrea.

Es importante señalar que, de todos los mayores que encuentran limitaciones de diferente índole, uno de cada tres puede superarlas con ayudas de instrumentos o de otras personas, aumentando la necesidad de ayudas en relación con el aumento de la edad. Así, entre 74 y 84 años la precisan algo más del 40 % y a partir de los 85 el 75% (15).

Gracias a estas ayudas, las discapacidades con severidad total o grave se reducen notablemente y el 12% se superan prácticamente del todo. Sin embargo, más de medio millón de personas reclama ayudas técnicas y casi un cuarto de millón ayudas personales de las que carecen (16).

CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

Con el fin de estudiar en detalle el contexto Español que determina los Servicios Sociales dirigidos a personas mayores, este capítulo recoge un análisis de las iniciativas que se desarrollan a nivel nacional tanto en atención primaria como en atención especializada.

21. Servicios sociales en España

El Sistema de Servicios Sociales de España se ha desarrollado considerablemente en los últimos treinta años adquiriendo magnitud suficiente para constituirse como el IV de los pilares de nuestro Estado del Bienestar, conjuntamente con el sistema de salud, la educación y las pensiones (17).

El primer punto de inflexión en nuestro país es con la Constitución de 1978, que define a España como un *“Estado social y democrático de derecho que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político”* (18).

En lo que responde a la protección social, establece en su Art. 9.2 y 41 que será competencia de los poderes públicos fomentar la igualdad y la libertad de los ciudadanos, así como facilitar la participación de todos ellos en los asuntos políticos, económicos, culturales y sociales, sustentando un régimen público de Seguridad Social que asegure la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad (17).

No obstante, aunque estos textos recogen la protección a la familia y la infancia, las personas con minusvalías, las minorías y la tercera edad, la expresión “Servicios Sociales” solo aparece en el artículo 50 cuando los relaciona con la tercera edad (17).

Así, a partir de 1982 y al amparo del Art. 148.1.20º que establece que *“las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en Asistencia Social”*, aparecieron las primeras Leyes Autonómicas de Servicios Sociales en las cuales se definen sus principios inspiradores, prestaciones y servicios (18).

Más adelante, en 1985 surge la Ley 7/1985 Reguladora de las Bases de Régimen Local, que reforzará la aproximación de los Servicios Sociales a la ciudadanía y establece en su Art. 25.2.k que *“el Municipio ejercerá, en todo caso, competencias, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, en materia de prestación de los Servicios Sociales y de promoción y reinserción social”* (18).

En esta época, ante la ausencia de una ley nacional que fijara las pautas comunes en el conjunto del territorio, la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales puso en marcha el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales. El objetivo, junto con la Administración General del Estado (AGE), Comunidades Autónomas (CCAA) y Corporaciones Locales (CCLL), era *“conjuntamente, crear una red de atención de Servicios Sociales Municipales que permita garantizar unas prestaciones básicas a los ciudadanos en situación de necesidad en igualdad de condiciones independientemente de su territorialidad”* (17).

Otro de los programas por los que se reconoce a los Servicios Sociales son las llamadas Rentas Mínimas de Inserción, cuya característica en común es ofrecer un ingreso mínimo garantizado en situaciones de necesidad (17).

Con todo este proceso se consolida en España el Sistema Público de Servicios Sociales. Se definen dos niveles de atención (17):

- Atención Primaria (Servicios Sociales Generales o Comunitarios)
- Atención Especializada (Servicios Sociales Sectoriales o Específicos)

22 Atención Primaria

Este nivel de atención incluye prestaciones dirigidas a la población en general (18). Constituyen la puerta de entrada para los distintos recursos del propio Sistema Público de Servicios Sociales y para la orientación y derivación, en su caso, hacia otras prestaciones y recursos de otros sistemas de protección social (19).

Su administración, a través de los centros de servicios sociales y de centros comunitarios de las Corporaciones Locales, compete, salvo excepciones, a la Administración Local (18).

Entre sus programas básicos se encuentran:

- Información, Valoración y Orientación: Facilita el acceso a los recursos.
- Familia y Convivencia: Buscar mejorar la calidad de vida consiguiendo un marco de convivencia saludable y previniendo el deterioro personal o familiar, mediante el fomento de la autonomía personal y la integración en el entorno habitual. Incluye las siguientes prestaciones:
 - Ayuda a domicilio: Se ofrece cuando no pueden realizar sus actividades habituales o se encuentren en situación de conflicto psicofamiliar. Abarca atenciones de carácter doméstico, social, de apoyo psicológico y de rehabilitación. Incluye las siguientes prestaciones:
 - Atención doméstica.
 - Prestaciones psicosociales.
 - Voluntariado.
 - Teleasistencia.
 - Educación familiar: Educación en hábitos adecuados de convivencia y relación para la autonomía en la gestión del hogar.
 - Acogimiento familiar: Surge de la incapacidad de encargarse del cuidado de menores, ancianos o incapacitados (físicos o psíquicos). Es normalmente temporal.
 - Alojamiento alternativo (viviendas tuteladas, centros de acogida, residencias, albergues...).
- Prevención e Inserción Social: Su objetivo es mejorar el bienestar y calidad de vida actuando sobre los factores asociados a las problemáticas para evitar su aparición, reaparición o agravamiento.
- Cooperación Social: Trata de potenciar las expresiones de solidaridad y fomento de responsabilidad social ante situaciones de necesidad (20).

23. Atención Especializada

Se trata de servicios dirigidos a sectores y colectivos concretos de población que, por precisar de una atención específica, no pueden resolverse desde los servicios sociales de atención primaria. La responsabilidad de este nivel de atención corresponde a la Administración Autonómica y Local (18).

Con el fin de estudiar en profundidad las características de los servicios más relevantes para el tema de estudio, se analizan a continuación aquellos servicios dirigidos a personas mayores.

Análisis de los Servicios Sociales dirigidos a Personas Mayores

La creación en España de servicios sociales dirigidos a personas mayores es un hecho reciente. Allá por los ochenta empezaron a desarrollarse algunos programas para mejorar la situación de este colectivo y entre los años 1988 y 1991 se instauró el Plan Gerontológico Estatal de 1992 como primera respuesta general de política social dirigida a las persona mayores (19, 21).

Desde aquel momento y como respuesta a las preferencias expresadas por las personas mayores en relación con permanecer en su hogar el máximo tiempo posible, se diseña una red de recursos sociales de apoyo domiciliario y comunitario clasificados en tres grupos:

- Servicios de Atención Domiciliaria.
- Servicios de Atención Diurna.
- Servicios de Atención Residencial (19).

Estas tres categorías se diferencian entre sí porque están dirigidas al tipo de atención recibida en relación a las limitaciones tanto funcionales como ocupacionales que el sujeto presente. Así, la Atención Domiciliaria iría dirigida a personas que aún son independientes en su hogar pero necesitan apoyo para determinadas tareas, la Atención Diurna serviría de apoyo a las familias cuidadoras, y con la Atención Residencial se entiende que el individuo requiere una atención global y prolongada.

Según el Libro Blanco del envejecimiento activo publicado por el IMSERSO en 2011, el 87,3% de las personas mayores prefiere permanecer en su hogar, mientras sólo un 5,5% prefiere trasladarse al domicilio de un hijo y un 3,8% se decanta por vivir en una residencia o urbanización para personas mayores. Preferencia que se mantiene incluso cuando necesitan ayuda: el vivir en casa con atención y cuidados alcanza el 78%, mientras un 10,6% opta por trasladarse a vivir con algún hijo (16).

Figura 2.1 Preferencias de los mayores sobre dónde les gustaría vivir.



La atención domiciliaria y la atención diurna son los recursos que más fomentan la permanencia de las personas mayores en su entorno habitual. Por otro lado, la institucionalización o ingreso en un centro residencial queda como opción para aquellas que no puedan o no deseen continuar en sus hogares (19).

Entrenar y rehabilitar en el propio ambiente de cada persona facilita un mejor y mayor rendimiento, real y ecológico, haciendo que el tiempo de dedicación sea más eficaz y productivo, evitando tratamientos extensos y demorados y facilitando la generalización y mantenimiento en la rutina diaria. Asimismo, permite desarrollar programas de tratamiento basados en las necesidades individuales y personales de cada paciente (27).

La atención a personas mayores en la sociedad española ha evolucionado en base a dos características. En primer lugar, la dependencia era considerada tradicionalmente un problema que debía ser solucionado por las familias, siendo

la mujer la encargada de asumir el papel de cuidadora. Sin embargo, debido a la incorporación de la mujer al mercado laboral se prevé que estos cuidados informales se debiliten en los próximos años (22). En segundo lugar, las personas con discapacidad o limitaciones funcionales se consideran actualmente integradas completamente en la sociedad y se encuentran protegidas por la igualdad de oportunidades (22).

Con esta transformación de la sociedad surgió en España la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAD), comúnmente llamada “Ley de Dependencia”. Esta normativa busca la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos mediante la implantación de un nuevo sistema de protección de aquellas personas en situación de dependencia y sus familias: el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (22).

El objetivo del SAAD busca, siguiendo los pasos de las políticas sociales del Modelo Nórdico, aumentar la intensidad de los servicios sociales y coordinarlos con los ya existentes. Intenta conseguir un acceso sencillo y equilibrado a los recursos, promoviendo la igualdad de oportunidades y considerando las preferencias de atención (22). La misma LAPAD lo define como “una red de utilización pública donde confluyen coordinadamente centros y servicios, públicos y privados, todos ellos en dirección a la satisfacción de las necesidades de las personas en situación de dependencia” (22).

Los Servicios Sociales dirigidos a personas mayores atienden tanto a las personas incluidas en el SAAD, como a los que no están dentro de este sistema. (19).

Características del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia

Este sistema incluye un conjunto de servicios públicos y privados, así como de prestaciones económicas, que la Ley de Dependencia española dedica a la promoción de la autonomía personal y a la atención y protección de las personas en situación de dependencia en todo el territorio español.

Para poder acceder al SAAD, la Ley obliga a estar en alguno de los siguientes grados de dependencia:

- a) Grado I (Dependencia Leve): El sujeto necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- b) Grado II (Dependencia Moderada): El sujeto necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día, pero no requiere el apoyo permanente de un/a cuidador/a o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- c) Grado III (Gran Dependencia): El sujeto necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal (18)

Debido a esto, el proceso circular en que se basa el SAAD, se inicia con la solicitud de valoración de grado y nivel de dependencia por parte de la persona interesada o su representante legal. Las CCAA (Comunidades Autónomas) son las encargadas de realizar la valoración de este nivel de dependencia, que puede realizarse en el propio domicilio del solicitante o en el centro de referencia (3, 22).

Figura 2.2 Etapas del SAAD



La herramienta utilizada para realizar la valoración del funcionamiento en personas mayores de 3 años se denomina “Baremo de Valoración de Dependencia” (BVD). Se trata de un cuestionario de observación directa y entrevista centrado en las actividades de autocuidado. Identifica la causa del problema en el desempeño, el grado de apoyo necesario, el empleo de ayudas técnicas y la presencia de facilitadores y barreras en el entorno (22). Este cuestionario se deberá acompañar con otros instrumentos de valoración dependiendo de las características de las personas evaluadas (3).

Por otro lado está el Informe Social, un documento que describe la unidad de convivencia, redacta una breve historia social, señala los recursos con los que ya cuenta, identifica al cuidador habitual si existe o su perfil idóneo, así como la red social de apoyo informal y las características del entorno domiciliario (3).

Así, el BVD junto con el Informe Social da lugar a la designación de recursos previo consenso entre la administración autonómica y el sujeto, así como la intensidad de los mismos y el copago establecido en función de la capacidad económica del solicitante. Esta es la última etapa del Plan Individualizado de Atención (PIA), la cual va ligada a un seguimiento y control por parte de los profesionales con el objetivo de adecuar y modificar los recursos asignados teniendo en cuenta la evolución que la persona y/o su entorno tengan (3,22).

El objetivo de los recursos ofrecidos en el Catálogo de Servicios y Prestaciones es facilitar que la persona en situación de dependencia permanezca en su entorno habitual el mayor tiempo posible. Se anteponen los servicios frente a las prestaciones y a la administración para su desarrollo antes que cualquier otra entidad (3).

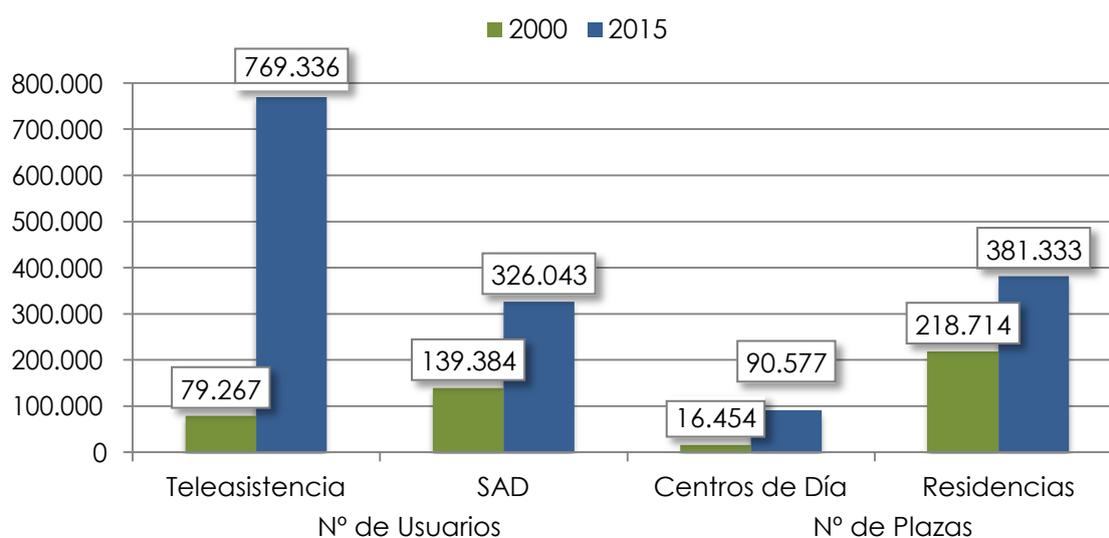
Tabla 2.1 Catálogo Servicios y Prestaciones del SAAD

Servicios	Prestaciones Económicas
Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la dependencia	Vinculada al servicio
Teleasistencia	Para cuidadores en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales
Ayuda a domicilio	De asistencia personal
Centro de día y de noche	
Atención residencial	

Los Servicios de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia del SAAD tienen como objetivo mejorar y conservar la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. Dentro de estos servicios aparecen:

- Asesoramiento, orientación, asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones.
- Habilitación y Terapia ocupacional.
- Atención temprana.
- Estimulación cognitiva.
- Promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional.
- Capacitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual.
- Apoyos personales, atención y cuidados en alojamientos de soporte a la inclusión comunitaria.
- Cualquier otro programa de intervención que se establezcan con la misma finalidad (24).

Tabla 2.2 Servicios Sociales para Personas Mayores. 2000 – 2015



Fuente: IMSERSO.

2.2.1.1. *Servicios de Atención Domiciliaria*

Se proporcionan en el domicilio de las personas para evitar el desarraigo y la separación con su entorno habitual (23). Los principales servicios que se ofrecen son el de Teleasistencia y Ayuda a Domicilio. Sin embargo, desde las Comunidades Autónomas, Diputaciones Forales y Municipios se ofrece a las personas mayores otros servicios de atención domiciliaria como:

- Servicios Complementarios: Servicio de comidas a domicilio y de lavandería a domicilio.
- Prestaciones económicas: para adecuación de la vivienda, para familias cuidadoras y para ayudas técnicas (23).

La oferta de Servicios Sociales ha crecido considerablemente en lo que va de siglo, siendo el Servicio de Teleasistencia el que mayor número de usuarios ha acogido desde el año 2000 (23).

❖ Servicio de Teleasistencia

Ofrece de forma continua una serie de atenciones individualizadas para aumentar las condiciones de seguridad y compañía en la vida cotidiana, impulsar la autonomía, fomentar su permanencia en el entorno familiar, así como detectar, evitar y, en su caso, actuar ante posibles situaciones de riesgo. Para ello pone a disposición de las personas usuarias terminales telefónicas conectados a una central receptora de avisos, de forma que, cuando la persona sufra un percance, bastará con que pulse el botón de su terminal para que, desde la central se pongan en contacto con ella y puedan auxiliarla (23).

Dentro de los Servicios Sociales para personas mayores, es el que cuenta con un número más alto de personas usuarias atendiendo a 769.336, un 8,89% del total de personas mayores. El perfil del usuario de este servicio son mujeres (75%) mayores de 80 años (67%) (25).

El precio anual y la cantidad que aporta cada usuario son distintos en función de múltiples factores, siendo uno de los más relevantes que el servicio se proporcione o no dentro del SAAD (23).

❖ Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)

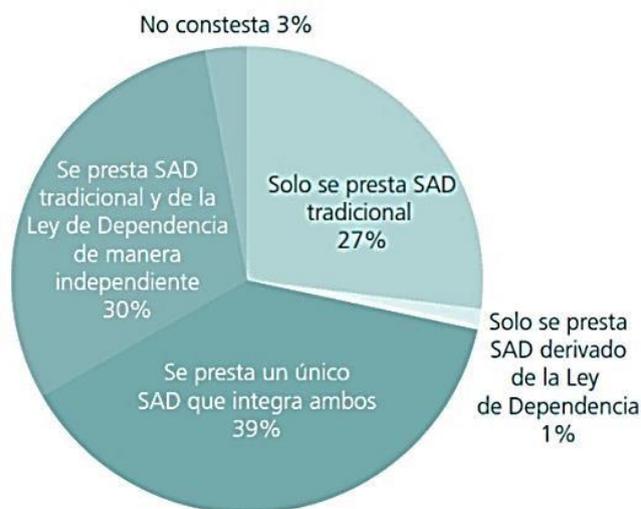
El Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia (IMSERSO, 2005) define el servicio de ayuda a domicilio como *“un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio de una persona mayor dependiente en algún grado”* (Rodríguez, 2003) (2).

El objetivo general del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) es aumentar la autonomía personal del usuario consiguiendo que permanezca viviendo en su domicilio el mayor tiempo posible, aunque la persona sea dependiente para algunas AVD (19).

El número de personas usuarias del SAD ha ascendido de 139.384 en el año 2000 a 326.043 en 2015, lo que supone casi un 25% de personas de 65 años y más, lo que implica un índice de cobertura de 3,77.. El perfil del usuario de este servicio son mujeres (73%) mayores de 80 años (65%) (25).

No obstante, este SAD derivado de la LAPAD aún presenta limitaciones y bastantes diferencias entre territorios. Por este motivo, según la encuesta realizada en 2016 por Fundación Pílares, Fundación Caser y Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), la mayoría de municipios (39%) proporciona un único servicio de ayuda a domicilio que, mediante los acuerdos pertinentes entre las respectivas CCAA y CCLL, integra el derivado de la LAPAD y el tradicional. De los restantes, un 30% ofrecen las dos modalidades de manera independiente y un 27% prestan únicamente el SAD tradicional (2).

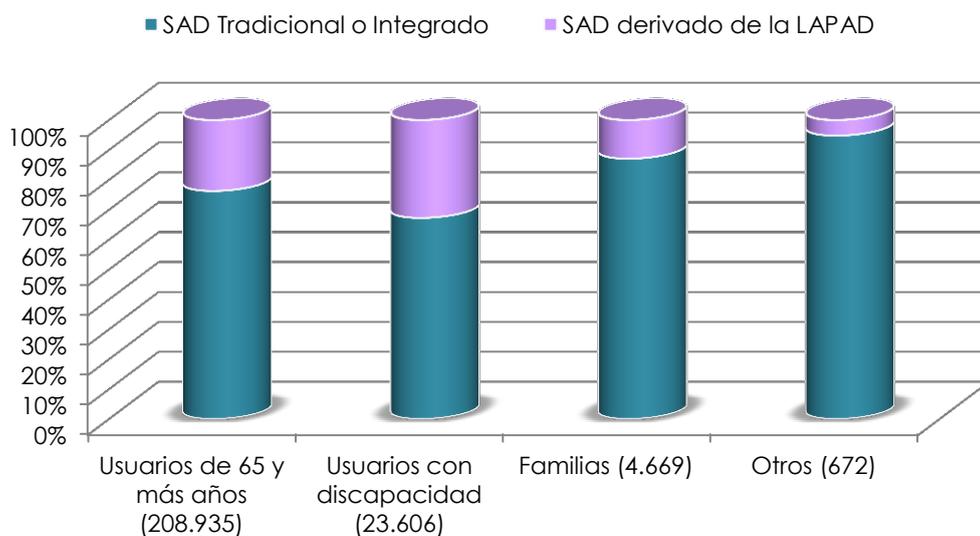
Figura 2.3 Distribución porcentual de los municipios según tipología del SAD.



Fuente: Fundación Pilares, Fundación Caser y FEMP. 2016

Extrapolando al conjunto de la población española los resultados extraídos de la encuesta a municipios mencionada anteriormente, el total de usuarios que se benefician del SAD asciende a 237.881, siendo el perfil de usuario mayoritario el de personas de 65 y más años (87,8%) (2).

Tabla 2.3 Personas usuarias del SAD según modalidad y perfil de usuarios/as.



Fuente: Fundación Pilares, Fundación Caser y FEMP. 2016

Del total de horas de ayuda a domicilio prestadas, el 59% se designaron a cuidados personales, el 36% a tareas domésticas y el último 5%, a otras actividades (23). El precio público es mayor si se presta dentro del SAAD que si se presta por el SAD Municipal (23).

2.2.1.2. *Servicios de Atención Diurna y de Noche*

Al igual que los anteriores, estos servicios están orientados a impedir que las personas mayores se desarraiguen del entorno en el que viven, permitiendo así, la permanencia en sus domicilios. Ofrecen cuidados integrales e individualizados en estancias diurnas y/o nocturnas para personas con discapacidad, personas mayores y personas en situación de dependencia, a jornada completa o parcial, con el fin de mantener o desarrollar el máximo nivel posible de autonomía personal, así como servir de apoyo a las familias cuidadoras (23). Estos servicios se ofrecen a través de los Hogares para Mayores y los Centros de Día.

❖ Hogares para mayores

Se fundamentan en el paradigma de envejecimiento activo encaminado a la prevención de la dependencia, mediante la promoción del ocio y la participación social (23).

Por dificultades de procedimiento que plantea su recuento, solo se dispone de una cifra aproximada de las personas asociadas. Así, en los Hogares se calculan 3.80.334 socios, un 43,90% de la población de 65 y más años. Según el perfil de los asociados, algo más de la mitad son mujeres (54%) (25). El número de hogares en España se eleva a 3.711, de los cuales el 71% son públicos (25).

❖ Centro de Día

Se define como un centro gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia que, con régimen ambulatorio, presta atención integral y especializada con el fin de fomentar la autonomía y evitar la dependencia. Representan de esta manera, un

recurso importante para que el anciano con deterioro funcional pueda prolongar su permanencia en el domicilio sin que se produzca una separación con su vida diaria y entorno cotidiano (23).

Se trata de centros de tipo intermedio, al encontrarse entre el domicilio y los centros residenciales de estancia prolongada (19). En España existen 90.577 plazas, de las cuales el 60% son de subvención pública. Estas plazas se encuentran distribuidas en 3.387 centros, de los cuales el 43% son de titularidad pública. Esto implica un índice de cobertura de 1,05 (25).

El precio de la plaza varía según el grado de dependencia, cuanto mayor sea este, más elevado será su precio (25). Los Centros de Día se ocupan de 72.897 personas de 65 y más años de las que el 70% son mujeres y el 69% superan los 80 años (25).

2.2.1.3. *Servicios de Atención Residencial*

Estos servicios ofrecen una atención global, individual, especializada y prolongada, además de alojamiento y manutención, a personas en situación de dependencia, ya sea por motivos de tutela, posible o efectivo maltrato, o por cuidado de la situación de excepcional y urgente necesidad que es la causa del ingreso. Se trata de centros de carácter abierto, con régimen permanente o temporal, entre los que se encuentran:

- Centros residenciales.
- Estancias temporales.
- Sistemas alternativos de alojamiento (viviendas tuteladas, apartamentos residenciales) (19, 23).

Su intención es la consecución de una mejor calidad de vida y el fomento de su autonomía personal, planteando programas y actividades de intervención que den solución a las necesidades concretas de sus usuarios (23).

En España existen 5.973 centros con un total de 381.333 plazas, lo que implica un índice de cobertura de 4,4. Del total de plazas, el 56% son de financiación pública (25). Cabe destacar que la mayoría de las plazas pertenecen a Centros

Residenciales (97,63%), mientras que de las plazas de atención residencial son de Centros Residenciales, mientras que el 2,37% son de Viviendas para Mayores (25).

Según los datos de estos usuarios recibidos por el IMSERSO, la muestra sobre la población atendida en los Servicios de Atención Residencial es de 301.765 personas de 65 y más años. Además, de esta información pudo extraerse como perfil del usuario a las mujeres, que constituyen el 69% del total, y los mayores de 80 años (77%) (25).

❖ Centros Residenciales

Aparece como el recurso más envejecido dentro de los Servicios Sociales para personas mayores (23). En España hay 5.387 Centros Residenciales con un total de 372.306 plazas, de las cuales el 56% son de financiación pública (1.314 plazas). Esto supone un índice de cobertura de 4.30 (25).

❖ Viviendas para Mayores

Se trata de viviendas diseñadas para ser cómodas y seguras con el objetivo de acoger durante unos meses o de forma definitiva a personas mayores que aún se sientan activos y enérgicos.

Según los datos recogidos de las trece Comunidades Autónomas (Andalucía, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco y La Rioja) de las que se dispone de información, en este tipo de alojamiento, en 2015, existían 9.027 plazas, distribuidas en 586 centros, con un índice de cobertura de 0,10 (25). Tanto del total de las plazas como de los centros, el 49% son de titularidad pública, esto es 4.409 plazas y 291 centros (25).

La distribución de sexos entre los usuarios está muy equilibrada, con una pequeña ventaja en los hombres, que representan el 53%. Además, en cuanto a la edad, las personas que residen en estas viviendas son las más jóvenes, pues

el 58% no ha cumplido los ochenta años. No obstante, el perfil se va feminizando a medida que aumenta la edad: a partir de los 80 años, las mujeres representan el 55% (25).

2.4. Observaciones sobre el los Servicios Sociales en España

El recorrido por los servicios sociales disponibles para personas mayores en España ha revelado una serie de observaciones que se recogen a continuación, pudiendo servir como punto de partida para una futura mejora del sistema.

- Los Servicios Sociales en España sólo están regulados por las CC.AA., sin embargo, por historia y evolución del sistema, las Corporaciones Locales (CC.LL.) asumen grandes responsabilidades en su desarrollo (17). Esta multigestión por parte de distintos organismos de los Servicios Sociales ha favorecido su desarrollo.
- Por otro lado, esto también ha supuesto desigualdades territoriales significativas en la atención de las personas, ya que no existe ninguna herramienta que garantice los mínimos derechos sociales que ha de tener la ciudadanía, indistintamente de la Comunidad Autónoma e incluso de la localidad de residencia. Además, la actual carencia financiera de las CC.LL. está suponiendo una paralización e incluso una reducción de los Servicios Sociales (17).
- El Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) se crea con la voluntad de incorporación en los Servicios Sociales existentes (autonómicos y locales). Pese a que la colaboración de los ayuntamientos es indispensable, esta no queda establecida en la Ley (17). Por estos motivos, entre CC.AA. se dan situaciones muy distintas:
 - a) Donde se ha integrado el SAAD en los Servicios Sociales.
 - b) Donde se está produciendo una integración parcial.
 - c) Donde no existe integración (17).
- Otra de las desigualdades territoriales existentes se observa en la intensidad de protección de los servicios. La cuantía económica de la ayuda a domicilio

depende del grado y nivel de dependencia, mientras que para las demás prestaciones se fijan en función de la existencia y cobertura de los recursos en las diferentes CC.AA., siendo su situación muy dispar (17).

- La diversidad de leyes y programas existentes conforman un sistema desigual entre territorios, con considerables carencias de coordinación entre las administraciones, catálogos desiguales y un sistema de derechos sociales en los que destaca la voluntariedad; no obstante, existe una inclinación al reconocimiento de derechos subjetivos en ciertas prestaciones en las últimas reformas de las leyes de servicios sociales (17).
- Es necesario progresar en los Servicios Sociales hacia un marco común de derecho subjetivo donde se organicen las prestaciones garantizadas y las competencias de cada una de las administraciones. Al igual que en los otros sistemas, se debe determinar un umbral mínimo a nivel nacional que evidentemente pueda ser mejorado por las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales (17).

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DEL PAPEL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LOS SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES

La Terapia Ocupacional como “*disciplina dirigida a promover, mantener y/o recuperar la salud y la autonomía funcional desde la intervención terapéutica de las actividades de la vida diaria*” está reconocida en las principales modalidades de atención social a los mayores (19).

3.1. Terapia Ocupacional en Atención Primaria de Salud

Alrededor de la mitad de las consultas efectuadas en los centros o equipos de atención primaria proceden de personas mayores de 65 años. Su estado funcional puede variar de la independencia en el desempeño de todas las áreas ocupacionales hasta el inmovilismo domiciliario, por lo que es conveniente evaluar regularmente sus niveles de desempeño ocupacional con el fin de evitar posibles deterioros funcionales y aumentar la expectativa de vida libre de incapacidad (19).

La manera más eficaz y beneficiosa de impedir una situación de dependencia, tanto para el usuario como para la Administración, es designando un recurso de la manera más apropiada. Por este motivo, parece obvia la incorporación de la figura del Terapeuta Ocupacional, como profesional experto en evaluar el desempeño ocupacional, en todo el proceso de valoración (3). Sin embargo, hasta el día de hoy, la figura del Terapeuta Ocupacional como profesional del servicio de rehabilitación no está reconocida en la cartera de servicios comunes de Atención Primaria de Salud (19).

La actuación del Terapeuta Ocupacional es fundamental para detectar posibles riesgos, desarrollando así tratamientos preventivos o, en caso de existir áreas ocupacionales disfuncionales, rehabilitadores (19).

En prevención, la terapia ocupacional actúa a través de la promoción de la actividad y la prevención de accidentes:

- a) La promoción de la actividad se basa en que esta es saludable y, por el contrario, la inactividad conduce a insatisfacción y a la pérdida del sentimiento de bienestar.

- b) Prevención de accidentes en el hogar se realiza a través de una valoración y control de riesgos completa. Por otra parte, la adaptación de los utensilios utilizados para llevar a cabo las actividades de la vida diaria posibilita el mantenimiento de la autonomía (19).

En cuanto a la rehabilitación de la funcionalidad, las Comunidades Autónomas de Andalucía y Aragón han sido pioneras en este aspecto, incluyendo al Terapeuta Ocupacional y Fisioterapeuta en los equipos de atención primaria. En el resto de comunidades existe aún una carencia evidente de normas y profesionales que aborden este aspecto (19).

La guía de evaluación deberá incluir:

- Evaluación completa del desempeño ocupacional en las ocho áreas ocupacionales (actividades básicas e instrumentales, ocio, juego, educación, participación social, trabajo y descanso).
- Valoración de la necesidad de ayuda de una segunda persona en la realización de las actividades de la vida diaria.
- Valoración del entorno (accesibilidad, barreras arquitectónicas, “puntos calientes” para el riesgo de caídas y nivel de complejidad comprensiva para las personas con deterioro cognitivo).
- Valoración de la necesidad de ayudas técnicas.
- Valoración de la necesidad de férulas y ortesis.
- Valoración de la capacidad del cuidador principal para colaborar en el tratamiento funcional (19).

La intervención del Terapeuta Ocupacional puede llevarse a cabo desde el mismo centro de salud o desde el domicilio del paciente. En el primero será necesario disponer de un lugar específico en el que el TO pueda disponer de los medios necesarios para llevar a cabo la valoración y el tratamiento. El tamaño de este espacio ha de permitir el trabajo en grupo, la movilidad en silla de ruedas y la demostración de ayudas técnicas (19).

Por otro lado, el domicilio del paciente es el entorno idóneo para valorar y entrenar el desempeño en las AVD, así como para modificar los factores que contribuyan a incrementar la dependencia. Esta opción requiere más gasto de

tiempo además de la gestión del desplazamiento, pero suele ser más efectiva que la intervención que solamente se realiza en el centro de salud (19).

Las líneas de intervención ocupacional en ambos contextos son:

- Entrenamiento de actividades de la vida diaria.
- Aplicación de principios ergonómicos para la salud: economía articular, simplificación de la tarea, conservación de la energía, higiene postural.
- Asesoramiento, prescripciones y adiestramiento en la utilización de ayudas técnicas.
- Programa de prevención de caídas.
- Confección y entrenamiento en el uso de férulas.
- Adiestramiento ortoprotésico.
- Estimulación cognitiva.
- Formación del cuidador.
- Formación de profesionales de atención primaria.
- Adecuación del entorno del paciente.
- Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con profesionales, cuidadores y colectivos con afectaciones concretas (19).

El perfil de las personas aptas para presentarse al servicio de Terapia Ocupacional de Atención Primaria incluye a todas aquellas personas mayores que hayan visto disminuida su capacidad funcional o se encuentren en riesgo de ello. La derivación del sujeto a este servicio podrá efectuarse bien por los profesionales del hospital (cualquier especialidad médica relacionada con el mayor) o por el equipo de atención primaria. El TO recibirá por parte de este profesional una solicitud de derivación con los datos clínicos y funcionales del paciente con el fin de ajustar la intervención a sus necesidades (19).

La promoción de salud y funcionalidad en las personas mayores debe partir de la atención primaria para conseguir una detección rápida de la situación e impedir la aparición del deterioro funcional, evitando así evolución hacia estados más dependientes en el desempeño de las actividades de la vida diaria (19).

32 Terapia Ocupacional en Atención Especializada

En cuanto a los Servicios Sociales especializados, la figura del Terapeuta Ocupacional es igual de imprescindible, ya no solo en el proceso de evaluación ocupacional sino también en la elaboración del Plan Individualizado de Atención (PIA) (3).

En la actualidad la figura del terapeuta ocupacional como valorador del Baremo de Valoración de Dependencia (BVD) es reconocida en algunas Comunidades Autónomas. Esto es así debido a la estrecha relación que existe entre esta profesión y las actividades de la vida diaria, objetivo diana del baremo que establece la ley (19).

El servicio de ayuda a domicilio, los centros de día y las residencias de ancianos son los principales recursos sociocomunitarios en los que el Terapeuta Ocupacional inicia el proceso de autonomía y la prevención de dependencia (19).

El proceso de intervención ocupacional está estrechamente relacionado con el contexto donde se desarrolle, influyendo sobre la extensión de la evaluación ocupacional, la duración y el contenido de las sesiones, o incluso el número de usuarios que pueden ser atendidos (19).

A. Servicios de Atención Domiciliaria

La intervención del Terapeuta Ocupacional (TO) en el domicilio del mayor es fundamental para la valoración exhaustiva de la capacidad funcional real del sujeto y la capacidad de ayuda por parte de su cuidador principal. Esto será la base para la programación de una intervención rehabilitadora sobre las actividades de la vida diaria (19).

Otra contribución del TO en este recurso es la valoración de las necesidades de la persona y del domicilio en relación con la accesibilidad, así como la prescripción y adiestramiento de ayudas técnicas y la evaluación de su impacto (2, 19).

Con esta información, los TO comunican a los auxiliares de ayuda a domicilio las instrucciones terapéuticas que han de adoptar en la intervención domiciliaria (19).

Por último, el Terapeuta Ocupacional aparece dentro de un equipo multidisciplinar orientado a realizar intervenciones ajustadas en los casos de necesidad detectados (2).

B. Servicios de Atención Diurna

En estos servicios, el papel del terapeuta ocupacional se basa en implantar programas de prevención y detectar los intereses ocupacionales de ocio, participación social y educativos de los asistentes (19).

C. Servicios de Atención Residencial

En estos recursos, el TO trabaja el mantenimiento en el desempeño de las actividades de la vida diaria que el entorno permita, así como el adiestramiento en habilidades motoras, cognitivas y sociales para favorecer un desenvolvimiento óptimo en un entorno distinto al propio hogar (19).

3.3. Beneficios de la intervención del Terapeuta Ocupacional

El Estudio del Buen Envejecimiento (Well Elderly Study), dirigido por investigadores de la Universidad del Sur de California (USC), proporciona una prueba científica de la efectividad de la Terapia Ocupacional en la modificación del estilo de vida de las personas mayores que viven en su entorno habitual (26).

A través de entrevistas diseñadas para descubrir cuáles eran los gastos que la persona mayor generaba relacionados con su salud, se descubrió que los mayores que se beneficiaron de un tratamiento de TO ocasionaron menores gastos en otros servicios de salud. De hecho, el ahorro promedio supera el coste de la propia terapia, lo que sugiere que la TO puede ahorrar dinero a los servicios sanitarios, mejorando además de la salud, su calidad de vida (26).

Todos los participantes fueron sometidos a baterías de pruebas de valoración al principio del estudio, al finalizar los nueve meses de intervención y seis meses

después, para valorar su calidad de vida relativa a la salud, su funcionamiento diario y su bienestar psicológico (26).

Los resultados del grupo de mayores que recibió TO mostraron beneficios significativos en las siguientes variables:

- Satisfacción en la vida.
- Calidad en la interacción social.
- Percepción global de su salud.
- Funcionamiento físico.
- Vitalidad.
- Aptitudes de salud y emocionales para el desempeño de un rol determinado.
- Funcionamiento social.
- Salud mental.
- Disminución del dolor (26).

También se demostró en el estudio que los ancianos que obtuvieron un mayor beneficio del tratamiento fueron aquellos que tenían peor estado de salud en su comienzo. Esto además es alentador, por cuanto ofrece esperanzas a aquellos mayores que tienen un elevado riesgo de perder su autonomía (26)

Adicionalmente, en ausencia de otra intervención posterior, los efectos de la TO se mantenían en la valoración que se hizo seis meses después. De media, estos mayores que recibieron TO, mantuvieron el 90% de la ganancia relativa de las variables medidas. Este último efecto va en consonancia con el propósito básico de la TO, de ayudar a los mayores a promover cambios positivos y duraderos en su actividad diaria (26).

Como consecuencia de este estudio, Administración, usuarios, empresas privadas dedicadas al campo sociosanitario y terapeutas ocupacionales, tienen una prueba inequívoca sobre la capacidad de la práctica de la TO para mejorar el proceso de envejecimiento. Esta prueba no sólo justifica la intuición sobre el valor que tiene lo que hacen los terapeutas ocupacionales, sino que sitúa a la TO como un componente importante del equipo, dentro del marco actual de cambio en el campo de los cuidados de la salud (26).

34. Observaciones sobre el papel del Terapeuta Ocupacional en los Servicios para personas mayores de España

En este análisis sobre el papel del TO en los servicios sociales para personas mayores en España, se han detectado diferentes puntos débiles relacionados con un sistema que no se ha implantado en su totalidad y de forma homogénea en el país. Salvando estas observaciones, el papel del TO podría beneficiar enormemente el desarrollo de los servicios sociales a personas mayores.

- En este sentido, se observa que dentro del Servicio de Ayuda a Domicilio derivado de la LAPAD debería existir la figura del Terapeuta Ocupacional enmarcado dentro de un equipo interdisciplinar con el objetivo de incrementar la calidad y mejorar la atención del servicio incluyendo los siguientes objetivos:
 - Formación continua y apoyo a los familiares y auxiliares del SAD tanto en AVD básicas e instrumentales, como en reeducación y adaptación en movilidad funcional (transferencias, locomoción, higiene postural, etc.).
 - Valoración y asesoramiento especializado de la persona usuaria.
 - Valoración del domicilio y asesoramiento sobre ayudas técnicas y accesibilidad.
 - Intervención específica en casos puntuales para mejorar o adaptar una situación relacionada con la dificultad por parte de la persona usuaria a la hora de ejecutar las AVD (a nivel físico, social, perceptivo y/o cognitivo) (28).
- Si tenemos en cuenta que, para acceder a los servicios incluidos en el SAAD, el usuario debe hallarse en alguno de los grados de dependencia que ampara la Ley, aquellas personas que, sin estar en situación de dependencia reconocida oficialmente o no encontrarse recogida en los requisitos de la Ley, presentan otras situaciones de fragilidad o necesidad de aquellas que aparecen en las respectivas leyes de servicios sociales autonómicas, solo pueden contar con el SAD anterior a la LAPAD, el tiempo que dure, como único recurso para poder mejorar su calidad de vida en el domicilio y todo esto en el caso de que en su localidad se ofrezca tal servicio (2).

MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4: CONTEXTUALIZACIÓN

Por todo lo analizado en el marco teórico, se justifica la necesidad desarrollar un caso práctico donde se estudien los beneficios de la intervención de Terapia Ocupacional (TO) en el domicilio.

Uno de ellos relacionado con los beneficios socioeconómicos que se derivan de su actuación al reducir el número de personas mayores institucionalizadas, permitiendo que vivan en su domicilio el máximo tiempo posible de manera autónoma e independiente. Y el otro, la mejora de la calidad de vida tanto de la persona mayor, retrasando el declive producido por el envejecimiento, como de su familia.

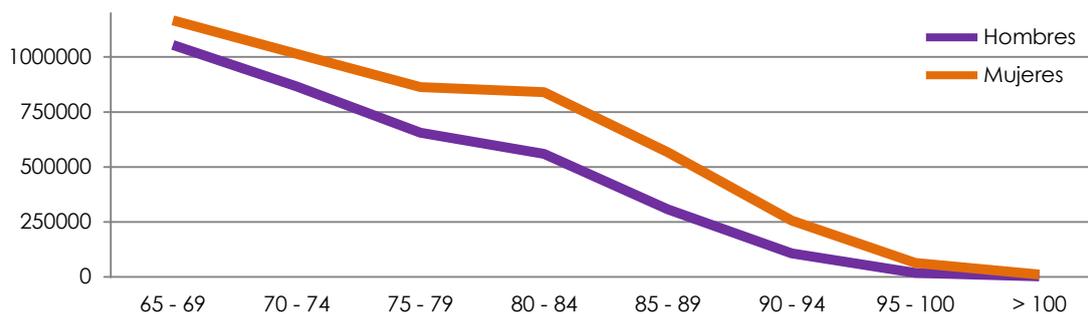
En base a las necesidades detectadas para este grupo social presentadas en el Marco Teórico, se desarrolla a continuación un caso práctico donde se estudian las mejoras de la TO en un caso real. Este estudio de caso tiene como objetivo demostrar la importancia de la intervención de TO en la prevención de la disfunción.

4.1. Selección de la muestra

Con el fin del seleccionar el participante del estudio en cuestión se ha tenido en cuenta el perfil más representativo de la muestra.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2016, el número de mujeres españolas mayores de 65 años superaba al de varones en un 14,5%. Sin embargo, se prevé que estas diferencias entre géneros se vayan reduciendo en el futuro debido a la extensión de estilos de vida nocivos entre las mujeres, como el estrés y el consumo de tabaco y alcohol entre otros, junto con las características inherentes al proceso de envejecimiento, discapacidad y enfermedades degenerativas. Además, el desequilibrio entre sexos derivado de las pérdidas ocurridas durante la Guerra Civil se irá moderando a medida que las generaciones que participaron en ella vayan desapareciendo (23).

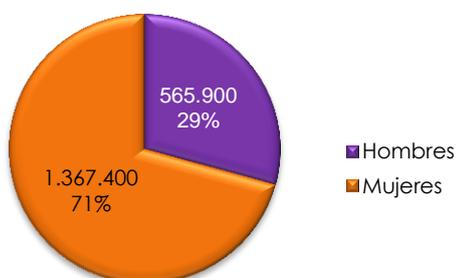
Figura 4.1 Personas mayores de 65 años en España por sexo (2016)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Por otro lado, de acuerdo con los datos de la Encuesta Continua de Hogares de 2016 realizada por el INE, en España había 1.933.300 (41,7%) de personas mayores de 65 años viviendo solas y de ellas, 1.367.400 eran mujeres.

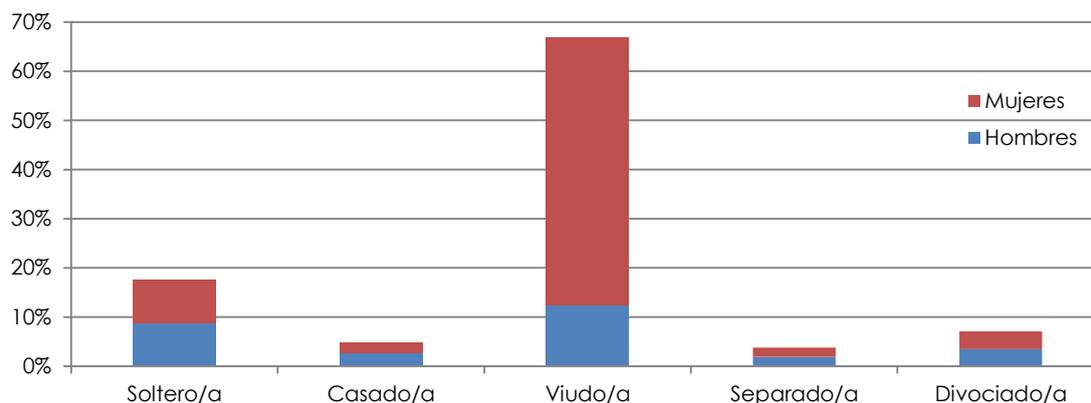
Figura 4.2 Mayores de 65 años viviendo solas en España por sexo (2016)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Respecto al estado civil, en general, la mayoría de los hogares unipersonales estaban formados por personas viudas (67%), siendo evidentemente superior esta cifra en las mujeres.

Figura 4.3 Estado civil de las personas mayores de 65 años en España (2016)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

De estos datos se pueden concluir que el perfil de persona mayor de 65 años con la que nos encontraremos generalmente en España será una mujer viuda viviendo sola en su domicilio. A este respecto, se ha desarrollado un plan de intervención con un sujeto que cumple con estas características.

CAPÍTULO 5: ESTUDIO DE CASO

Este estudio cualitativo busca demostrar la efectividad de Terapia Ocupacional a través de la aplicación de un programa mejorado en personas dependientes que viven en su domicilio.

Con este objetivo se establecen las siguientes fases para el desarrollo del caso de estudio:

- Fase I – Recopilación de datos: En relación al sujeto y su entorno.
- Fase II – Diseño del programa mejorado: A partir del análisis de los datos obtenidos se desarrollará un programa de intervención personalizado y mejorado.
- Fase III – Intervención: Implementación de diversos programas orientados a mejorar la independencia de la persona mayor en su domicilio.
- Fase V – Resultados.

5.1 Recopilación de Datos

La recopilación de datos se lleva a cabo mediante entrevistas estructuradas y semiestructuradas, cuestionarios estandarizados y observación directa en el domicilio del sujeto.

4.1.1. *Anamnesis del individuo*

Esta investigación se centra en un estudio de caso único en el que la muestra es un sujeto de sexo femenino de 92 años de edad, viuda hace 11 años. Ha vivido casi toda su vida en un pueblo de la ciudad de Cáceres (España). Sin antecedentes patológicos personales. Su nivel de estudios es de primaria. Sus intereses se centran actualmente en la iglesia, es una mujer creyente y practicante. No presenta ninguna relación interpersonal fuera del contexto familiar y no se beneficia de ningún tipo de servicio social. En su tiempo de ocio no realiza ningún tipo de actividad, solo se sienta en el salón a ver la televisión durante todo el día.

Tiene 5 hijos viviendo en diferentes ciudades de España, los cuales se turnan por temporadas de 3 o 4 meses para acogerla en sus casas desde que se dieron cuenta que al dejarla sola en su domicilio habitual no se alimentaba ni se aseaba adecuadamente, no salía de casa ni se relacionaba con nadie, y tuvo algún episodio de tropiezos y caídas, por lo que cumple con los requisitos de persona dependiente.

Actualmente se encuentra viviendo en el domicilio de una de sus hijas en la ciudad de Cáceres, donde convive con su marido y una de sus hijas. La vivienda está situada lejos del centro de la ciudad, pero cercana a todo tipo de negocios, centros de salud, parques, iglesias, supermercados...

En cuanto a tratamiento farmacológico, toma dos medicamentos al día, uno para la regulación de la hormona tiroidea (tiroxina) y otro para evitar el insomnio. Sus problemas tiroideos le provocan cambios de humor cíclicos oscilando entre una actividad física muy alta y otra muy baja.

Al examen físico sólo se constata positivamente trastornos en la marcha, lenta con trastornos leves del equilibrio, y dificultad de visión. Indica principio de glaucoma en ojo izquierdo. Fue operada hace unos años de cataratas. No presenta problemas auditivos.

4.1.2. Cuestionarios estandarizados

Escala de Barthel (Anexo): Mide la autonomía del sujeto en la realización de las AVD Básicas. Se ha elegido este instrumento antes que el Índice de Katz puesto que este último está indicado para pacientes con alto grado de dependencia. La versión propuesta por Shah et al. Incrementa el número de niveles por actividad hasta 5 aumentando así su sensibilidad. A mayor puntuación, mayor nivel de independencia.

Índice de Lawton y Brody (Anexo): Mide la capacidad de la persona para realizar las AVD Instrumentales. Se utilizó la versión de 30 puntos que ofrece mayor sensibilidad que la escala original. A mayor puntuación mayor dependencia.

Escala de Tinetti (simplificada) (Anexo): Usada en los trastornos de la marcha y el equilibrio, detecta el riesgo de caídas en ancianos. A mayor puntuación mejor funcionamiento. Un resultado de 0 a 2 indica un riesgo de caída bajo o nulo, de 3 a 5 puntos, riesgo relativo de 1,4, y de 6 a 7 puntos, riesgo relativo de 1,9.

Mini Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo et al. (Anexo): Es una traducción validada al español del Minimental Test de Folstein (MMT). Se utiliza para evaluar el deterioro cognitivo. Se ha elegido la versión de 35 preguntas que es la que ha demostrado mejor rendimiento en nuestro territorio. En personas mayores de 65 años una puntuación inferior a 24 puntos sugiere deterioro cognoscitivo. De 24 a 29 puntos se considera en el límite de deterioro.

Escala de depresión geriátrica de Yesavage (versión reducida) (Anexo): Especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que las escalas ordinarias de depresión tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos, de menos valor en este grupo de pacientes. La versión reducida de 15 preguntas es más recomendable en Atención Primaria por su fácil manejo y rapidez. Se considera un resultado normal los valores de 0 a 5 puntos, entre 6 y 9 son sugestivos de probable depresión y valores de 10 o más de depresión establecida.

5.2 Diseño del programa mejorado

La cuidadora principal nos advierte que, después de varios meses con problemas para compaginar los trabajos de los que conviven en el domicilio para poder atenderla, recurre a la ayuda de un terapeuta ocupacional para realizar una primera valoración y establecer un programa de intervención en su domicilio con el fin de mejorar la calidad de vida tanto del sujeto en cuestión como de su entorno más próximo.

Los marcos de referencia escogidos para la intervención fueron el rehabilitador, que utiliza técnicas desarrolladas a partir de enfoques biomecánicos para la recuperación de las destrezas y los déficits subyacentes, y el compensatorio, que

se basa en compensar el movimiento que no puede ser rehabilitado, modificando la tarea o a través de ayudas técnicas o adaptaciones ambientales.

Todos los cuestionarios estandarizados se han administrado al inicio del tratamiento para conocer la situación basal del sujeto y 3 meses tras la intervención de TO, preguntando tanto al paciente como a su cuidador y mediante observación directa en el domicilio del sujeto.

Al analizar los resultados se diseñó un programa de intervención de Terapia Ocupacional de 3 meses de duración llevado a cabo en el domicilio del sujeto. El tiempo de cada sesión se estableció en 50 minutos para la mayoría de las actividades, excepto para los programas de psicomotricidad y mejora del estado físico que se fijó en 30 minutos. La intervención tuvo lugar los días lunes, miércoles y viernes en horario de mañana. El horario establecido para cada día se dividía en:

	LUNES	MIÉRCOLES	VIERNES
8:00	Explicación de la actividad a desarrollar.		
8:10	Programa de AVD Básicas y Instrumentales	Programa cognitivo.	Programa de asesoramiento a la familia.
9:00	Explicación de la actividad a desarrollar.		
9:10	Programa de asesoramiento y entrenamiento en productos de apoyo.	Programa de psicomotricidad y mejora del estado físico.	Programa de Ocio y Tiempo.
9:40	Reflexiones sobre las actividades realizadas: Qué le ha gustado, que no lo ha gustado, si se ha sentido incomodo o inseguro, qué le gustaría hacer...		

Al inicio de la intervención se realizó la adecuación del entorno domiciliario del sujeto. Los cambios propuestos fueron: eliminación de alfombras, instalación de nuevos puntos de luz, acomodación de los utensilios de manejo diario al alcance (baño y cocina), colocación de barras de sujeción al lado del wc y en la ducha, eliminación del bidé, elevación del inodoro con un alza, sustitución del teléfono por uno con teclas de gran tamaño y colocación de un calendario visible en el salón de la vivienda.

5.3 Implementación del programa mejorado

En el desarrollo el programa mejorado de Terapia Ocupacional se sucedieron varias etapas. Aquí se resumen las más importantes.

El primer día de intervención se dedicó a realizar un taller de educación familiar en el que se enseñó a no sobreproteger en exceso al sujeto del estudio y a estimular al máximo su autonomía, no proporcionando ayudas o apoyos que no necesitara, y a respetar su intimidad y sus preferencias concienciándoles, asimismo, a ser flexibles y pacientes, reservando un tiempo de relajación tanto para el paciente como para los cuidadores.

Una vez realizado estos cambios, se empezó trabajando las AVD Básicas donde existía deterioro desarrollando actividades que mejoraran la función (vestido, alimentación, baño/ducha). Para el problema incontinencia urinaria se estableció un horario límite para la toma de agua y se habituó al sujeto a ir al baño antes de irse a la cama.

Para el problema de subir / bajar escaleras fue necesario promover, durante el programa de mejora del estado físico, actividades relacionadas con los Miembros Inferiores (MMII). Además, en el programa de asesoramiento y entrenamiento en productos de apoyo, se enseñaron las pautas básicas para utilizar correctamente el bastón con el objetivo de incrementar su independencia en los desplazamientos fuera del hogar.

En ese mismo programa, también asesoramos sobre instrumentos para su independencia a la hora del baño, utensilios apropiados para facilitar la preparación de comidas, así como cubiertos que ayuden a cortar los alimentos más fácilmente.

En las sesiones del programa cognitivo se desarrollaron actividades de concentración, atención, memoria y cálculo. A medida que iba mejorando sus capacidades cognitivas e iba adquiriendo mayor independencia en las AVDB pasamos a elaborar sesiones para las AVD Instrumentales, ya que requieren un mayor nivel de funcionamiento cognitivo.

En esta línea, llevamos a cabo un taller de cocina para enseñar al sujeto los mejores métodos para realizar comidas fáciles de masticar y deglutir y un taller de compras para reconocer los diferentes productos del mercado y buscar los mejores precios en relación calidad.

Se desarrolló un programa para la mejora del estado físico realizando actividades físicas adaptadas junto con un taller de técnicas de conservación de la energía que incluía un horario regular de sueño y de periodos de descanso, además de una tabla de ejecución de AVD evitando pasos innecesarios. Otro taller se dirigió a enseñar posturas adecuadas para la realización de las AVD.

Por último, gracias al programa establecido de ocio y tiempo libre en el que se le informó e incentivó a apuntarse a talleres de costura, de lectura, de manualidades o a conocer otros lugares a través de excursiones programadas, con el fin de aumentar sus relaciones interpersonales y ocupar su tiempo libre. También se diseñó un taller en su domicilio de actividades mentales como crucigramas, sopas de letras, sudokus...

5.4 Observaciones

Los resultados obtenidos tras la implementación del programa de Terapia Ocupacional se han conseguido gracias a la actuación en conjunto de todas las actividades efectuadas. Una intervención con programas independientes unos de otros, no habría alcanzado este final.

Todas las actividades orientadas a mejorar las capacidades cognitivas, así como las técnicas empleadas de conservación de la energía fueron clave para desarrollar la independencia del sujeto en las AVD Instrumentales e ir desarrollando nuevas actividades en función de su grado de dificultad.

CAPÍTULO 6: RESULTADOS

En cuanto al estudio de los Servicios Sociales en España, como ya se ha mencionado anteriormente, los resultados obtenidos han sido los siguientes:

- Los Servicios Sociales en España sólo están regulados por las CC.AA., sin embargo, por historia y evolución del sistema, las Corporaciones Locales (CC.LL.) asumen grandes responsabilidades en su desarrollo (17). Esta multigestión por parte de distintos organismos de los Servicios Sociales ha favorecido su desarrollo.
- Esto también ha supuesto desigualdades territoriales significativas en la atención de las personas, ya que no existe ninguna herramienta que garantice los mínimos derechos sociales que ha de tener la ciudadanía, indistintamente de la Comunidad Autónoma e incluso de la localidad de residencia. Además, la actual carencia financiera de las CC.LL. está suponiendo una paralización e incluso una reducción de los Servicios Sociales (17).
- El Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) se crea con la voluntad de incorporación en los Servicios Sociales existentes (autonómicos y locales). Pese a que la colaboración de los ayuntamientos es indispensable, esta no queda establecida en la Ley (17). Por estos motivos, entre CC.AA. se dan situaciones muy distintas:
 - a) Donde se ha integrado el SAAD en los Servicios Sociales.
 - b) Donde se está produciendo una integración parcial.
 - c) Donde no existe integración (17).
- Otra de las desigualdades territoriales existentes se observa en la intensidad de protección de los servicios. La cuantía económica de la ayuda a domicilio depende del grado y nivel de dependencia, mientras que para las demás prestaciones se fijan en función de la existencia y cobertura de los recursos en las diferentes CC.AA., siendo su situación muy dispar (17).
- La diversidad de leyes y programas existentes conforman un sistema desigual entre territorios, con considerables carencias de coordinación entre las administraciones, catálogos desiguales y un sistema de derechos sociales en

los que destaca la voluntariedad; no obstante, existe una inclinación al reconocimiento de derechos subjetivos en ciertas prestaciones en las últimas reformas de las leyes de servicios sociales (17).

- Si tenemos en cuenta que, para acceder a los servicios incluidos en el SAAD, el usuario debe hallarse en alguno de los grados de dependencia que ampara la Ley, aquellas personas que, sin estar en situación de dependencia reconocida oficialmente o no encontrarse recogida en los requisitos de la Ley, presentan otras situaciones de fragilidad o necesidad de aquellas que aparecen en las respectivas leyes de servicios sociales autonómicas, solo pueden contar con el SAD anterior a la LAPAD, el tiempo que dure, como único recurso para poder mejorar su calidad de vida en el domicilio y todo esto en el caso de que en su localidad se ofrezca tal servicio (2).

Por otro lado, tras la intervención de Terapia Ocupacional en el caso de estudio, los resultados obtenidos son los siguientes:

- La adecuación del entorno inicial propició la reducción del riesgo de caídas y tropiezos, un mejor desenvolvimiento en el domicilio y mayor seguridad.
- La independencia del usuario aumentó pasando de una puntuación basal en el Índice de Barthel en el límite de la dependencia moderada a una dependencia leve y, en la Escala de Lawton y Brody, de necesitar mucha ayuda a solo necesitar alguna.
- En cuanto a las AVD Básicas, los cambios más notables los observamos en las actividades de desplazamiento, tanto dentro como fuera del hogar, así como en subir o bajar escaleras. Además, mejoró notablemente sus déficits en otras actividades como:
 - o Ducharse: Ya alcanza todas las partes de su cuerpo, se siente segura y la frecuencia semanal de duchas ha aumentado.
 - o Alimentarse: Ha dejado de necesitar ayuda para cortar los alimentos.
 - o Vestirse: Ahora es capaz de vestirse en menos tiempo y sin ayuda.
 - o Control de orina: Los episodios de incontinencia urinaria nocturna se han reducido a uno al mes.

- Los resultados más destacados en cuanto a las AVD Instrumentales, los percibimos en realizar compras y cuidar de la casa.
- Su estado nutricional mejoró considerablemente gracias también al taller de cocina desarrollado.
- El taller de educación familiar consiguió dejar al sujeto realizar tareas que antes realizaban por ella por desconocimiento, miedo o poca paciencia, así como al tenerla en cuenta a la hora decidir qué le gustaría hacer y cómo. Asimismo, este taller contribuyó a reducir el agotamiento tanto en los familiares como en el paciente.
- A medida que mejoraban todos estos aspectos, aumentaba su autoestima y autoconcepto, consiguiendo escapar del estado de depresión en el que se encontraba al inicio de la intervención.

Resultados de los test estandarizados utilizados en el estudio:

Test	Valoración Inicial	Valoración tras Intervención
Índice de Barthel	62 Puntos (Dependencia leve)	78 Puntos (Dependencia leve)
Escala de Lawton y Brody	21 Puntos (Necesita mucha ayuda)	12 Puntos (Necesita cierta ayuda)
MEC	23 Puntos (Sugiere deterioro cognitivo)	34 Puntos (Sin deterioro cognitivo)
Escala de Tinetti	6 Puntos (Riesgo relativo de caída: 1,9)	0 Puntos (Ausencia de riesgo de caída)
Escala de Yesavage	10 Puntos (Depresión)	0 Puntos (No existe depresión)

CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN

Uno de los problemas principales que existen en nuestro país en cuanto a los Servicios Sociales es la implantación tan heterogénea que existe de la Ley de Dependencia.

La elección de una mujer como sujeto protagonista del estudio desarrollado en este trabajo se ha basado en los datos del Instituto Nacional de Estadística, según los cuales existen más mujeres mayores de 65 años que hombres. Sería conveniente desarrollar otras investigaciones en relación a los beneficios de Terapia Ocupacional en el domicilio en cuanto a hombres que viven solos, así como a parejas.

Si los signos de fragilidad se hubiesen detectado a tiempo, habría dado un margen de actuación antes de alejar a la persona de su domicilio habitual y “obligarla” a cambiar sus roles y su rutina diaria.

Teniendo esto en cuenta, es fácil deducir que el área psicológica resultó ser la más afectada, detectándose en el sujeto al inicio de la intervención signos de depresión. A esto se sumó el sedentarismo creciente agravado por las pérdidas de visión progresiva que fue teniendo a lo largo del tiempo, las barreras existentes en los diferentes domicilios de sus hijos y su miedo a caerse. La consecuencia inmediata de todos estos acontecimientos fue su pérdida de independencia y autonomía.

Era importante, por tanto, involucrar a toda la familia en el proceso y hacerles ver la situación que rodeaba al sujeto y los problemas que habían desencadenado esta situación, así como la condición reversible del paciente a sus valores anteriores de funcionalidad.

Los resultados obtenidos en el presente estudio son acordes con los encontrados en la literatura con respecto a la importancia de la Terapia Ocupacional como una de las disciplinas fundamentales para prevenir y mejorar la independencia de sus usuarios. Esta intervención se hace fundamental en el ámbito domiciliario, como objetivo para solucionar los problemas socioeconómicos derivados del

envejecimiento poblacional que ya existen actualmente y que se prevén empeorarán en el futuro.

No existe otro profesional que pueda intervenir sobre las AVD a excepción del TO. Este posee los conocimientos necesarios para evaluar y analizar el desempeño de las funciones del paciente, así como sus limitaciones en las habilidades y potencialidades, determinando las actividades y el grado de participación necesaria para su desarrollo, teniendo presente siempre el interés y las expectativas de la persona usuaria.

CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES GENERALES

El programa establecido permitió al usuario mejorar su funcionalidad en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, observándose un mayor progreso en estas últimas. Asimismo, se consiguió aumentar su independencia y autonomía tanto dentro del domicilio como fuera. Se orientó a sus familiares para el mantenimiento de la funcionalidad y se les mostraron diferentes actividades grupales que podía realizar para el mantenimiento de la salud física y la sociabilidad.

Este caso demuestra la importancia de la necesidad de terapia ocupacional en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores y de su entorno más próximo.

La necesidad de incluir la figura del TO en los servicios de ayuda a domicilio no solo para personas con algún grado de dependencia sino también como prevención de la misma y promoción de la autonomía. Esto ayudaría a evitar tantas institucionalizaciones por “obligación” ya que muchas familias no pueden hacerse cargo de la persona mayor y la mayoría de los mayores prefiere envejecer en su domicilio.

Hay que pensar que el envejecimiento poblacional es un hecho innegable y lo que hay que hacer es mirar al futuro y pensar en soluciones para evitar el gasto público en sanidad y servicios sociales y en la calidad de vida de la persona mayor y su familia.

El TO es un profesional que indiscutiblemente debe aparecer en el equipo multidisciplinar de valoración de la persona y de su domicilio, así como en la intervención, tanto sobre el usuario como en formación para los auxiliares y los cuidadores informales, y en el seguimiento.

CAPÍTULO 9: RECOMENDACIONES

Observando toda esta situación podemos recomendar dos actuaciones principales. Una de ellas es que la actual Ley de Dependencia debería modificarse para incluir a personas o familias que, sin encontrarse en ningún grado de dependencia de los que ampara la Ley, precisan apoyos en su domicilio para atender su situación de fragilidad derivada de la discapacidad, la edad o de su situación sociofamiliar.

La otra conclusión que se extrae de esta información es que dentro del SAD derivado de la LAPAD debería existir la figura del Terapeuta Ocupacional enmarcado dentro de un equipo interdisciplinar con el objetivo de incrementar la calidad y mejorar la atención del servicio mediante los siguientes objetivos:

- Formación continua y apoyo a los familiares y auxiliares del SAD tanto en AVD básicas e instrumentales, como en reeducación y adaptación en movilidad funcional (transferencias, locomoción, higiene postural, etc.).
- Valoración y asesoramiento especializado de la persona usuaria.
- Valoración del domicilio y asesoramiento sobre ayudas técnicas y accesibilidad.
- Intervención específica en casos puntuales para mejorar o adaptar una situación relacionada con la dificultad por parte de la persona usuaria a la hora de ejecutar las AVD (a nivel físico, social, perceptivo y/o cognitivo) (27).

Por otro lado, dentro del Servicio de Ayuda a Domicilio derivado de la LAPAD debería existir la figura del Terapeuta Ocupacional enmarcado dentro de un equipo interdisciplinar con el objetivo de incrementar la calidad y mejorar la atención del servicio incluyendo los siguientes objetivos:

- o Formación continua y apoyo a los familiares y auxiliares del SAD tanto en AVD básicas e instrumentales, como en reeducación y adaptación en movilidad funcional (transferencias, locomoción, higiene postural, etc.).
- o Valoración y asesoramiento especializado de la persona usuaria.
- o Valoración del domicilio y asesoramiento sobre ayudas técnicas y accesibilidad.

- Intervención específica en casos puntuales para mejorar o adaptar una situación relacionada con la dificultad por parte de la persona usuaria a la hora de ejecutar las AVD (a nivel físico, social, perceptivo y/o cognitivo) (28).

En definitiva, es necesario progresar en los Servicios Sociales hacia un marco común de derecho subjetivo donde se organicen las prestaciones garantizadas y las competencias de cada una de las administraciones. Al igual que en los otros sistemas, se debe determinar un umbral mínimo a nivel nacional que evidentemente pueda ser mejorado por las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales (17).

BILIOGRAFÍA

- 1 Algar Lombardo I, Romero Ayuso D. Terapia Ocupacional en la cartera de servicios de Atención Primaria: ¿es posible?. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2012 [consultado 11 de Mayo de 2017]; 9(16): [30 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num16/pdfs/original8.pdf>
- 2 Fundación Pilares, Fundación Caser y Federación Española de Municipios y Provincias. La situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro [Internet]. Madrid: Fundación Pilares, Fundación Caser y FEMP; 2016 [consultado 14 de Junio de 2017]. Disponible en: http://www.fundacionpilares.org/docs/2016/EstudioSAD/SAD_TextoCompleto.pdf
- 3 García Crespo MV, Calvo Torres I, Rodríguez Campo R, Vázquez Otero AM, López Otero J. La atención a la dependencia como reto de futuro de la Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [consultado 10 de Mayo de 2017]; 5(8): [46 p.] Disponible en: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/revision2.pdf>
- 4 World Federation of Occupational Therapists (WFOT) [sede web]. [consultado 22 septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>
- 5 Escuela de Negocios (EOI). El envejecimiento de la población: Nuevas oportunidades de empleo y formación. [Internet]. 2002 [consultado 01 de Noviembre de 2016). Disponible en: http://api.eoi.es/api_v1_dev.php/fedora/asset/eoi:20160/componente20159.pdf
- 6 Zúñiga E. y Vega D. Envejecimiento de la población de México. Reto del Siglo XXI [Internet]. México: Consejo Nacional de Población (CONAPO); 2004 [consultado 15 septiembre 2017]. Disponible en: http://conapo.gob.mx/en/CONAPO/Envejecimiento_de_la_poblacion_de_Mexico_reto_del_Siglo_XXI

- 7 Fundación Tierra. La población mundial aumentó en 76 millones de personas en el 2004 [Internet]. Fundación Tierra; 2005 [consultado 15 de Marzo de 2017]. Disponible en:
<http://www.terra.org/categorias/articulos/la-poblacion-mundial-aumento-en-76-millones-de-personas-en-el-2004>
- 8 De Wulf, M. Population Pyramid (Internet). [consultado el 15 de Marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.populationpyramid.net/sources>
- 9 Fernández JL, Parapar C, Ruíz M. El envejecimiento de la población. LYCHNOS [revista en internet]. 2010 [consultado 4 Enero 2017]; 1 (2): 6-11. Disponible en:
http://www.fgcsic.es/lychnos/es_es/articulos/envejecimiento_poblacion
- 10 Pablo López. La esperanza de vida de un español es de 80 años, pero ¿cuánto habría vivido de nacer en 1900? [Internet]. Madrid; Periodista Digital; 2011 [consultado 14 de Marzo de 2017]. Disponible en:
<http://www.periodistadigital.com/salud/medicina/2011/01/15/la-esperanza-de-vida-de-un-espanol-es-de-85-anos-pero-cuanto-habria-vivido-de-nacer-en-1900-.shtml>
- 11 Heber Longás. La maternidad en España [Internet]. Madrid: El País; 2013 [consultado 22 de Junio de 2017]. Disponible en:
https://elpais.com/elpais/2013/06/18/media/1371581627_233732.html
- 12 Abellán García A, Pujol Rodríguez, R. Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Ciencias (CSIC); 2016 [consultado 4 septiembre 2017]. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>
- 13 Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyecciones de Población 2016 – 2066 [Internet]. INE; 2016 [consultado 25 agosto 2017]. Disponible en:
<http://www.ine.es/prensa/np994.pdf>

- 14 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) e Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Salud en España 2011 – 2012. [Tabla en Internet]. España: INE; 2013 [consultado 11 Enero 2017]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175
- 15 Colectivo IOÉ. Discapacidad y dependencia en España. Diagnóstico de las personas con diversidad funcional. Papeles de relaciones ecosociales y cambios global [Revista en Internet]. 2012/13 [consultado 9 Enero 2017]; 120: p. 129 – 139. Disponible en: http://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/revista_papeles/120/papeles_120.pdf
- 16 Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Libro blanco del envejecimiento activo. Madrid: IMSERSO; 2011.
- 17 Xabier Uceda – Maza, F. Servicios Sociales en España: Desarrollo y articulación de los nuevos escenarios. Documentación Social. 2011; (162): 235 – 258.
- 18 Consejería General del Trabajo Social 2017. Servicios Sociales [sede web]. [consultado 21 agosto de 2017]. Disponible en: https://www.cgtrabajosocial.es/ejes_sss_inicio
- 19 Alegre Alaya J, Corregidor Sánchez A, Duque Pineda J, Fernández Huete J, Gómez Calero C, Huertas Hoyos E et al. Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Madrid: Ergon; 2010.
- 20 Díaz Perea MY. Introducción al sistema público de Servicios Sociales [Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010 [consultado 10 agosto de 2017]. Disponible en: http://eprints.ucm.es/10123/1/Introduccion_a_los_Servicios_Sociales..pdf
- 21 Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Plan de acción para

las personas mayores 2003 – 2007 [Internet]. Madrid: IMSERSO; 2003. [consultado 11 septiembre 2017]. Disponible en:

<http://www.mancomunidad-tham.es/wp-content/uploads/2016/04/pdf13.pdf>

- 22 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 [consultado 15 Julio 2017]; 5 (8): [32 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/revision1.pdf>
- 23 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de estado de Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), editores. Informe 2014. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: IMSERSO; 2015.
- 24 Junta de Andalucía. Atención a la dependencia y promoción de la autonomía personal [sede web] [consultado 15 Julio 2017]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/agenciadeserviciosocialesydependencia/es/canales/atencion_dependencia/wfchannel_view_pub
- 25 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de estado de Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), editores. Recursos sociales dirigidos a personas mayores en España. Datos a 31 de Diciembre de 2015. Madrid: IMSERSO; 2016.
- 26 Clark FA, Carlson M, Jackson J y Mandel D. Lifestyle Redesign [Internet]. OT Practice: American Occupational Therapy Association (AOTA); 2003 [consultado 2 de Mayo de 2017]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Modificando_estilo_vida.shtml
- 27 Fernández Gómez E, Garde Lizarbe I. Rehabilitación a domicilio: Terapia Ocupacional en casa. Zona Hospitalaria [Revista en Internet]. 2012 [consultado 10 Enero 2017]. (36): 10 – 11. Disponible en: <http://www.zonahospitalaria.com/rehabilitacion-a-domicilio-terapia-ocupacional-en-casa/>

28 Asociación de empresas de ayuda a domicilio estatal. Mejora del diseño del Servicio de Apoyo a Domicilio (SAD) [Internet]. Madrid: Asociación de empresas de ayuda a domicilio estatal (ASADE); 2009 [consultado 20 Julio 2017]. Disponible en:

<http://www.masterdependencia.es/pdf/mejoradeISAD.pdf>

ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL SUJETO DE ESTUDIO.

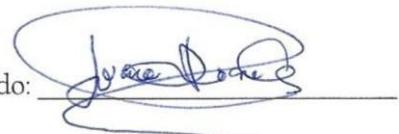
La presente investigación es conducida por Paula Bohórquez Santos, de la Universidad Europea del Atlántico. La meta de este estudio es demostrar la importancia de la intervención de Terapia Ocupacional en el domicilio desde Atención Primaria.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Paula Bohórquez Santos. He sido informada del objetivo de este estudio y su procedimiento. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Firmado: _____



Juana Durán González

DNI: 07460957X

ANEXO II. ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO

	Incapaz de hacerlo	Intenta pero inseguro	Cierta ayuda necesaria	Mínima ayuda necesaria	Totalmente independiente
Aseo Personal	0	1	3	4	5
Bañarse	0	1	3	4	5
Comer	0	2	5	8	10
Usar el retrete	0	2	5	8	10
Subir escaleras	0	2	5	8	10
Vestirse	0	2	5	8	10
Control de heces	0	2	5	8	10
Control de orina	0	2	5	8	10
Desplazarse	0	3	8	12	15
Traslado silla / cama	0	3	8	12	15

Puntuación Total	
------------------	--

ANEXO III. ESCALA DE LAWTON Y BRODY (30 PUNTOS)

Uso el teléfono

Capaz de utilizarlo sin problemas.	1
Solo para lugares muy familiares.	2
Puede contestar pero no llamar.	3
Incapaz de utilizarlo.	4

Ir de compras

Lo hace sin ninguna ayuda.	1
Solo hace pequeñas compras.	2
Tienen que acompañarle.	3
Es incapaz de ir de compras.	4

Preparación de la comida

Planea, prepara y sirve sin ayuda.	1
Prepara si le dan los ingredientes.	2
Prepara platos precocinados.	3
Tienen que darle la comida hecha.	4

Cuidado de la casa

Cuida la casa sin ayuda.	1
Hace todo menos el trabajo pesado.	2
Tareas ligeras únicamente.	3
Necesita ayuda para todas las tareas.	4
Incapaz de hacer nada.	5

Lavado de la ropa

La realiza personalmente.	1
Solo lava pequeñas prendas.	2
Es incapaz de lavar.	3

Uso de medios de transporte

Viaja en transporte público o conduce.	1
Solo en taxi, no en autobús.	2
Necesita acompañamiento.	3
Incapaz de usarlo.	4

Responsabilidad respecto a su medicación

Responsable de su medicación.	1
Hay que preparársela.	2
Incapaz de hacerlo por sí solo.	3

Manejo del dinero

Lleva cuentas, va a bancos...	1
Solo maneja cuentas sencillas.	2
Incapaz de utilizar dinero.	3

Puntuación Total	
------------------	--

ANEXO IV. MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (LOBO)

Orientación Temporal

¿En qué año estamos?	1
¿En qué estación del año estamos?	1
¿En qué mes estamos?	1
¿En qué día de la semana estamos?	1
¿Qué día del mes es hoy?	1

Orientación Espacial

¿En qué país estamos?	1
¿En qué provincia (o comunidad autónoma) estamos?	1
¿En qué pueblo (o ciudad) estamos?	1
¿En qué lugar estamos en este momento? (Hospital / Clínica / Casa: Nombre de la calle)	1
¿En qué planta/piso? (Casa: piso o número de la calle)	1

Fijación – Recuerdo Inmediato

Repita estas tres palabras: PESETA – CABALLO – MANZANA (Un punto por palabra repetida)	3
Acuérdese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato. (Repetirlas hasta cinco veces)	

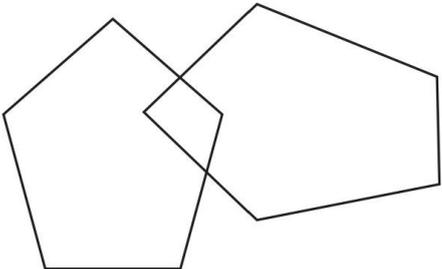
Atención y Cálculo

Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? (Hasta cinco restas: 27, 24, 21, 18, 15)	5
Repita estos números: 5 – 9 – 2 (hasta que se los aprenda). Ahora repítalos al revés.	3

Memoria

¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? (Peseta, Caballo, Manzana)	3
--	---

Lenguaje y Construcción

¿Qué es esto? (Mostrar un bolígrafo)	1
¿Y esto? (Mostrar un reloj)	1
Le voy a pedir que repita esta frase. ¿Preparado? “En un trigal había cinco perros”	1
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué son un perro y un gato?	1
¿Y el rojo y el verde?	1
Escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo. Coja este papel con la mano derecha (pausa), dóblelo por la mitad (pausa) y póngalo en la mesa / en el suelo.	3
Por favor, lea esto y haga lo que dice ahí: “CIERRE LOS OJOS”	1
Por favor, escriba una frase, lo que quiera, en este papel.	1
Por favor, copie este dibujo: 	1

Puntuación Total

**ANEXO V. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE
(Versión Reducida)**

	SI	NO
¿En general está satisfecho/a con su vida?	0	1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	1	0
¿Siente que su vida está vacía?	1	0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	1	0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	1	0
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	0	1
¿Actualmente se siente un/a inútil?	1	0
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	1	0
¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	1	0

Puntuación Total	
------------------	--

ANEXO VI. ESCALA DE TINETTI SIMPLIFICADA

Evaluación del Equilibrio	No = 0	Si = 1
Inestabilidad durante el paso de la bipedestación a la sedestación		
Incapacidad para mantenerse sobre un pie sin ayuda		
Inestabilidad al realizar una vuelta completa		
Inestabilidad al aplicar una ligera fuerza desequilibrante sobre el esternón		

Evaluación de la Marcha	No = 0	Si = 1
Aumento del balanceo del tronco		
Incapacidad para aumentar la velocidad de la marcha		
Anomalías del recorrido (aumento de las desviaciones)		

Puntuación Total	
------------------	--