



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

GRAO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico: 2013-2014

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**Necesidade dunha intervención de Terapia
Ocupacional a domicilio nunha poboación
rural usuaria do servizo de axuda no fogar**

Sonia Maneiro Suárez

Xuño de 2014

Directores:

IVÁN DE ROSENDE CELEIRO

BÁRBARA MANSILLA BARREIRO

Índice:

1. Resumo	6
2. Introducción	9
2.1. Concepto de discapacidade, dependencia e magnitude do problema	9
2.2. Marco de atención á dependencia.....	11
2.3. Intervención de Terapia Ocupacional no domicilio	13
2.4. Xustificación.....	20
3. Hipótese.....	22
4. Obxectivos	22
4.1. Obxectivo xeral	22
4.2. Obxectivos específicos	22
5. Metodoloxía	23
5.1. Tipo de estudo	23
5.2. Ámbito do estudo	23
5.3. Período de estudo	25
5.4. Poboación de estudo	25
5.4.1. Criterios de selección.....	25
5.5. Mostra do estudo	25
5.5.1. Consideracións do tamaño mostral	25
5.5.2. Método de mostraxe.....	26
5.6. Instrumentos de medida e variables	26
5.6.1. Entrevista coa persoa usuaria do servizo de axuda no fogar.....	26
5.6.2. Índice de Barthel	27
5.6.3. Escala de Lawton e Brody.....	28

5.6.4.	Cuestionario de Pfeiffer	29
5.6.5.	Listado de intereses	30
5.6.6.	Cuestionario de barreiras no fogar	30
5.6.7.	Cuestionario de produtos de apoio.....	31
5.6.8.	Entrevista ó cuidador informal.....	31
5.7.	Análises estatístico	32
5.8.	Revisión bibliográfica	33
5.9.	Consideracións éticas.....	33
6.	Resultados.....	35
6.1.	Perfil dos usuarios do servizo de axuda no fogar	35
6.2.	Actividades da vida diaria	36
6.2.1.	Actividades básicas da vida diaria: Índice de Barthel.....	36
6.2.2.	Actividades instrumentais da vida diaria: Escala de Lowton e Brody	39
6.3.	Estado cognitivo: Cuestionario de Pfeiffer	42
6.4.	Intereses ocupacionais	42
6.5.	Entorno	45
6.5.1.	Barreiras no fogar.....	45
6.5.2.	Produtos de apoio	47
6.6.	Cuidador informal	49
7.	Discusión	51
7.1.	Perfil dos usuarios do servizo de axuda no fogar	51
7.2.	Actividades da vida diaria	53
7.3.	Intereses ocupacionais, ocio e tempo libre	56
7.4.	Adaptación funcional do entorno	58
7.5.	Produtos de apoio.....	61

7.6. Intervención ca familia, cuidadores e auxiliares do servizo de axuda no fogar	63
7.7. Consideracións para estudos futuros	66
8. Conclusións	67
9. Bibliografía.....	71
10. Anexos	78
Anexo 1. Entrevista coa persoa usuaria do servizo de axuda no fogar	79
Anexo 2. Índice de Barthel	80
Anexo 3. Escala de Lawton y Brody.....	82
Anexo 4. Cuestionario de Pfeiffer.....	83
Anexo 5. Listado de intereses	84
Anexo 6. Cuestionario de barreiras no fogar	86
Anexo 7. Produtos de apoio	87
Anexo 8. Entrevista estruturada ó cuidador informal.....	89
Anexo 9. Consentimento informado para participar no estudo.....	90
Anexo 10. Folla de información ó participante do estudo.....	91
Anexo 11. Resultado de intereses ocupacionais.....	94
Anexo 12. Resultado de produtos de apoio	97

1. Resumo

Obxectivos: O obxectivo xeral correspóndese con estimar a proporción de persoas usuarias do servizo de axuda no fogar que poderían beneficiarse dunha intervención de terapia ocupacional a domicilio no municipio de Porto do Son e identificar as posibles áreas de intervención. Os obxectivos específicos son describir o perfil da poboación, as potencialidades e limitacións nas ocupacións cotiás, os seus intereses principais e os elementos do entorno que inflúen no desempeño ocupacional, así como a percepción do cuidador principal.

Metodoloxía: Realizouse un estudo descritivo transversal de prevalencia, entre o 15 de outubro de 2013 e o 15 xuño de 2014. A poboación de estudo está formada por 15 persoas co servizo de axuda no fogar do concello de Porto do Son. A información obtense mediante entrevista co usuario e/ou a familia, escalas de valoración e a observación do desempeño ocupacional no entorno real da persoa, o seu fogar.

Resultados: A poboación está constituída principalmente por persoas maiores que viven soas, con predominio do xénero feminino. A metade dos usuarios non presentan deterioro cognitivo e predomina o número de persoas con dependencia leve no índice de Barthel, existindo maiores limitacións no desempeño de AIVD. Identifícase barreiras en gran parte dos fogares e a necesidade de produtos de apoio que faciliten a participación en ocupacións significativas. A carga do labor que desempeñan os cuidadores mostra consecuencias na participación social e na saúde da maioría dos entrevistados.

Conclusións: A totalidade das persoas poderían beneficiarse dun programa de terapia ocupacional no domicilio. A gran maioría precisan unha intervención nas ocupacións cotiás e significativas, un alto porcentaxe dos fogares son susceptibles dunha adaptación funcional e é necesario o asesoramento e adestramento en produtos de apoio ca totalidade das persoas; así como unha intervención cos cuidadores informais, co obxectivo principal de promover a saúde e mellorar a calidade de vida da persoa e as súas familias.

Resumen

Objetivos: El objetivo general se corresponde con estimar la proporción de usuarios del servicio de ayuda a domicilio que podrían beneficiarse de una intervención de Terapia Ocupacional a domicilio en el municipio de Puerto del Son e identificar las posibles áreas de intervención. Los objetivos específicos son describir el perfil de la población, las potencialidades y limitaciones en las ocupaciones cotidianas, sus intereses principales y los elementos del entorno que influyen en el desempeño ocupacional, así como la percepción del cuidador principal.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal de prevalencia, entre el 15 de octubre de 2013 y el 15 junio de 2014. La población de estudio está formada por 15 personas con el servicio de ayuda a domicilio del ayuntamiento de Porto do Son. La información se obtiene mediante entrevista con el usuario y/o la familia, escalas de valoración y la observación del desempeño ocupacional en el entorno real de la persona.

Resultados: La población está constituida principalmente por personas mayores que viven solas, con predominio del género femenino. La mitad de los usuarios no presentan deterioro cognitivo y predomina el número de personas con dependencia leve en el índice de Barthel, existiendo mayores limitaciones en el desempeño de actividades instrumentales. Se identifican barreras en gran parte de los hogares y la necesidad de productos de apoyo que faciliten la participación en ocupaciones significativas. La carga de los cuidadores muestra consecuencias en la participación social y en la salud de la mayoría de los entrevistados.

Conclusiones: La totalidad de las personas podrían beneficiarse de un programa de terapia ocupacional. La gran mayoría precisan una intervención en las ocupaciones cotidianas y significativas, un alto porcentaje de los hogares son susceptibles de una adaptación funcional y es necesario asesorar en productos de apoyo; así como una intervención con los cuidadores, con el objetivo principal de promocionar la salud y mejorar la calidad de vida de la persona y sus familias.

Abstract

Objectives: The general objective is to estimate the amount of people who would benefit from occupational therapy whom already use a home care service in the borough of Porto do Son and how to go about introducing it. The specific aims are to describe the profile of the population, the potential and limitations of everyday occupations, their main interests and the environmental factors that influence the occupational performance from the perspective of the main carer.

Method: A prevalent and descriptive cross study took place from the 15th of October of 2013 to the 15th of June 2014. The study is based on 15 people who use the home care service in Porto do Son. The information is obtained through interviews with said home care user or their family, assessment scales and observing the occupational performance in the environment of the home care user.

Results: The majority of the population that this study focuses on are female senior citizens. Half of the home care users live alone making this a key risk when developing age-related dependency on others. Half of the users do not have cognitive deterioration and the majority have a slight dependence in the index of Barthel where major limitations are in place when carrying out fundamental daily activities. The environmental assessment demonstrates that the majority of places have barriers in which everyone needs specific products to help them in significant tasks. The majority of informal carers believe that their health has deteriorated with a reduction in social participation and affirm that they do not have enough knowledge or skills to help in daily tasks.

Conclusion: All the people could benefit from occupational therapy program. The vast majority require intervention in everyday and meaningful occupations, one high percentage of households are susceptible to functional adaptation and need advice on product support; and intervention with caregivers, with the main objective to promote health and improve the quality of life of individuals and their families.

2. Introducción

2.1. Concepto de discapacidade, dependencia e magnitude do problema

Mais de un billón de persoas, ó redor do 15% da poboación mundial, viven con algún tipo de discapacidade; das cales entre 110 e 190 millóns experimentan dificultades considerables no seu funcionamento. As crecentes taxas de discapacidade asóciase ó envellecemento da poboación e ó incremento global dos problemas crónicos de saúde como a diabetes, as enfermidades cardiovasculares, trastornos mentais, cancro e as enfermidades respiratorias ⁽¹⁾.

A vixente Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud : CIF (2001), define a discapacidade como un termo que engloba déficits, limitacións na actividade e restricións na participación. Indica os aspectos negativos da interacción entre un individuo (cunha condición de saúde) e os seus factores contextuais (factores ambientais e persoais) ⁽²⁾.

En todo o mundo, as persoas con discapacidade teñen peores resultados sanitarios, académicos, unha menor participación económica e unhas taxas de pobreza mais altas que as persoas sen discapacidade. En parte, isto é consecuencia dos obstáculos que entorpecen o acceso ós servizos de coidado da saúde, á educación, ó emprego, ó transporte, ou á información ⁽¹⁾.

En Galicia, a comunidade autónoma da poboación estudada neste traballo de fin de grao, hai 233774 persoas con discapacidade recoñecida ⁽³⁾. Non obstante, é importante sinalar a propia percepción das persoas sobre o seu estado de saúde. A *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008* (EDAD 2008), recolle que Galicia ten a maior taxa de discapacidade de España (112,9 por mil habitantes). O número total ascendería a preto de 293000, das cales o 61,8% son mulleres e o 38,2% homes (táboa I). En relación á idade, dita

enquisa reflicte que as persoas maiores supoñen o 65% da poboación con discapacidade en Galicia, sendo 57,8% en España ⁽⁴⁾.

Táboa I. Poboación con discapacidade en Galicia por idade e sexo.

	Mulleres	Homes	Total
De 6 a 44 anos	17400	20700	38000
De 45 a 64 anos	35600	28800	64500
De 65 a 79 anos	59800	35800	95600
De 80 e máis anos	68200	26700	94800
Total	181000	112000	292900

Fonte: Elaboración propia a partir da EDAD 2008 (INE).

A idade é un factor socio-demográfico determinante para presentar algunha situación de discapacidade, polo que é necesario destacar a importancia que cobra o grao de envellecemento da poboación galega. As persoas de 65 e mais anos representan o 23,07% da poboación, porcentaxe moi superior á media estatal (17,66%) ⁽⁵⁾. Este intervalo de idade amosa unha previsión positiva, cun crecemento en Galicia que acada o 3,35% na década 2010-2020; mentres se perde case un 6% da poboación menor de 16 anos e un 3% das persoas que teñen entre 16 e 64 anos ⁽⁶⁾.

A repercusión do envellecemento cobra unha grande dimensión nas zonas rurais galegas, debido ó agudizado proceso de despoboamento e a complexa orografía do seu territorio. Galicia é unha rexión significativamente rural, na que o 34,87% dos habitantes viven en municipios de menos de 150 habitantes/km² e ocupan o 88,14% do territorio. Así dos 315 municipios existentes, 249 considéranse rurais ⁽⁷⁾.

Resulta de gran importancia sinalar que o entorno rural propicia unha desvantaxe na oportunidade de acceso a recursos de prevención e de atención da dependencia, respecto ós que viven en zonas máis poboadas ⁽⁸⁾. As zonas rurais poden fomentar o illamento, a falta de oportunidades de participación e a dependencia ⁽⁹⁾.

A discapacidade é un atributo inseparable da dependencia, pero poden existir diversos graos de discapacidade sen que haxa dependencia ⁽¹⁰⁾. O

termo dependencia fai referencia o estado de carácter permanente no que se atopan as persoas que, por razóns derivadas da idade, enfermidade ou discapacidade e ligadas á falta ou á perda de autonomía física, mental, intelectual ou sensorial, precisan a atención doutra ou doutras persoas ou axudas importantes para realizar as actividades básicas da vida diaria (ABVD) ou, no caso das persoas con discapacidade intelectual ou enfermidade mental, doutros apoios para a súa autonomía persoal. Deben darse tres circunstancias para que unha persoa se encontre en situación de dependencia: a existencia dunha limitación (física, intelectual ou sensorial) que mingua determinadas capacidades da persoa, a incapacidade da persoa para realizar por si mesma as actividades da vida diaria (AVD) e a necesidade de asistencia por parte dunha terceira persoa ⁽¹¹⁾.

Segundo información estatística do Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia (SAAD), con data do 31 de marzo de 2014, en Galicia rexistráronse 81.049 solicitudes de dependencia, o 2,93 % da poboación total da comunidade autónoma. En relación ás 69413 persoas en situación de dependencia recoñecida, o grao II (dependencia severa) é o grupo máis representativo cun 32,19%. Séguelle o grao III (gran dependencia), cuxa porcentaxe é do 30,63%. Finalmente, as persoas valoradas co grao I (dependencia moderada), representan o 24,56% do total ⁽¹²⁾. A isto hai que engadir que as proxeccións actuais indican que en Galicia a poboación en situación de dependencia aumentará de maneira ininterrompida, alcanzando no 2020 cifras superiores a 80000 persoas, cunha taxa de prevalencia de alomenos o 3% ⁽⁶⁾.

2.2. Marco de atención á dependencia

A Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de Dependencia (LPAPAD), incorpora a atención á dependencia no sistema público de protección social de España e non só establece prestacións de servizos, económicas e de promoción da autonomía persoal e atención á dependencia; senón

que crea un novo sistema no que se incorporan, o Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia (SAAD) ⁽¹¹⁾.

O SAAD, como recolle o artigo 6, garante as condicións básicas e o contido común á que se refire a presente lei; serve de canle para a colaboración e participación das Administracións Públicas, no exercicio das súas respectivas competencias, en materia de promoción da autonomía persoal e a atención e protección ás persoas en situación de dependencia; optimiza os recursos públicos e privados dispoñibles, e contribúe á mellora das condicións de vida dos cidadáns ⁽¹¹⁾.

Dita lei supón un avance nas políticas sociais, pero tamén un importante impulso para a disciplina profesional da Terapia Ocupacional (TO). Si se estudan os obxectivos e contidos desta nova norma, pódese comprobar a súa proximidade cos que perseguen os profesionais ⁽¹³⁾.

A Orde do 2 de xaneiro de 2012 ten por obxecto o desenvolvemento do Decreto 15/2010 do 4 de febreiro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do SAAD, o procedemento para a elaboración do Programa Individual de Atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes. O catálogo de prestacións recolle os Servizos de prevención das situacións de dependencia e de promoción da autonomía persoal, lugar onde o terapeuta ocupacional pode desempeñar un importante papel ⁽¹⁴⁾.

Os Servizos de Promoción da Autonomía teñen como finalidade desenvolver e manter a capacidade persoal de controlar, afrontar e tomar decisións acerca de como vivir de acordo coas normas e preferencias propias e facilitar a execución das ABVD, de xeito que todas as persoas poidan levar unha vida o máis autónoma posible ⁽¹⁴⁾.

O Catálogo do SAAD recolle o servizo de axuda no fogar (SAF), prestación da que son beneficiarios os participantes deste estudo. Está constituído polo conxunto de actuacións levadas a cabo no domicilio das persoas en situación de dependencia co fin de atender ás necesidades da

vida diaria e incrementar a súa autonomía, posibilitando a permanencia no seu domicilio. Dita axuda inclúe a atención persoal na realización das AVD e a cobertura das necesidades domésticas ⁽¹⁴⁾. Do total de persoas con prestacións en Galicia a 31 de marzo do 2014, o 23,3% son beneficiarios do SAF⁽¹²⁾.

Non obstante, o SAF é unha prestación anterior á aprobación da *LPAPAD*, como competencia propia dos concellos. Na comunidade autónoma de Galicia a *Orde do 22 de xaneiro de 2009* regula dito servizo e establece un marco normativo común que unifica o SAF como prestación básica dos servizos sociais de atención primaria, e o derivado da *LPAPAD* e normativa que a desenvolve ⁽¹⁵⁾.

2.3. Intervención de Terapia Ocupacional no domicilio

A proporción de persoas maiores en Galicia aumenta de maneira ininterrompida, e con ela a dependencia e a súa repercusión social e económica. Neste sentido, a atención e a rehabilitación domiciliaria resulta satisfactoria para o usuario, dado que lle permite permanecer no seu entorno, o mesmo tempo que se controla o gasto económico, moito maior en persoas ingresadas e institucionalizadas⁽¹⁶⁾.

A rehabilitación domiciliaria de financiación pública comeza en Cataluña no ano 1987, orientada a persoas con perda da autonomía en AVD, que necesitan unha ambulancia para ser trasladados ó centro de rehabilitación. Na actualidade é un servizo consolidado con equipo interdisciplinario integrado por médico, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, na maior parte dos casos. En relación ó resto do territorio nacional, implantouse con posterioridade en Madrid (no ano 2000), Asturias (no 2001), Castela e León (no 2001), Ceuta (no 2002), Andalucía (no 2003), Castela a Mancha (no 2004) e Mallorca (no 2008) ⁽¹⁶⁾.

A TO no domicilio pode cimentarse no Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (CMOP) para unha práctica centrada na persoa e cunha visión do desempeño ocupacional como o resultado da relación

dinámica e entrelazada entre as persoas, o medio e a ocupación no transcurso da vida ⁽¹⁷⁾.

Os profesionais que traballan en atención domiciliaria, teñen a oportunidade de avaliar as tres dimensións do desempeño ocupacional directa e simultaneamente nunha situación da vida real e intervir para posibilitar ocupacións significativas e culturalmente adaptadas, en busca do coidado persoal, do disfrute da vida e a contribución na sociedade. A persoa e o seu desempeño xamais se consideran de forma illada ó medio, polo que se identifica a importancia de crear ambientes accesibles que subministren apoio ^(17,18).

A intervención domiciliaria constitúe un servizo de calidade que aporta cantidade de oportunidades únicas, entre as que se atopan as citadas a continuación ^(16,19):

- Pódese incidir e dar resposta ós problemas e necesidades cotiás do usuario e das persoas que conviven con el.
- Favorece o deseño dun plan de tratamento a medida, así como a educación sanitaria e o traballo conxunto co entorno familiar e os coidadores.
- O medio cotián facilita o desempeño das AVD e a xeneralización da autonomía persoal, a integración e a reinserción comunitaria.
- O fogar supón un recurso de proximidade que incentiva o apoio e acompañamento personalizado ó usuario, familia e coidadores.
- O contexto domiciliario é o escenario óptimo para a valoración e a adaptación funcional da vivenda.

No referente ós criterios de coste-efectividade, considérase unha oportunidade importante para o aforro de costes, xa que en moitas ocasións ⁽¹⁶⁾:

- Evítanse os desprazamentos en ambulancias ou en taxis.
- Pódense reducir os días de ingreso hospitalario.
- Prevéñense trastornos físicos e psíquicos e posibles complicacións derivadas de un ingreso prolongado.

- Promove a continuidade asistencial e a posibilidade de coordinación cos servizos da rede comunitaria, axudando a diminuír os reingresos hospitalarios.

As demandas de atención domiciliaria esixen características específicas para os profesionais que se dedican a este ámbito, converténdose en aptitudes básicas a independencia, flexibilidade, adaptabilidade e a creatividade. A relevancia da independencia relacionase ca necesidade de tomar decisións durante a visita, cando a realidade é que nos domicilios o terapeuta ocupacional encóntrase só nun espazo coñecido polo usuario pero non polo profesional. Requírese flexibilidade, dado que cada contexto domiciliario é único e atópase condicionado polas necesidades, expectativas e prioridades das persoas que o integran; e lóxicamente, cada entorno presenta unhas particulares posibilidades de tratamento. Ademais, é necesaria a adaptabilidade, co obxectivo de acomodar a intervención ós horarios das persoas e respectar as rutinas da familia. Por último, a esixencia fundamental é a creatividade, que debe agudizarse para obter os mellores resultados, empregando os recursos dispoñibles no contexto domiciliario ⁽²⁰⁾.

As actuacións da TO no domicilio procuran que o usuario poida alcanzar o máximo nivel de autonomía e integración no seu entorno cotián, sempre que sexa posible. Igualmente, o desenvolvemento terapéutico diríxese a ensinar e asesorar ós cuidadores e familias para xestionar o día a día e facilitarlles a súa tarefa cotiá, capacitándoos ó mesmo tempo para comprender e a convivir coa discapacidade, todo isto ca mellor calidade de vida posible. Así, a figura do terapeuta ocupacional desempeña un papel fundamental no fogar, centrando a súa intervención en diferentes áreas, entre elas as AVD; os produtos de apoio, as adaptacións e/ou orteses; a adaptación funcional do entorno e, por último, a intervención ca familia, a persoa cuidadora informal e os auxiliares do SAF ^(16,19,21) (táboa II).

Táboa II. Intervencións de TO no domicilio.

AVD	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración ocupacional no contexto cotiá e real. - Adestramento e reeducación nas AVD, promovendo a autonomía persoal, a integración e a reinserción socio-comunitaria. - Utilización de técnicas e estratexias eficaces e seguras para mellorar, manter e previr o declive da funcionalidade, a través das actividades cotiás. - Técnicas de adaptación e gradación da actividade, adaptación do material e utensilios. - Mellora ou mantemento dos compoñentes do desempeño ocupacional. - Axudar ás persoa para a adaptación ós cambios na execución das tarefas e facilitar a recuperación do equilibrio mediante actividades significativas para o ocio e tempo libre.
Produtos de apoio, adaptacións, orteses e tecnoloxía	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliación da necesidade de produtos de apoio, adaptacións, orteses e novas tecnoloxías. - Asesoramento sobre as diferentes opcións que mais se adaptan ás necesidades individuais. - Adestramento no uso dos produtos de apoio. - Seguimento e reavaliación para poder realizar as modificacións e adaptacións necesarias.
Adaptación funcional do entorno	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración do entorno, observación e análise da súa influencia no desempeño cotián da persoa. - Asesoramento e recomendacións sobre modificacións no fogar para axudar ó usuario a alcanzar o nivel de competencia desexado. - Mellorar a accesibilidade (supresión de barreiras arquitectónicas), mellorar a autonomía (entorno facilitador) e promover a ergonomía e seguridade (benestar e prevención de riscos). - Ter en conta o significado de valor emocional que a persoa e familia lle outorgan o obxecto de modificación, así como as posibilidades reais de realizala.
Intervención ca familia e cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> - Informar, motivar, acompañar e ensinar á persoa, á familia e os auxiliares do SAF sobre os coñecementos necesarios para poder manter as pautas de promoción da saúde, prevención e rehabilitación. - Impulso da continuidade do tratamento as 24 horas do día e promover a implicación da persoa, a familia e os cuidadores no proceso asistencial. - Ofrecer apoio e acompañamento ós usuarios paliativos e a familia.

Fonte: Elaboración propia a partir de Olivera e Durante (2010) e Huete et al (2010). ^(19,16).

O devir socio-demográfico da poboación, lévanos a que a sociedade española vaia necesitar cada vez maior presenza de recursos preventivos e de promoción da saúde. Ó coñecerse a situación de desigualdade a nivel de recursos asistenciais das zonas rurais respecto os grandes núcleos urbanos, comezouse a traballar na idea de que fosen os propios profesionais socio-sanitarios os que se trasladasen a estas comunidades. Desta forma xurdiron proxectos e programas de atención á dependencia no medio rural, que presentan obxectivos comúns como a prevención, a promoción da saúde e procura do benestar e calidade de vida da persoa e a súa familia (táboa III).

Táboa III. Proxectos e programas de TO a domicilio en España.

TO Xerontolóxica no medio rural: 3 anos de experiencia ⁽¹⁹⁾	Lugar Usuarios Obxectivos Programas Mais información	Cidade Real. Persoas maiores. Evitar ou retrasar, na medida do posible, a institucionalización do maior. No domicilio intervénse en catro áreas: AVD, adaptación do entorno, asesoramento, prescrición e adestramento na utilización de produtos de apoio e formación ós cuidadores principais, familiares e outros profesionais. Proxecto experimental de TO de atención e prevención á dependencia no entorno rural.
O papel fundamental do terapeuta ocupacional na adaptación domiciliaria nos Servizos Sociais Básicos da Junta de Comunidades de Castela a Mancha ⁽²¹⁾	Lugar Usuarios Obxectivos Programas Mais información	Área 20 de Villaminaya, Toledo. Persoas con dependencia. Mellorar a atención que as persoas dependentes reciben dos seus cuidadores principais e aumentar a calidade de vida de ambos. Programa de adaptación domiciliaria, asesoramento en produtos de apoio, adestramento e reeducación das AVD, busca de intereses de ocio e tempo libre, asesoramento e formación ós membros do equipo, familia e usuarios. Proxecto Piloto de Atención Integral á Dependencia no medio rural.
Autonomía e prevención en persoas maiores ⁽²²⁾	Lugar Usuarios Obxectivos Programas Mais información	Entidade Local Menor de Aguas Nuevas, Albacete. Persoas maiores de 60 anos que poidan atoparse nun inicio de deterioro ou presenten algunha discapacidade. Prevención primaria, secundaria e terciaria. Terapia cognitiva, psicomotricidade, labor-terapia, ocio e tempo libre, educación para a saúde e asesoramento a familiares e cuidadores, programa de TO no domicilio. Proxecto ó longo de catro meses no ano 2008.

Táboa III. Proxectos e programas de TO a domicilio en España (continuación).

TO no ámbito rural ⁽²³⁾	Lugar	Núcleos rurais de Albacete e Cuenca.
	Usuarios	Persoas maiores de 60 anos con dependencia.
	Obxectivos	Ensinar técnicas compensatorias, de adaptación e rehabilitación ás persoas con dependencia e a súa familia.
	Programas	Adestramento das AVD e mellora do desempeño de actividades no entorno cotiá; fomentar as actividades de ocio, crear novas rutinas; traballar os compoñentes motores, cognitivos, sensorioceptivos e psicosociais, asesoramento en produtos de apoio, accesibilidade e adaptacións; educación e formación a familia e cuidadores.
Mais información	Proxecto de sete meses cun equipo formado por tres terapeutas ocupacionais.	
Centro de desenvolvemento rural “O Viso” no teu pobo na túa casa ⁽²⁴⁾	Lugar	Comarca de A Limia, Ourense.
	Usuarios	Maiores de 65 anos e persoas que precisan o servizo debido á situación socioeconómica.
	Obxectivos	Posibilitar a permanencia no fogar dos usuarios o maior tempo posible, ofertando servizos diarios de proximidade que dean apoio ás persoas e familias cuidadoras.
	Programas	Entre os servizos ofertados atópase o de TO a domicilio: asesoramento da familia sobre o coidado, promociónanse e coordínanse os programas de actuación, valoración e modificación do entorno, etc.
Mais información	Asociación sen ánimo de lucro	
Adapto: unha empresa de TO que traballa nos servizos sociais ⁽²⁵⁾	Lugar	Concellos da provincia de Pontevedra.
	Usuarios	Persoas con dependencia.
	Obxectivos	Promoción de autonomía e prevención da dependencia.
	Programas	Sesións de rehabilitación, asesoramento e adestramento para o uso de produtos de apoio, adaptación do fogar, confección de orteses, información e orientación a familia, ensinar e adestrar ós cuidadores informais nas técnicas básicas do manexo da persoa con dependencia.
Mais información	Recurso dependente dos Servizos Sociais de Atención Primaria.	

2.4. Xustificación

Para reducir o número de persoas que chegan en calquera etapa da súa vida a atoparse nunha situación de dependencia, xunto cas consecuencias de dita situación, é destacable a importancia da implementación de plans de prevención e promoción da saúde.

En Galicia o número de persoas con dependencia vai en aumento, alcanzando no 2020 unha prevalencia alo menos do 3% ⁽⁶⁾. A maior parte da poboación reside en zonas rurais, presentando maiores dificultades para acceder a recursos socio-sanitarios.

No referente a razóns normativas, a *LPAPAD* recolle en diferentes artigos o obxectivo de facilitar a existencia autónoma no medio habitual todo o tempo que se desexe e sexa posible, a incorporación na comunidade e a importancia de previr a dependencia; o que se engade que o catálogo do SAAD sitúa o terapeuta ocupacional dentro dos Servicios de Promoción da Autonomía ^(11,14).

Ademais, é necesario reducir o custo económico que para a sociedade representa a atención a persoas en situación de dependencia, o cal foi aumentando a medida que a aplicación da *LPAPAD* abarcou os diferentes graos e niveis previstos. Así mesmo, débese ter en conta o custo global e engadir a parte que o entorno familiar achega.

Os esforzos para evitar que unha persoa chegue a atoparse en situación de dependencia, ou procurar a súa recuperación cando esta é posible, beneficiará a totalidade do sistema e a súa sostibilidade, polo que as medidas que teñan como obxectivo unha actuación preventiva deben ocupar un lugar preferente das políticas públicas.

A *Estratexia de Prevención e Detección Precoz da Dependencia en Galicia, Horizonte 2020* ten como obxectivo básico establecer unha ampla proposta de posibles actuacións a desenvolver na comunidade galega, de forma que todas en conxunto contribúan a diminuír a prevalencia e incidencia de discapacidades que poidan dar lugar a situacións de dependencia, así como mellorar e manter a calidade de vida das persoas en situación de dependencia ou con risco de padecela ⁽⁶⁾.

A través do obxectivo de favorecer a permanencia no domicilio e contorno habitual durante o maior tempo posible, perséguese a consolidación dunha oferta de servizos coordinada, integrada e diversificada, achegando ó domicilio o conxunto de atencións que precisan as persoas en situacións de dependencia moderada, entre os que se inclúe TO ⁽⁶⁾.

Partindo do anteriormente exposto, resulta de especial interese o estudo do perfil e características das persoas en situación de dependencia ou con perda de funcionalidade, para identificar as súas necesidades e a posibilidade de implantar un programa de TO.

3. Hipótese

Existe unha alta proporción de persoas usuarias do SAF que potencialmente poderían beneficiarse dunha intervención de TO a domicilio.

4. Obxectivos

4.1. Obxectivo xeral

Estimar a proporción de persoas usuarias do SAF que poderían beneficiarse dunha intervención de TO a domicilio no municipio de Porto do Son e as posibles áreas de intervención.

4.2. Obxectivos específicos

En relación á posible intervención de TO no domicilio, o obxectivo xeral do estudo concrétase nos seguintes obxectivos específicos:

- Describir o perfil das persoas usuarias do SAF.
- Identificar as AVD nas que a persoa presenta alteracións, limitacións ou restricións.
- Identificar aquelas actividades conservadas, nas que a persoa non presenta problemas.
- Describir intereses ocupacionais da persoa e a súa participación nos mesmos.
- Identificar as barreiras arquitectónicas do fogar que limitan o desempeño ocupacional.
- Identificar produtos de apoio que a persoa necesita para facilitar o desempeño nas ocupacións e diferenciar se esta necesidade se atopa cuberta.
- Describir a percepción dos cuidadores sobre os seus coñecementos e habilidades para prestar apoio á persoa con dependencia, a repercusión desta situación na súa vida diaria e a necesidade de recibir asesoramento e formación.

5. Metodoloxía

5.1. Tipo de estudo

Trátase dun estudo descritivo transversal de prevalencia ⁽²⁵⁾.

5.2. Ámbito do estudo

O estudo realízase en Porto do Son, municipio da provincia de A Coruña, pertencente a comarca de Noia. Ocupa o lado noroeste da península da Barbanza e está constituído por 10 parroquias: Miñortos, Goiáns, Nebra, Noal, Ribasieira, Baroña, Queiruga, Caamaño, Xuño e San Pedro de Muro ⁽²⁶⁾ (figura 1).



Figura 1. Localización xeográfica de Porto do Son.

O número de habitantes no municipio é de 9.613, repartidos en 146 núcleos de poboación. Os seus núcleos principais son Portosín (con 630 habitantes) e a vila de Porto do Son (con 2119 habitantes), distribuíndose a poboación restante en pequenas aldeas. As persoas de 65 e mais anos representan o 24,3% da poboación total e a maior de 84 o 3,1% ⁽⁵⁾.

Os seus habitantes dedicáronse principalmente á pesca, agricultura, gandería e silvicultura. Non obstante, a influencia do turismo nas últimas décadas converteu ó sector terciario en predominante ⁽²⁶⁾.

As persoas maiores con déficits de autonomía e persoas con discapacidade, especialmente cando carecen de apoio persoal no seu medio inmediato, contan ca posibilidade de solicitar e ser atendidas polo SAF, un servizo público de carácter local consistente en ofrecer un conxunto de atencións ás persoas ou unidades de convivencia no propio domicilio, para facilitar o seu desenvolvemento e a permanencia no seu contorno habitual. Existen dúas modalidades de acceso ó servizo, por un lado as persoas que, tendo recoñecida unha situación de dependencia, se lles asigne a axuda no fogar na correspondente resolución de programa individual de atención, e consonte a aplicación do programa de asignación de recursos. A outra vía correspóndese ca prestación básica dos servizos sociais de atención primaria, para calquera persoa que non teña o recoñecemento da situación de dependencia, de acordo coa valoración técnica da traballadora social do concello e correspondéndose co recurso idóneo de atención ⁽²⁷⁾.

No concello de Porto do Son, durante o período de estudo, 41 persoas son usuarias do SAF, 25 mediante a prestación básica pola *ordenanza municipal do 23 de setembro do 2013*; e os 16 restantes como beneficiarios do recurso derivado da *LPAPAD* ⁽²⁷⁾ (figura 2).

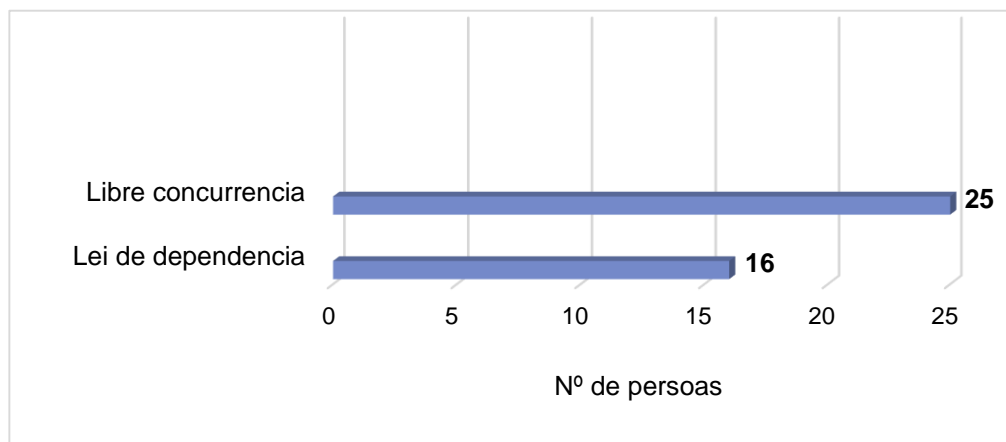


Figura 2. Número de persoas usuarias do SAF no municipio de Porto do Son.

5.3. Período de estudo

O estudo lévase a cabo no período comprendido entre o 15 de outubro de 2013 e o 15 xuño de 2014, cunha duración de 8 meses (táboa IV).

Táboa IV. Cronograma.

Ano	2013			2014					
Mes	10	11	12	1	2	3	4	5	6
Permiso ó concello									
Revisión bibliográfica									
Deseño do estudo									
Selección da mostra									
Consentimento informado									
Entrevistas no domicilio									
Análise de datos									
Documento final									

5.4. Poboación de estudo

A poboación de estudo está formada por persoas usuarias do SAF no municipio de Porto do Son.

5.4.1. Criterios de selección

A poboación que se vai estudar debe cumprir os seguintes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Persoas empadroadas e con domicilio habitual en Porto do Son.
- Usuarios do SAF durante o período de estudo (entre o 1 de outubro de 2013 e o 1 xuño de 2014).
- Homes e mulleres maiores de idade (≥ 18).

Criterio de exclusión:

- Persoas que non mostren por escrito o consentimento para participar no estudo.

5.5. Mostra do estudo

5.5.1. Consideracións do tamaño mostral

Para estimar a poboación usuaria do SAF do concello de Porto do Son que precisa unha intervención de TO (poboación total 41 usuarios), cunha

confianza do 95%, unha proporción esperada de 0,5 e unha precisión de $\pm 5\%$, é necesaria unha mostra de 37 persoas.

O tamaño mostral estimado supón un amplo gasto para a investigadora en concepto de desprazamentos ó fogar, polo que se decide realizar un estudo piloto.

A pesar de non ser obxectivo dun estudo piloto obter unha determinada precisión, de maneira informativa indicar que co tamaño mostral de 15 persoas, a precisión é de ± 20 unidades porcentuais.

5.5.2. Método de mostraxe

Seleccionase 15 persoas mediante mostraxe aleatoria simple, a partir da listaxe de usuarios do SAF aportada pola traballadora social do concello de Porto do Son.

A traballadora social contacta telefonicamente cos participantes do estudo e infórmaos acerca do estudo. Posteriormente a terapeuta ocupacional desprázase ós domicilios para a obter o consentimento informado por escrito e recoller a información necesaria.

5.6. Instrumentos de medida e variables

A información obtense mediante entrevista coa persoa usuaria do SAF e/ou a familia, escalas de valoración e observación do desempeño ocupacional no entorno real da persoa, o seu fogar.

5.6.1. Entrevista coa persoa usuaria do servizo de axuda no fogar

Realízase unha entrevista estruturada coas persoas usuarias do SAF co obxectivo de elaborar un perfil da poboación, mediante a cal se recollen as seguintes variables sociodemográficas (anexo 1):

- Idade: anos.
- Sexo: home/muller.
- Estado civil: solteiro/a, casado/a, viúvo/a, separado/a ou divorciado/a.
- Convivencia: vive só, vive coa parella, vive co fillo/s, vive co pai/nai/pais, outro.

- Traballo: sen traballo, agricultura/gandería, construción, pesca, cociña, limpeza, tarefas do fogar, outro.
- Nivel de estudos: sen estudos, estudos primarios sen rematar, estudos primarios rematados, estudos secundarios, estudos superiores.

5.6.2. Índice de Barthel

Existe unha tradución ó español do índice de Barthel ^(28, 29), sendo en España a escala de valoración funcional máis utilizada nos servizos de xeriatría e de rehabilitación. Tamén se emprega para estimar a necesidade de coidados persoais, organizar axudas a domicilio e valorar a eficacia dos tratamentos (anexo 2).

Valora a capacidade dunha persoa para realizar as seguintes ABVD: alimentación, bañarse/ducharse, vestirse, arranxo persoal, manter o control intestinal e urinario, ir ó inodoro, transferirse da cadeira á cama, deambulación e subir e baixar escaleiras. A categoría de resposta ten entre 2 e 4 alternativas, con intervalos de cinco puntos en función do tempo empregado e a necesidade de axuda para desempeñar a actividade.

A puntuación total oscila entre 0-100 ou 0-90 para persoas en cadeira de rodas e establécese o grao de dependencia segundo a puntuación obtida: dependencia total (<20), dependencia severa (20-40), dependencia moderada (40-60), dependencia leve (>60), independencia (100).

Non é unha escala continua, é dicir, o cambio de 5 puntos na situación funcional do individuo na zona de maior dependencia non é equivalente ó mesmo cambio producido na zona de maior independencia.

O Índice de Barthel valórase mediante observación directa e información verbal do suxeito valorado ou do coidador principal. É fácil de aplicar, aprender e de interpretar por calquera membro do equipo con un tempo medio requirido para a súa realización de cinco minutos, a súa aplicación non causa problemas e é ben aceptada polos usuarios. Ademais, pode ser repetido periodicamente e é fácil de adaptar a diferentes ámbitos culturais.

En canto a súa validez, é un bo indicador de mortalidade, necesidade de institucionalización, utilización de servizos socio-sanitarios, melloría funcional e de risco de caídas.

5.6.3. Escala de Lawton e Brody

A Escala de Lawton e Brody ^(29, 30) é un dos instrumentos de medición de actividades instrumentais da vida diaria (AIVD) máis utilizado internacionalmente e a máis utilizada nas unidades de xeriatria de España, sobre todo a nivel de consulta e hospital de día; publicándose a tradución ao español no ano 1993 (anexo 3).

Unha gran vantaxe desta escala é que permite estudar e analizar non só a súa puntuación global, se non tamén cada un dos ítems. Demostrou a súa utilidade como método obxectivo e breve, que permite implantar e avaliar un plan terapéutico tanto a nivel dos coidados diarios dos usuarios como a nivel docente e investigador. É moi sensible para detectar as primeiras sinais de deterioro na persoa maior.

Avalía a capacidade funcional mediante 8 ítems: capacidade para utilizar o teléfono, facer compras, preparar a comida, realizar o coidado da casa, lavado da roupa, uso dos medios de transporte, responsabilidade respecto á medicación e manexo dos seus asuntos económicos. A cada ítem asígnaselle un valor numérico 1 (independente) ou 0 (dependente).

A puntuación final é a suma do valor de todas as respostas e oscila entre 0 e 8. O grao de dependencia establécese segundo a puntuación obtida: dependencia total (0-1), dependencia severa (2-3), dependencia moderada (4-5), dependencia leve (6-7), independencia (8).

A información obtense mediante observación e preguntando directamente ao individuo ou ao seu coidador principal. O tempo medio requirido para a súa realización é de 4 minutos. Calquera membro do equipo pode aplicar esta escala pero debe estar motivado, concienciado e adestrado.

A principal limitación é a influencia de aspectos culturais e do entorno sobre as variables que estuda, sendo necesario adaptalas ó nivel cultural

da persoa. Algunhas actividades requiren ser aprendidas ou da presenza de elementos externos para a súa realización.

Non todas as persoas posúen a mesma habilidade ante un mesmo grao de complexidade e a puntuación de diversos parámetros da escala pode reflexar certas limitacións sociais máis que o verdadeiro grao de capacidade do individuo.

Considérase máis apropiada para as mulleres, posto que moitas das actividades que mide foron realizadas tradicionalmente por elas. Tamén se recomenda a súa aplicación en homes a pesar de estar pendentes de identificar aquelas AIVD realizadas por eles segundo os patróns sociais.

5.6.4. Cuestionario de Pfeiffer

O cuestionario de Pfeiffer ^(31,32) é unha ferramenta de avaliación sinxela, breve e de rápida aplicación para a valoración da presenza e intensidade do deterioro cognitivo (anexo 4).

Consta de dez ítems que valoran diferentes aspectos: a orientación temporal e espacial, a memoria recente e remota, a información sobre feitos recentes e a capacidade de concentración e cálculo.

A puntuación total obtense a través da cuantificación do número de erros e establece o estado cognitivo: sen deterioro (0-2), deterioro leve (3-4), deterioro moderado (5-7) e deterioro grave (8-10). Acéptase un erro mais en persoas que non recibiron educación primaria e un erro menos en aquelas que realizaron estudos superiores.

O cuestionario está adaptado e validado ó castelán e presenta as seguintes vantaxes: pode ser administrado por persoal sanitario non especializado en neuropsicoloxía, non é necesario un adestramento especializado e presenta un tempo de administración aproximado de dous minutos.

5.6.5. Listado de intereses

O listado de intereses ⁽³³⁾ foi adaptado de Matsutsuyu por Scaffa en 1981, modificado por Kielhofner e Neville en 1983 e adaptado para o seu uso en distintas culturas (anexo 5).

O inventario consta de 68 actividades, sobre as que se lle solicita o suxeito que gradúe o seu nivel de interese no pasado (moito, pouco, ningún), se participa actualmente na actividade (si vs. non) e se lle gustaría realizala no futuro (si vs. non).

Utilízase para avaliar a habilidade do individuo para discriminar intereses, tipos de patrón e atracción propios de cada individuo. A listaxe e a entrevista posterior a miúdo dan información acerca das experiencias pasadas do individuo, dos seus recursos e as súas limitacións actuais no desempeño dos intereses e do rol que xogan os intereses nas acciónes do individuo.

Para recoller a información, a persoa é orientada a marcar os cuadrantes para cada interese segundo a consigna establecida na parte superior do instrumento. Se a persoa require axuda para cubrir o instrumento, esta pode ser dada polo terapeuta, sempre respectando as súas opinións acerca de cada interese. Logo de haber completado o instrumento pídeselle que identifique os 5 intereses máis relevantes ou fortes na súa vida e por que.

O instrumento é moi útil cando a persoa se encontra desorientada no proceso dunha entrevista para identificar e explicar actividades de interese e aportar a exploración de outros novos que posúan un tipo de atracción similar ós desempeñados antes de existir unha limitación na participación.

5.6.6. Cuestionario de barreiras no fogar

Para a elaboración do cuestionario de valoración domiciliaria, empregouse *The Housing Enabler Screening Tool* ⁽³⁴⁾ e o *Real Decreto 173/2010 de 19 de febreiro* ⁽³⁵⁾.

Avaliase a presenza no fogar (si vs. non) das barreiras existentes na entrada, dormitorio, cociña e na área para a hixiene persoal, así como o entorno interior que comunica ditas habitacións (anexo 6).

5.6.7. Cuestionario de produtos de apoio

Na realización do cuestionario de produtos de apoio utilízanse os criterios da *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de Apoyo para la Autonomía Personal* (Sebastián et al, 2012) ⁽³⁶⁾.

Avaliase a necesidade (si vs. non) de produtos de apoio para desempeñar AVD (anexo 7). Cando a persoa precisa algún dos produtos de apoio, valórase a cobertura (coberta vs. non coberta). Existe unha necesidade cuberta cando a persoa utiliza o produto de apoio que precisa. Pola contra, unha necesidade non está cuberta cando non se ten o produto de apoio que facilitaría o desempeño.

5.6.8. Entrevista ó cuidador informal

Realízase unha entrevista estruturada cos cuidadores non profesionais das persoas usuarias do SAF. Diríxese a coñecer as percepcións e coñecementos do cuidador informal en relación ó apoio prestado, para identificar a necesidade dun asesoramento especializado de TO. Recóllese a seguinte información (anexo 8):

- Percepción do grao en que empeorou a súa saúde debido a ter que coidar da persoa con dependencia (nada, algo, pouco, bastante, moito).
- Percepción do grao en que se veu afectada negativamente a súa vida social por ter que coidar da persoa con dependencia (nada, algo, pouco, bastante, moito).
- Percepción do grao de carga experimentada polo feito de coidar da persoa con dependencia (ningunha, pouca, algunha, bastante, moita).
- Auto-avaliación do coñecemento de TO (si vs. no).

- Auto-avaliación do grao de coñecemento e habilidades para prestar apoio nas AVD á persoa con dependencia (ningún, pouco, algún, bastante, moito).
- Percepción sobre a existencia dunha necesidade de adestramento para o coidado da persoa con dependencia (si vs. no)
- Auto-avaliación do grao de coñecemento sobre as adaptacións funcionais no fogar (ningún, pouco, algún, bastante, moito).
- Percepción sobre a existencia dunha necesidade de recibir información e asesoramento para a adaptación funcional do fogar (si vs. no)
- Auto-avaliación do grao de coñecemento sobre os produtos de apoio necesarios (ningún, pouco, algún, bastante, moito).
- Percepción sobre a existencia dunha necesidade de recibir información ou adestramento para a utilización de produtos de apoio (si vs. non).
- Percepción a cerca de se as actividades que realiza a persoa con dependencia no seu tempo libre son as mais adecuadas, tendo en conta os seus intereses e capacidades (si vs. no).
- Avaliación do grao de coñecemento e habilidades que ten o coidador formal para prestar apoio nas AVD á persoa con dependencia (ningún, pouco, algún, bastante, moito).

5.7. Análises estatístico

Realizouse un análise descritivo das variables incluídas no estudo. As variables cualitativas exprésanse como valor absoluto e porcentaxe. As variables cuantitativas preséntanse como valor mínimo, valor máximo, mediana e os percentiles 25 e 75.

O análise de datos elaborouse co programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 20.0.

5.8. Revisión bibliográfica

A revisión bibliográfica realizouse nos meses de outubro, novembro e decembro de 2013, nas bases de datos: Pubmed, DIALNET, CSIC, IBECS, MEDES, CUIDEN, Espaciomayores.es, Google académico, RUC, Recolecta.net, MEDLINE, Psycinfo, Scopus, ISOC.

Na estratexia de procura utilizáronse as seguintes palabras clave:

- Terapia ocupacional/ occupational therapy
- Terapeuta ocupacional / occupational therapist
- Intervención de terapia ocupacional/ occupational therapy intervention
- Dependencia/ dependency
- Actividades de la vida diaria/ activities of daily living
- Actividades instrumentales de la vida diaria/ instrumental activities of daily living
- cuidadores / caregivers, acertakers, informal, principal caregivers.
- Autonomía personal/ personal autonomy
- Intereses, significativo/Interests, significant
- Domicilio, casa, hogar/ home, house
- Rural / rural

Utilizáronse os operadores boléanos “y/AND” para relacionar os termos e “o/OR” para restrinxir.

Establecéronse os seguintes límites ou filtros de procura:

- Artigos publicados entre o 2004 e o 2014.

5.9. Consideracións éticas

Para realizar o estudo concertouse unha reunión co alcalde e traballadora social de Porto do Son, mediante a que se obtivo a autorización.

As persoas participantes do programa asinaron o consentimento informado (anexo 9) despois de ser informados sobre a natureza, metodoloxía e obxectivos do estudo de forma oral e mediante a lectura da folla de información (anexo 10).

Garántese a confidencialidade dos datos e da información dos participantes na investigación, seguindo a *Lei Orgánica 15/1999 do 13 de decembro de Protección de Datos de Carácter Persoal*.

6. Resultados

6.1. Perfil dos usuarios do servizo de axuda no fogar

Estudáronse un total de 15 persoas usuarias do SAF no municipio de Porto do Son, cunha maior proporción de mulleres. Obtívose unha mediana de 75 anos, o valor mínimo foi de 32 e o máximo de 91; os percentiles 25 e 75, 60 e 83 respectivamente (táboa V).

A figura 3 representa a distribución da idade por xénero. Non se fan comparacións porque ,debido o tamaño mostral, poden ser enganosas e non aparecer diferenzas estatisticamente significativas.

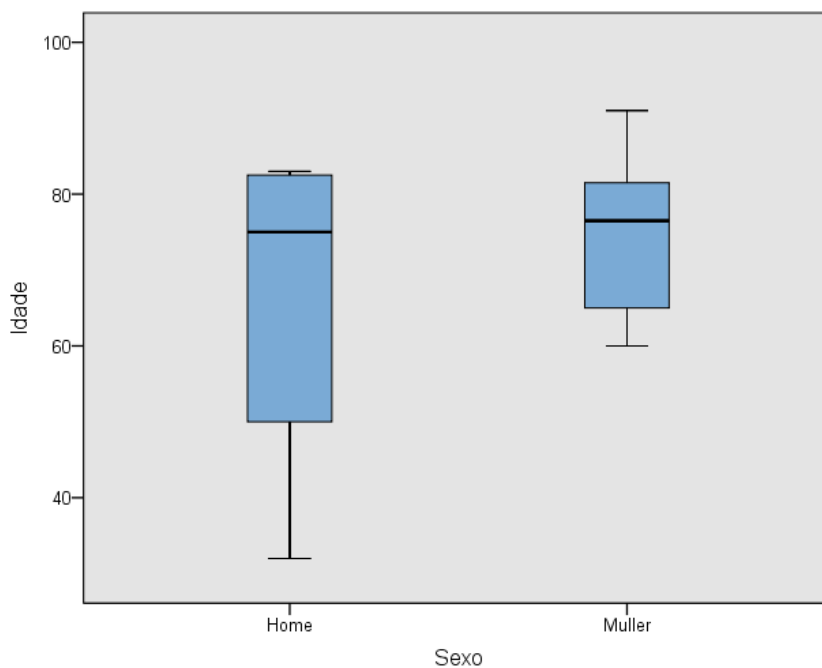


Figura 3. Distribución da idade por sexo.

A maior parte das persoas usuarias do SAF viven soas, seguidas das que conviven co cónxuxe. Respecto ó estado civil, os suxeitos distribúense igualitariamente en solteiros, casados e viuvos, sen encontrárense persoas separadas ou divorciadas. En relación ó nivel de estudos, a maioría teñen estudos primarios sen rematar; e en canto ó traballo, identifícanse diversas ocupacións, representando unha ampla proporción as persoas que se dedicaron á agricultura e/ou gandería (táboa V).

Táboa V. Perfil das persoas usuarias do SAF.

	n (%)
Xénero	
Feminino	7 (46,7)
Masculino	8 (53,3)
Idade	
<40	1 (6,7)
40-64	4 (26,7)
65-79	5 (33,3)
80-89	4 (26,7)
>90	1 (6,7)
Estado civil	
Solteiro	5 (33,3)
Casado	5 (33,3)
Viúvo	5 (33,3)
Separado ou divorciado	0 (0)
Convivencia	
Só	8(53,3)
Parella	5 (33,3)
Filla	1 (6,7)
Pai	1 (6,7)
Estudos	
Sen estudos	3 (20)
Primarios sen rematar	10 (66,6)
Primarios rematados	1 (6,7)
Formación profesional	1 (6,7)
Traballo	
Pesca	2 (13,3)
Agricultura/gandería	5 (33,3)
Construción	2 (13,3)
Costura	1 (6,7)
Limpeza	1 (6,7)
Cociña	1 (6,7)
Tarefas do fogar	1 (6,7)
Sen ocupación	2 (13,3)

6.2. Actividades da vida diaria

6.2.1. Actividades básicas da vida diaria: Índice de Barthel

As persoas usuarias do SAF obtiveron unha puntuación moi diversa co índice de Barthel (táboa VII), sendo o valor mínimo de 0 (dependencia total) e o valor máximo de 95 (dependencia leve).

Táboa VII. Puntuación total do índice de Barthel.

Estatístico	Valor
Mediana	70
Moda	0
Valor mínimo	0
Valor máximo	95

En relación ó grao de dependencia (figura 5), preto de sete persoas de cada dez presentan dependencia leve.

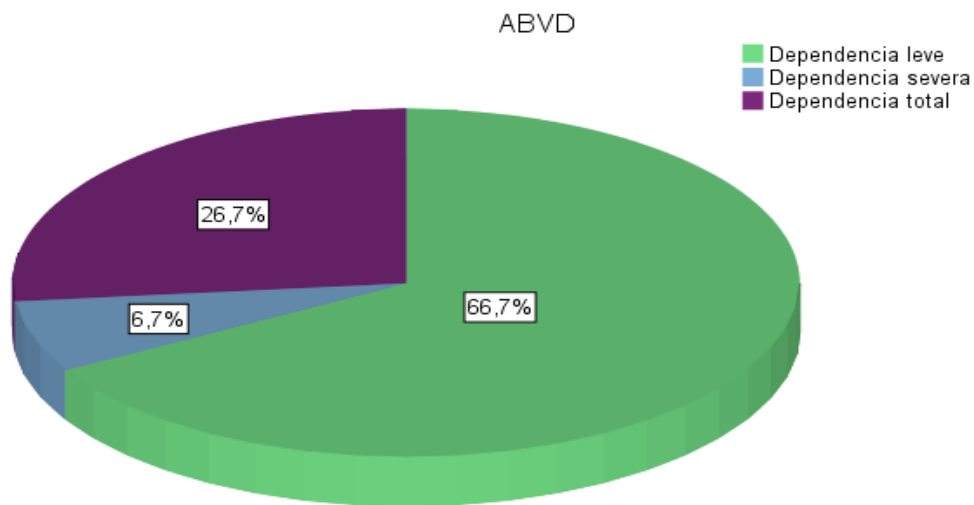


Figura 5. Distribución por categorías da puntuación obtida no Barthel (n=15).

As ABVD nas que maior número de persoas presentan dificultades para participar son: o baño, o arranxo persoal, o vestido e os desprazamentos relacionados con subir e baixar escaleiras. Oito de cada dez persoas son dependentes para o baño e arranxo persoal e nove de cada dez persoas necesitan axuda total ou parcial para subir e baixar escaleiras.

Sen embargo, preto da metade dos usuarios desempeña a actividade de alimentación de maneira independente e tres de cada dez necesita axuda para cortar a comida. Así a alimentación, xunto coa deambulación, ir o retrete, micción e defecación; correspóndese coas actividades nas maior número de usuarios do SAF son autónomos (táboa XVIII), (figura 6).

Táboa XVIII. Resultados do índice de Barthel (n=15).

	n (%)
Alimentación	
Independente	7 (46,7)
Necesita axuda	5 (33,3)
Dependente	3 (20,0)
Bañarse/Ducharse	
Independente	3 (20,0)
Dependente	12 (80,0)
Vestirse	
Independente	1 (6,7)
Necesita axuda	9 (60,0)
Dependente	5 (33,3)
Arranxo persoal	
Independente	3 (20,0)
Dependente	12 (80,0)
Deposición	
Continente	11 (73,3)
Accidente ocasional	0 (0)
Incontinente	4 (26,7)
Micción	
Continente	10 (66,7)
Accidente ocasional	1 (6,7)
Incontinente	4 (26,7)
Ir ó inodoro	
Independente	8 (53,3)
Necesita axuda	2 (13,3)
Dependente	5 (33,3)
Transferencia sillón-cama	
Independente	6 (40,0)
Mínima axuda	5 (33,3)
Gran axuda	1 (6,7)
Dependente	3 (20,0)
Deambulación	
Independente	8 (53,3)
Necesita axuda	2 (13,3)
Independente na cadeira de rodas	1 (6,7)
Dependente	4 (26,7)
Subir e baixar escaleiras	
Independente	2 (13,3)
Necesita axuda	8 (53,3)
Dependente	5 (33,3)

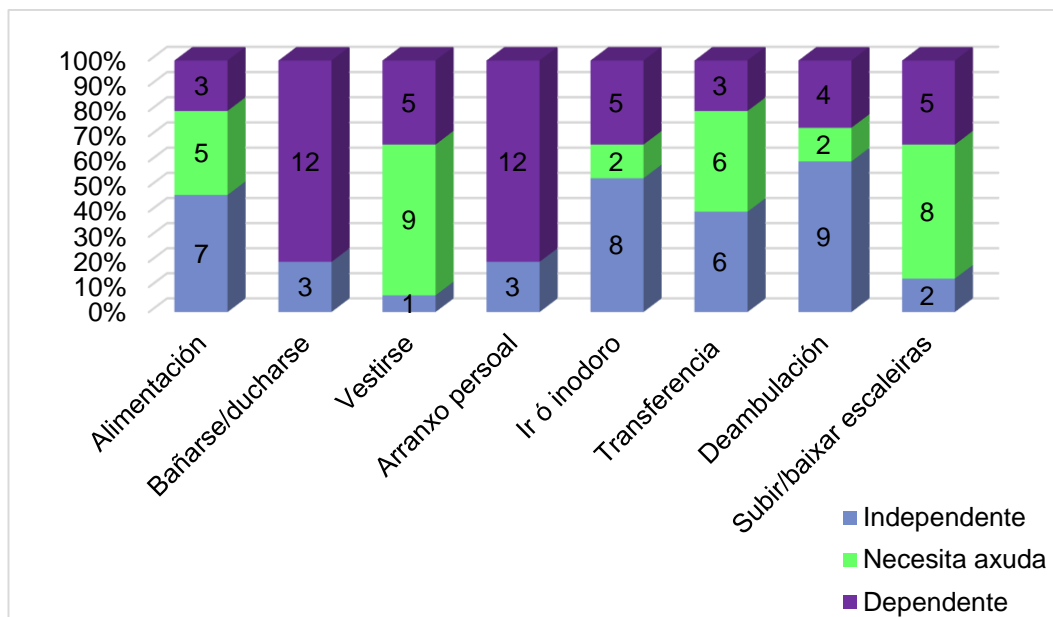


Figura 6. Distribución en función da capacidade para desempeñar ABVD (n=15).

6.2.2. Actividades instrumentais da vida diaria: Escala de Lowton e Brody

As persoas usuarias do SAF obtiveron un valor mínimo de 0 e máximo de 7 ca Escala de Lowton e Brody, significando isto que a persoa con maior dependencia non desempeña ningunha actividade e a que presenta menos alteración realiza 7 das 8 AIVD valoradas (táboa IX).

Táboa IX. Puntuación total da Escala de Lowton e Brody.

Estatístico	Valor
Mediana	3
Moda	0
Valor mínimo	0
Valor máximo	7

En relación o grao de dependencia (figura 7), os suxeitos distribúense de forma igualitaria en dependencia moderada, severa e total; sendo as persoas con dependencia leve as que representan unha proporción menor.

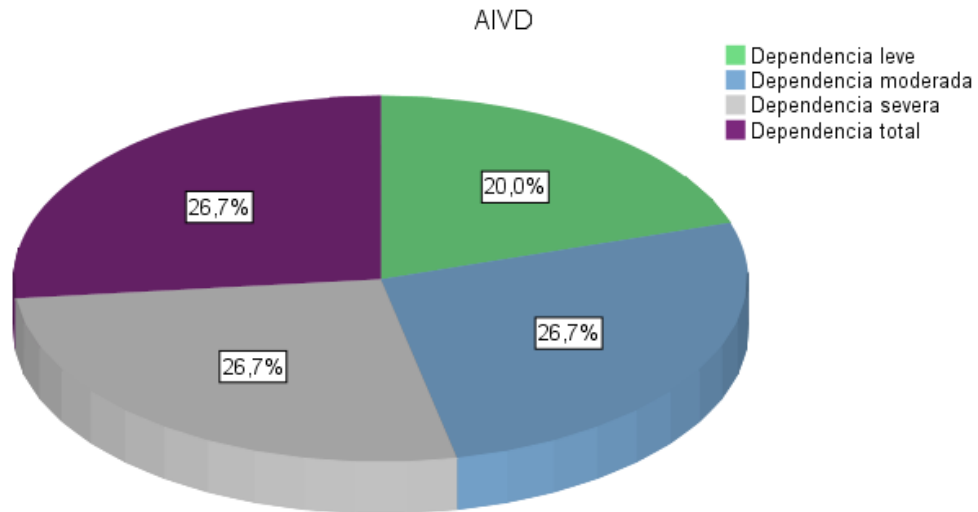


Figura 7. Distribución por categorías da puntuación obtida na Escala de Lawton (n=15).

As AIVD na que maior número de suxeitos mostran limitada a participación, correspóndense coa preparación de alimentos e a realización de compras; seguidas do coidado do fogar e lavado da roupa.

Non obstante, sete de cada dez usuarios do SAF mostra capacidade para utilizar o teléfono do seu fogar e preto da metade presentan independencia na utilización de medios de transporte, na rutina de toma de medicamentos e no manexo de asuntos económicos (táboa X).

Táboa X. Resultados da Escala de Lawton e Brody (n=15).

	n (%)
Capacidade para utilizar o teléfono	
Utiliza o teléfono por iniciativa propia, busca e marca números, etc.	4 (26,7)
Marca uns poucos números ben coñecidos	6 (40,0)
Responde as chamadas pero non marca	1 (6,7)
Non utiliza o teléfono en absoluto	4 (26,7)
Compras	
Pode facer as compras pequenas independentemente	4 (26,7)
Necesita compañía para facer calquera compra	4 (26,7)
Totalmente incapaz de facer as compras	7 (46,7)
Preparación de alimentos	
Planea, prepara e serve comidas adecuadas independentemente	2 (13,3)
Prepara comidas adecuadas si se lle subministran os ingredientes	4 (26,7)
Quenta e serve comidas ou prepara pero non mantén unha dieta adecuada	2 (13,3)
Necesita que lle preparen e sirvan as comidas	7 (46,7)
Coidado da casa	
Realiza tarefas lixeiras, como lavar pratos ou facer as camas	1 (6,7)
Necesita axuda en todas as labores da casa	5 (33,3)
Non participa en ningunha labor da casa	9 (60,0)
Lavado de roupa	
Lava por si mesmo so pequenas prendas	6 (40,0)
Todo o lavado de roupa debe ser realizado por outro	9 (60,0)
Uso de medios de transporte	
Viaxa so en transporte público ou conduce o seu propio coche	4 (26,7)
É capaz de coller un taxi pero non usa outro medio de transporte	1 (6,7)
Viaxa en transporte público cando vai acompañado por outra persoa	2 (13,3)
Utiliza o taxi ou automóbil só con axuda de outros	4 (26,7)
Non viaxa en absoluto	4 (26,7)
Responsabilidade respecto a súa medicación	
É capaz de tomar a súa medicación a hora e dose correcta	7 (46,7)
Toma a súa medicación se a dose é preparada previamente	4 (26,7)
Non é capaz de administrarse a súa medicación	4 (26,7)
Manexo de asuntos económicos	
Encárgase dos seus asuntos económicos por si mesmo	7 (46,7)
Incapaz de manexar diñeiro	8 (53,3)

6.3. Estado cognitivo: Cuestionario de Pfeiffer

As persoas usuarias do SAF oscilan entre de 0 e de 10 puntos no test de Pfeiffer, que se corresponden cas categorías sen deterioro e deterioro grave, respectivamente (táboa VI).

Táboa VI. Puntuación total do cuestionario de Pfeiffer.

Estatístico	Valor
Mediana	2
Moda	0
Valor mínimo	0
Valor máximo	10

En relación ó estado cognitivo (figura 4), a metade dos usuarios non teñen deterioro e preto de 3 de cada dez presentan deterioro grave.

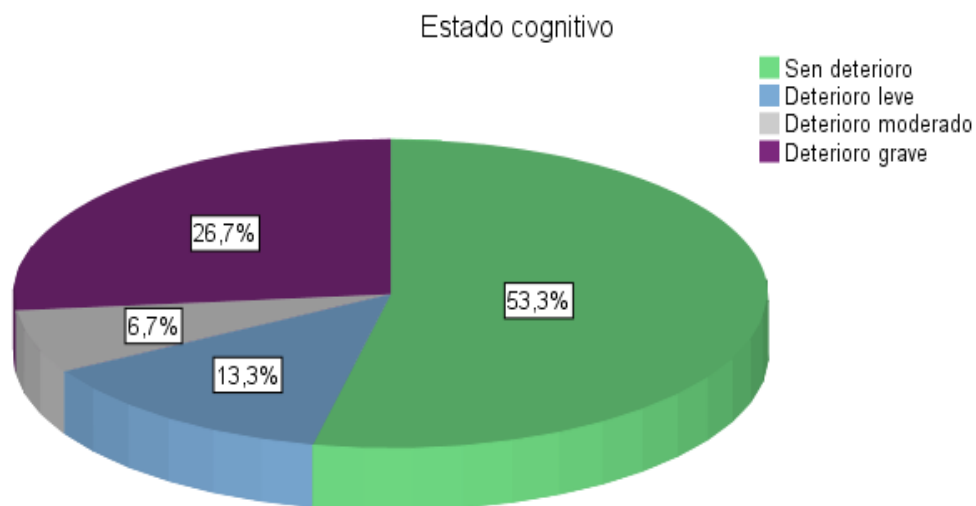


Figura 4. Distribución por categorías da puntuación obtida no Pfeiffer (n=15).

6.4. Intereses ocupacionais

As ocupacións na que maior número de persoas usuarias do SAF presentaron interese no pasado correspóndense con ver a televisión, coidar animais de compañía, ir a misa, visitar familiares e amigos, xogar as cartas, practicar xardinería, camiñar e facer as compras (anexo 11).

Na actualidade, a maior parte dos suxeitos atopan limitacións para participar en actividades significativas na vida cotiá (táboa XI).

A figura 8 mostra a proporción de persoas que participa e as que non teñen a oportunidade de participar, na actualidade, en ocupacións que sinalaron de interese.

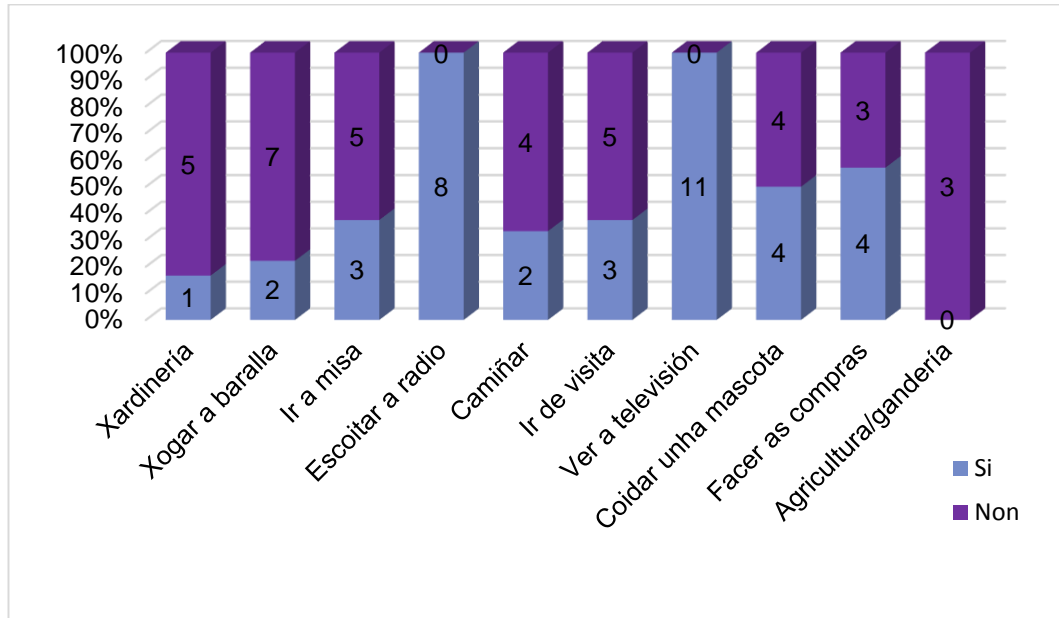


Figura 8. Participación actual dos usuarios do SAF en ocupacións de interese.

Táboa XI. Gustos e participación en ocupacións na actualidade.

	Gustos n (%)	Participación n (%)
Xardinería	6 (50,0)	1 (8,3)
Coser	4 (33,3)	0 (0,0)
Xogar a baralla	9 (75,0)	2 (16,7)
Misa	8 (66,7)	3 (25,0)
Escoitar a radio	8 (66,7)	8 (66,7)
Camiñar	6 (50,0)	2 (16,7)
Bailar	3 (25,0)	0 (0,0)
Ver o fútbol	4 (33,3)	4 (33,3)
Escoitar música	4 (33,3)	4 (33,3)
Nadar	2 (16,7)	0 (0,0)
Ir de visita	8 (66,7)	3 (25,0)
Damas ou xadrez	1 (8,3)	0 (0,0)
Facer un asado	3 (25,0)	0 (0,0)
Ler	3 (25,0)	2 (16,7)
Viaxar	4 (33,3)	0 (0,0)
Ir as verbenas	1 (8,3)	0 (0,0)
Limpar a casa	5 (41,7)	1 (8,3)
Ver a televisión	11 (91,7)	11 (91,7)
Ir a concertos	1 (8,3)	0 (0,0)
Facer cerámica	1 (8,3)	0 (0,0)
Coidar mascotas	8 (66,7)	4 (33,3)
Lavar e pasalo ferro	2 (16,7)	1 (8,3)
Cantar	1 (8,3)	1 (8,3)
Ver escaparates/comprar roupa	3 (25,0)	1 (8,3)
Ir a perruqueira/salón de beleza	3 (25,0)	1 (8,3)
Carreiras de coches	1 (8,3)	0 (0,0)
Facer exercicios	3 (25,0)	2 (16,7)
Carpintería	2 (16,7)	0 (0,0)
Conducir vehículo	4 (33,3)	3 (25,0)
Cociñar	6 (50,0)	2 (16,7)
Pescar	3 (25,0)	0 (0,0)
Facer os recados/compras	7 (58,3)	4 (33,3)
Sacar fotografías	1 (8,3)	1 (8,3)
Pintar	1 (8,3)	0 (0,0)
Agricultura	3 (25,0)	0 (0,0)
Gandería	3 (25,0)	0 (0,0)
Ir a taberna/bar	4 (33,3)	4 (33,3)
Calcetar	2 (16,7)	0 (0,0)
Xogos no ordenador	2 (16,7)	2 (16,7)

6.5. Entorno

6.5.1. Barreiras no fogar

O 86,7% das persoas usuarias do SAF manifestan atoparse con dificultades para desenvolverse con normalidade no seu fogar, especialmente no cuarto de baño e entrada da vivenda.

As barreiras mais frecuentes son: desnivel para acceder a ducha, mecanismos e accesorios a unha altura inaccesible, billas de difícil accionamento, escalo ou escaleira para acceder a vivenda, armario con deseño que dificulta o acceso a roupa, inodoro baixo e mecanismo de descarga de difícil accionamento (táboa XII).

Táboa XII. Barreiras no fogar dos usuarios do SAF (n=15).

Barreiras no fogar	n (%)
Desnivel e/ou chanzo para acceder á vivenda	6 (40,0)
Escaleira para acceder á vivenda	5 (33,3)
Porta con característica que dificultan a entrada e manobra de apertura (tipo, peso, pomo, etc.)	2 (13,3)
Chanzo ou diferenzas de nivel entre os espazos do piso	4 (26,7)
Escaleiras nos desprazamentos interiores vinculadas as AVD	3 (20,0)
Corredoiros estreitos (anchura libre de paso <1.1m)	1 (6,7)
Portas estreitas (anchura libre de paso <0.80 m)	3 (20,0)
Espazo interior de manobra insuficiente (necesario espazo para xiro de diámetro 1.5 m libre de obstáculos)	4 (26,7)
Mecanismos e accesorios a unha altura inaccesible (recomendado 1.2-0.8 m sobre o chan)	9 (60,0)
Billa de difícil accionamento	7 (46,7)
Pavimento escorregadizo, con pezas ou elementos soltos	3 (20,0)
Felpudos ou moquetas sen fixar o chan	3 (20,0)
Cama sen espazo de aproximación e transferencia (0.90 m)	3 (20,0)
Cama con altura elevada ou características que dificultan a incorporación	4 (26,7)
Armario con deseño que dificulta o acceso a roupa	5 (33,3)
Vertedeiro con altura ou espazo libre inferior insuficiente	2 (13,3)
Electrodomésticos de difícil acceso	2 (13,3)
Lavabo alto ou sen espazo inferior libre	1 (6,7)
Inodoro baixo	5 (33,3)
Inodoro sen espazo de transferencia	2 (13,3)
Bañeira	1 (6,7)
Desnivel para acceder a ducha	9 (60,0)
Armarios ou ganchos para as toallas inaccesibles (altura recomendada 0.8-1.2 m)	4 (26,7)
Mecanismos de descarga de difícil accionamento	5 (33,3)
Espello co borde inferior mais alto que 0.90 m sen ser orientable 10° sobre a vertical	2 (13,3)

6.5.2. Produtos de apoio

O total de persoas usuarias do SAF presentan a necesidade de utilizar certos produtos de apoio, que faciliten a participación en ocupacións significativas.

Na táboa XIII recóllense os produtos de apoio necesarios que mais se repiten entre as persoas avaliadas.

Táboa XIII. Produtos de apoio necesarios para ós usuarios do SAF (n=15).

Produtos de apoio	n (%)
Varanda para acceder ó exterior	
Necesidade cuberta	0 (0)
Necesidade non cuberta	5 (33,3)
Coitelos en forma de balancín, co mango perpendicular a folia	
Necesidade cuberta	0 (0)
Necesidade non cuberta	5 (33,3)
Adaptación de panca para billas	
Necesidade cuberta	0 (0)
Necesidade non cuberta	7 (46,7)
Barra de apoio para ducha	
Necesidade cuberta	6 (40)
Necesidade non cuberta	3 (20)
Asentos para ducha/bañeira	
Necesidade cuberta	5 (33,3)
Necesidade non cuberta	6 (40)
Espoxas e cepillos con mango longo e/ou grosa	
Necesidade cuberta	0 (0)
Necesidade non cuberta	10 (66,7)
Calzadores de mango longo	
Necesidade cuberta	0 (0)
Necesidade non cuberta	7 (46,7)
Zapatos que facilitan o calzado, apertura total ou velcro	
Necesidade cuberta	0 (0)
Necesidade non cuberta	9 (60)
Cepillo eléctrico	
Necesidade cuberta	0 (0)
Necesidade non cuberta	5 (33,3)
Barras de apoio para incorporarse do inodoro ou alza	
Necesidade cuberta	1 (6,7)
Necesidade non cuberta	8 (53,3)
Barra de apoio na cama ou escaleira de corda	
Necesidade cuberta	2 (13,3)
Necesidade non cuberta	5 (33,3)

Táboa XIII. Produtos de apoio necesarios para ós usuarios (n=15), (continuación).

Produtos de apoio	n (%)
Cama articulada	
Necesidade cuberta	4 (26,7)
Necesidade non cuberta	7 (46,7)
Colchón de aire, espuma, viscoelásticos.	
Necesidade cuberta	0 (0)
Necesidade non cuberta	4 (26,7)
Pinzas de longo alcance	
Necesidade cuberta	0 (0)
Necesidade non cuberta	8 (53,3)
Abre-botes ou abre-botellas	
Necesidade cuberta	0 (0)
Necesidade non cuberta	9 (60)
Tendeiros: extensibles, xiratorios, que dispoñen dun mecanismo que pode baixar cada unha das cordas a altura necesaria e logo volver a subilas/ secadora	0 (0)
Necesidade cuberta	0 (0)
Necesidade non cuberta	7 (46,7)
Pastilleiros para a medicación	
Necesidade cuberta	0 (0)
Necesidade non cuberta	3 (0)

A necesidade identificada pode atoparse cuberta, pero a realidade é que en moitas ocasións non se conta co produto de apoio que facilitaría o desempeño da actividade (figura 5).

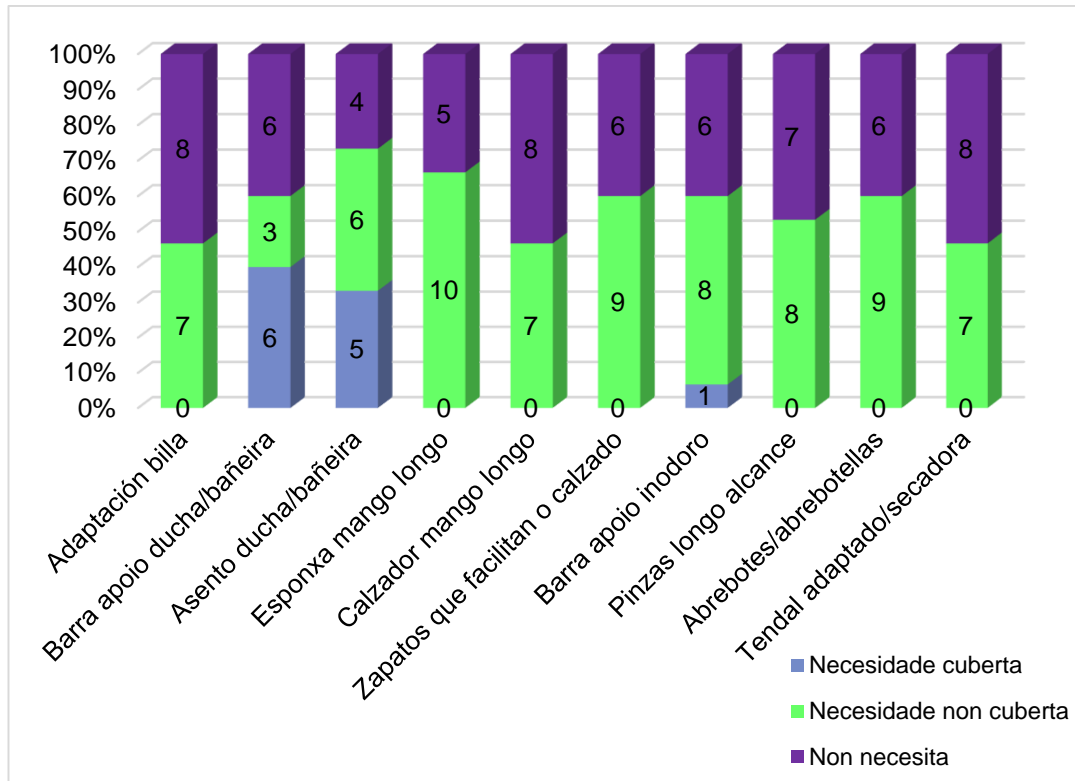


Figura 5. Principais produtos de apoio necesarios (n=15).

6.6. Coidador informal

Das persoas usuarias do SAF, cinco teñen coidador informal, sendo este en todos os casos un familiar próximo (táboa XIV).

Táboa XIV. Relación do coidador informal co usuarios do SAF (n=5).

	Frecuencia
Filla	1
Marido	2
Nora	1
Irmán	1

No inicio da entrevista pregúntase sobre a TO, identificando o total descoñecemento da disciplina por parte dos coidadores das persoas con dependencia.

Tendo en conta a reflexión dos coidadores, 4/5 consideran que a súa saúde empeorou a causa de coidar do seu familiar, todos viron reducida a súa participación social e 2/5 entrevistados recalcan que experimentan moita carga en xeral.

En relación o coidado, 3/5 familiares responden que non teñen os coñecementos e habilidades suficientes, considerando relevante recibir información e adestramento para prestar o apoio necesario á persoa con dependencia e mellorar a calidade do coidado.

Os cuidadores afirman que os seus familiares non realizan actividades relacionadas cos seus gustos e intereses, dado que non presentan a capacidade necesaria ou atópanse con dificultades e impedimentos para desempeñar ditas ocupacións.

No referente a adaptación do fogar e os produtos de apoio, a maioría dos entrevistados consideran que teñen escasos coñecementos. Catro de cinco cuidadores valoran de forma positiva un asesoramento sobre a adaptación do fogar e a totalidade gustaríalle recibir información e adestramento para a utilización de diferentes produtos de apoio.

Ademais, tres dos cinco familiares cualifican o traballo dos auxiliares do SAF como bastante bo e dúas persoas afirman que teñen poucos coñecementos e habilidades para prestar apoio nas AVD ás persoas con dependencia, non outorgando a máxima nota ós auxiliares ningún dos cuidadores informais.

7. Discusión

O estudo de investigación parte da hipótese de que unha elevada proporción de persoas usuarias do SAF podería beneficiarse potencialmente dunha intervención de TO a domicilio. Co obxectivo principal de estimar dita prevalencia e os posibles programas de intervención, descríbese o perfil dos usuarios, identifícanse as potencialidades e limitacións nas AVD, así como as principais ocupacións de interese e os elementos do entorno próximo que inflúen no desempeño ocupacional cotiá. Por último, descríbese a percepción subxectiva dos cuidadores informais en relación ó cuidado da persoa con dependencia e a cualificación que realizan do traballo desempeñado polas auxiliares do SAF.

7.1. Perfil dos usuarios do servizo de axuda no fogar

A poboación usuaria do SAF no municipio de Porto do Son está constituída principalmente por persoas maiores e unha proporción superior de mulleres. O 67% son maiores de 64 anos, fronte o 24,3% do padrón municipal de 2013 e o 53,3% son mulleres, fronte o 50,1% do mesmo censo. O estado civil das persoas atendidas é diferente ó da poboación xeral, cunha maior proporción de solteiros e viúvos. A metade dos usuarios viven sós, sendo este un dos principais factores de risco para desenvolver dependencia na vellez e a ocupación de traballo que mais se reitera entre os suxeitos correspóndese ca de agricultura e gandería, que simboliza o carácter rural do municipio ⁽⁵⁾.

Na mesma dirección, entre os anos 2002 e 2004 lévase a cabo un estudo da incidencia de dependencia na Área 20 dos Servizos Sociais Villaminaya, cuxa poboación diana está constituída, nun principio, por usuarios do SAF dos 11 municipios e os seus familiares, en total 210 casos. Ó igual que no noso traballo, analízase unha poboación do medio rural, cunha alta taxa de poboación envellecida, na que os recursos existentes non son suficientes e non responden ás demandas e

expectativas das persoas dependentes nin dos seus cuidadores principais. Ante esta situación, decidiuse formular un proxecto piloto de atención integral á dependencia. Fernández e Moreno (2008) recollen que 55 persoas, cunha idade media de 77 anos e sendo a gran maioría son mulleres (72,3%), recibiron unha intervención de TO co obxectivo principal de mellorar a atención que reciben dos seus cuidadores e aumentar a calidade de vida de ambos ⁽²¹⁾.

De forma similar, na Entidade Local Menor de Aguas Nuevas (Albacete), realizouse un estudo da poboación maior de 65 anos, no que se recolleron as súas características, situación social, estado de saúde e situación de deterioro; en relación ás demandas e solicitudes que presentaba dito colectivo, así como os seus familiares e cuidadores. A partir da información obtida, propúxose un proxecto denominado Autonomía y Prevención en Personas Mayores (2008), ideado para cubrir as demandas detectadas, promover a autonomía, a educación sanitaria e a recuperación e mantemento funcional dos maiores ⁽²²⁾.

Serrano e De Tena-Dávila (2004) efectuaron un estudo transversal dos usuarios do SAF nun distrito de Madrid, para avaliar se compren criterios de fragilidade e a relación dos problemas xeriátricos detectados ca dependencia funcional. Lévese a cabo mediante enquisa postal e posterior entrevista co persoal de enfermería. Dende o punto de vista metodolóxico, chama a atención a gran cantidade de perdas, supoñendo un sesgo á mostra. Nos estudos fundamentados en enquisas, son as persoas mais enfermas as que presentan unha maior incapacidade e, polo tanto, as que teñen maiores necesidades e tendencia a non responder. En relación á mostra da poboación do noso estudo, non se deron perdas, polo que se considera elemental a colaboración da traballadora social do concello para posibilitar a participación de todos os usuarios seleccionados ⁽³⁸⁾.

En relación ó perfil dos usuarios do SAF, dito estudo corrobora o predominio de mulleres (90%). Así mesmo, hai mais persoas maiores que na poboación xeral, sendo o 57% maiores de 80 anos, fronte o 22% do

censo municipal. Esta situación explícase por factores demográficos e socioeconómicos, a maior lonxevidade das mulleres, o aumento da dependencia funcional ca idade e menores ingresos nas mulleres. Ademais, ratifícase unha maior proporción de solteiros e viuvos e un alto índice de soidade ⁽³⁸⁾.

Huete et al (2010) presentan un proxecto experimental de TO de atención e prevención á dependencia para suxeitos con enfermidade crónica, anciáns fráxiles e maiores cunha dependencia transitoria ou xa establecida. No referente ó tipo de apoio recibido, cerca dun 40% das persoas do entorno rural atendido dispoñen do SAF ⁽¹⁹⁾.

O proxecto de TO no ámbito rural realizado por Martínez et al (2008), consiste na prestación do servizo a persoas maiores en situación de dependencia e maiores de 60 anos, que residen en núcleos rurais, onde a falta de recursos e servizos dificulta a óptima calidade de vida ⁽²³⁾.

Por último, facer mención ó Centro de desenvolvemento rural “O Viso” En tu pueblo en tu casa, situado no concello de Serreaus (Ourense), onde o 45,7% da poboación ten mais de 65 anos. O obxectivo principal desta iniciativa consiste en posibilitar a permanencia dos maiores no seu fogar o maior tempo posible, ofertando servizos diarios de proximidade que propicien apoio ás persoas en situación de fragilidade ou dependencia e as súas familias cuidadoras, entre os que se atopa a TO a domicilio ⁽²⁴⁾.

7.2. Actividades da vida diaria

Os resultados do estudo mostran que a totalidade dos usuarios do SAF do municipio de Porto do Son presentan dependencia para desempeñar ocupacións cotiás, existindo maiores limitacións nas AIVD. Os principais problemas nas ABVD atópanse no baño, o arranxo persoal, o vestido e os desprazamentos vinculados a subir e baixar escaleiras; mentres que nas AIVD correspóndense coa preparación de alimentos, compras, coidado do fogar e lavado da roupa. Ademais, o 73,3% das persoas estudadas non se desenvolven na comunidade de maneira independente, véndose

limitada a posibilidade de trasladarse a un centro no que reciban unha intervención de TO.

Non se atoparon estudos similares que pretendan identificar a necesidade dunha intervención de TO a domicilio coa poboación usuaria do SAF nun entorno rural, sen embargo, neste apartado preséntanse investigacións que describen as necesidades de persoas que residen no seu fogar e proxectos de TO.

Serrano e De Tena-Dávila (2004) utilizaron diversos tests, coincidindo ca Escala de Lawton, Barthel e Pfeiffer. Para realizar as ABVD, un 26,6% dos usuarios do noso estudo ten dependencia total, fronte un 6,6% no estudo de Serrano e de Tena-Dávila (2004). Non atopamos persoas independentes para todas as actividades cotiás, mentres que o 18,5% obtiveron a puntuación máxima no índice de Barthel no estudo de Serrano e de Tena-Dávila (2004). Ambos estudos coinciden en que a alimentación é a actividade na que maior número de persoas son independentes e o baño na que encontran mais dificultades. Ao igual que nas ABVD, nas AIVD a porcentaxe de persoas con dependencia é superior no noso estudo, non existindo ningunha persoa totalmente autónoma, fronte o 13,7%. Así, as cifras son claramente superiores ás atopadas no medio comunitario e, en ocasións, próximas ás do medio residencial. Ademais, o deterioro cognitivo dos usuarios do SAF de Porto do Son é lixeiramente superior ó dos usuarios do SAF do distrito de Madrid, cun 26,67% fronte un 4% de persoas con deterioro grave e un 53,3% fronte un 83,3% de persoas sen deterioro ⁽³⁸⁾.

Considérase relevante facer referencia á EDAD (2008), enquisa procedente do INE que investiga a percepción subxectiva das persoas acerca da súa discapacidade. Os resultados mostran que en un de cada cinco fogares vive unha persoa con discapacidade, o 74% destas persoas afirman ter dificultades para as ABVD e a metade delas non poden realizar algunha destas tarefas se non reciben axuda. A limitación mais habitual está vinculada coa mobilidade e o traslado de obxectos (67,2%),

seguida de dificultades nas tarefas domésticas (55,3%) e coas tarefas de coidado e hixiene persoal (48,4%); actividades nas que presentan limitación a maior parte dos usuarios do SAF de Porto do Son ⁽⁴⁾.

Por último, citar o estudo transversal telefónico realizado pola empresa Mapfre (2008), que ten como obxectivo principal indagar a prevalencia de caídas no domicilio da poboación de maiores en España, así como os seus factores asociados. Dito estudo corrobora que as actividades cotiás que mais dificultades presentan para os maiores son as tarefas domésticas (19,4%) e as compras (19,1%); mentres que as que supoñen menos problemas correspóndense con chamar por teléfono e comer ⁽³⁹⁾.

Partindo dos resultados obtidos, identifícase a necesidade dunha intervención nas ABVD e AIVD co 80% dos usuarios do SAF en Porto do Son, planificada dende un enfoque de prevención e promoción da saúde. As actuacións consistirán en activar, estimular, mellorar e optimizar a funcionalidade e o desempeño ocupacional, tendo como centro de atención as actividades significativas para o usuario e o seu entorno. A TO desenvolverá o adestramento e reeducación nas AVD, promovendo a autonomía persoal, a integración e a reinserción socio-comunitaria e utilizará técnicas e estratexias eficaces e seguras para mellorar, manter e previr o declive da funcionalidade a través das actividades cotiás ^(16,40,41).

Numerosos estudos constatan os beneficios da TO no domicilio, en relación á mellora e mantemento do desempeño de ocupacións cotiás e o aumento da calidade de vida de persoas con discapacidade e os seus familiares.

Huete et al (2010), a raíz do Proyecto de TO de Atención y Prevención a la Dependencia en el Medio Rural, obtiveron resultados favorables na intervención con persoas que presentan enfermidades crónicas, que se atopan en situación de risco ou estado fráxil, en relación a unha mellora na independencia nas AVD e, por conseguinte, na súa calidade de vida ⁽¹⁹⁾.

De forma similar, Martínez et al (2008) desenvolveron un proxecto de TO no ámbito rural, mediante o que obtiveron unha elevada proporción de persoas que melloraron ou mantiveron as súas capacidades ⁽²³⁾.

Mediante o Proyecto de prevención del deterioro y fomento de la autonomía (2008), a terapeuta ocupacional observou unha mellora funcional en casos particulares de participantes que sufriron un Accidente cerebro-vascular (ACV) ou presentan enfermidades como Párkinson, así como o beneficio da actividade na mellora e mantemento da saúde dos usuarios, retrasando na medida do posible o proceso de envellecemento ⁽²²⁾.

Ávila (2012) conclúe que o programa de TO a domicilio xera efectos positivos na mellora de capacidades e a calidade de vida das persoas con ACV e na demencia tipo Alzheimer (DTA). Os resultados mostran que os pacientes con ACV viven un progreso e/ou beneficio nas capacidades cognitivas e melloran a súa independencia funcional de maneira relevante en todas as AVD. O tratamento de TO aplicado en usuarios de DTA mantén as capacidades cognitivas, e melloran a independencia funcional de maneira relevante en catro actividades recollidas no índice de Barthel (lavarse-bañarse, vestirse, amañarse e ir ó retrete) ⁽⁴²⁾.

Szanton et al. (2011) realizaron un estudo de persoas maiores con limitacións nas AVD e ingresos baixos. A intervención foi deseñada para diminuír a dificultade funcional, intervindo en factores intrínsecos e extrínsecos. Os resultados suxiren o poder potencial dunha intervención que integra modificacións no fogar, sesións de TO e enfermería, para mellorar a funcionalidade e o benestar ⁽⁴³⁾.

7.3. Intereses ocupacionais, ocio e tempo libre

En relación as actividades que os usuarios do SAF de Porto do Son desempeñan no seu tempo libre, atopámonos con poucas persoas que realizan ocupacións que se relacionan cos seus gustos actuais e intereses do pasado.

A agricultura e gandería é o traballo que mais persoas do estudo comparten, ademais de atoparse entre os intereses principais do 25% dos enquisados; polo que se considera relevante reflexar que ningunha persoa estima que desempeñe esta ocupación, nin actividades relacionadas.

En relación as ocupacións principais de interese entre os usuarios do SAF, atopámonos con xogar a baralla, ir a misa, camiñar, ir de visita, ver a televisión e coidar mascotas. Sen embargo, non todas as persoas presentan as capacidades ou medios para desempeñar ditas ocupacións, e das persoas que teñen interese, soamente o 16,7% practica a xardinería, o 62,5% participa en actos relixiosos e realiza visitas e un 22,2% xoga as cartas. As ocupacións menos afectadas polos problemas que presentan os participantes do estudo correspóndense con coidar unha mascota, tarefa na que participan cinco de cada dez persoas, así como ver a televisión, realizada polo 91,7% do total.

En relación a utilización do tempo libre, a EDAD (2008) recolle que as persoas con discapacidade teñen como principais actividades ver a televisión (76%) e escoitar a radio ou música (34,9%), atopándose ambas entre os intereses mais referenciados pola nosa poboación de estudo. As actividades que implican desprazamentos (visitar museos, bibliotecas, asistir a cursos, etc.) son menos frecuentes. En relación as ocupacións de interese nas que atopan dificultades para o seu desempeño, a unha de cada tres persoas gustaríalle facer exercicio físico ou viaxar e a un 10,8% ir de compras, esta última identificada no noso estudo como unha tarefa que lle interesa o 33,3 % ⁽⁴⁾.

O estudo Mapfre (2008) expón que, no tempo libre, un 65% dos maiores enquisados practica un deporte ou actividade física, sendo pasear ou andar o exercicio realizado pola gran maioría (80,6%). O 56,8% dos maiores enquisados practica algunha actividade cultural ou de ocio, dos cales un 49,2% dedícanse a lectura ou escritura, o 14,6% acude a un club de maiores, o 7,8% realiza traballos manuais, o 2,3% vai a un centro de

día e 2,3% a un club deportivo. Os resultados reflexados diverxen dos do noso estudo, non obstante, a poboación do estudo Mapfre (2008) está constituída por persoas maiores de todo España, fronte a persoas dunha zona rural concreta de Galicia, polo que non concorda o entorno e, posiblemente, tampouco as costumes e tradicións ⁽³⁹⁾.

En liña os resultados obtidos, cando o nivel de actividade se ve interrompido, a persoa experimenta unha perda de sentido da vida. Nestes casos o terapeuta ocupacional procura proporcionar oportunidades para novas experiencias, axudar a persoa a adaptarse ós cambios na execución de tarefas e facilitarlle a recuperación mediante actividades significativas, así como manter o nivel de actividade e os contactos sociais o maior tempo posible ^(16, 40). Neste sentido, identifícase a necesidade dunha intervención co 73,3% dos usuarios do SAF de Porto do Son na área de ocio e tempo libre, onde o terapeuta ocupacional, dependendo das necesidades específicas, procura o aumento da satisfacción do usuario, potencia as habilidades e destrezas, amplía as actividades de ocio e uso de recursos para o ocio e a integración socio-comunitaria, sempre que sexa posible; cos obxectivos principais de lograr un equilibrio en actividades significativas na vida cotiá, explorar as limitacións e axudar a elixir opcións realistas e adecuadas ⁽⁴⁰⁾.

Na mesma liña, no Proyecto de prevención del deterioro y fomento de la autonomía (2008), a terapeuta ocupacional ademais de potenciar a autonomía e a participación en actividades e tarefas do fogar, procurou estimular e favorecer as relacións sociais e as saídas do fogar, logrando o descubrimento de novos intereses, así como a oportunidade para retomar ocupacións pasadas e a estimulación da participación e mantemento do contacto social ⁽²²⁾.

7.4. Adaptación funcional do entorno

Os contextos e o entorno inflúen na accesibilidade das ocupacións, na calidade do desempeño e na satisfacción do rendemento ⁽⁴⁴⁾. Diferentes

barreiras alteran o desempeño cotiá da gran maioría das persoas usuarias do SAF en Porto do Son. As barreiras arquitectónicas mais comúns atópanse no cuarto de baño, como o desnivel para acceder a ducha, os mecanismos e accesorios a unha altura inaccesible, billas de difícil apertura e peche, inodoro baixo e mecanismo de descarga de difícil accionamento. Ademais, gran parte dos domicilios contan cun escalo ou escaleira na entrada da vivenda, dificultando o acceso ó exterior e supoñendo un perigo para moitos dos usuarios maiores.

Nas zonas rurais é frecuente atopar vivendas con grandes patios, escalos, os cuartos de baño poden encontrarse fora da vivenda ou currais. Huete et al (2010) atoparon no ámbito rural un 68,5% de domicilios carentes de accesibilidade para os seus habitantes, fronte o 86,7% no noso estudo. Respecto ó baño, unicamente un de cada tres responde ás necesidades da persoa. Ademais, o equipo de terapeutas do proxecto atopou que moitos dos cuartos de baño que na actualidade se adaptan, ben por subvenciones públicas ou por vontade do usuario, non compren os criterios de accesibilidade, creando novas barreiras arquitectónicas. No referente ás modificacións do entorno, leváronse a cabo adaptacións principalmente no cuarto de baño, na substitución de bañeira por ducha ⁽¹⁹⁾.

Segundo a EDAD (2008), o 51,5% das persoas con discapacidade manifesta ter dificultade para desenvolverse con normalidade na súa vivenda ou edificio, especialmente nas escaleiras (43,3%) e cuartos de baño (29,8%), barreiras que se repiten en numerosos estudos. En 1,2 millóns de fogares con persoas con mobilidade limitada hai barreiras de acceso nos seus edificios, como escaleiras sen ramplas ou sen plataformas móbiles ⁽⁴⁾.

Let et al (2009), nun estudo de persoas maiores que residen na comunidade, valoráron seis problemas na vivenda: a falta de accesibilidade na entrada do edificio, entrada limitada ou pouco espazo no baño, ausencia de barras de apoio na bañeira e ducha, pouco espazo no dormitorio e escasa iluminación interior. Mais de unha de cada tres

vivendas presentaban os elementos citados, un 20% tiñan tres problemas e un 33% dos fogares albergaba catro ou mais dificultades. Unicamente un 10% da mostra non presentaba ningunha barreira arquitectónica, porcentaxe similar o do noso estudo (13,3%). O déficit mais frecuente foi o espazo limitado no cuarto de baño e a ausencia de barras de apoio na bañeira ou ducha ⁽⁴⁵⁾.

Partindo dos resultados obtidos en relación as barreiras arquitectónicas presentes nos fogares, considérase necesaria unha intervención de TO de asesoramento na adaptación funcional do fogar do 86,7% das persoas usuarias do SAF en Porto do Son, sendo o cuarto de baño e a entrada os principais focos de atención. Nestes casos, o terapeuta ocupacional valora e aconsella as posibles modificacións que axudarían a persoa a alcanzar o nivel de competencia desexado. Así, no cuarto de baño as recomendacións mais habituais serían: un prato de ducha sen desnivel para facilitar o acceso a mesma; colocar os accesorios a unha altura accesible para todos os membros do fogar; elevar a altura do inodoro e facilitar o accionamento dos mecanismos de descarga e apertura das billas. Ademais, na entrada de oito de cada dez fogares, sería recomendable poñer unha rampla ou colocar varandas, para facilitar a acción de subir e baixar as escaleiras e salvar os desniveis. A adaptación da vivenda comprende a modificación de determinadas características físicas do interior e do entorno exterior mais inmediato, co fin de reducir as demandas do ambiente, previr riscos, mellorar o desempeño ocupacional e diminuír a necesidade de axuda ⁽⁴⁴⁾. En calquera caso, débese facer o máximo esforzo para manter intacto o entorno e o terapeuta propondrá modificacións tendo as características das persoas que residan no fogar, o valor emocional que o usuario e a súa familia lle outorga ó obxecto da modificación, así como as posibilidades reais de realizala ⁽¹⁶⁾.

Numerosas investigacións corroboran o beneficio resultante da adaptación dos fogares, en función das necesidades e interese dos seus habitantes. No Proyecto piloto de atención Integral a la Dependencia en el

Medio Rural (2006-2008), mediante o que se implantou un programa de adaptación do entorno e asesoramento de produtos de apoio, obtivéronse os seguintes resultados: prevense o número de accidentes domésticos nos usuarios, os usuarios móstranse seguros e satisfeitos cas adaptacións da súa vivenda, alárgase a permanencia no entorno habitual, melloraran os niveis de autonomía persoal ⁽²¹⁾.

Peterson et al (2008), por medio dun estudo lonxitudinal, comprobaron que a modificación terapéutica das condicións do fogar ten un impacto positivo no funcionamento ocupacional en relación ás persoas maiores que formaban o grupo control ⁽⁴⁶⁾.

De forma similar, Stark (2009) nun estudo pre-post observou que a adaptación do domicilio mellorou o rendemento das AVD, manténdose este desempeño ocupacional dous anos despois de realizar a adaptación domiciliaria ⁽⁴⁷⁾.

7.5. Produtos de apoio

O total de persoas usuarias do SAF en Porto do Son presentan a necesidade de utilizar certos produtos de apoio, para potenciar a autonomía persoal e a prevención, así como para facilitar o benestar, a seguridade e a asistencia da familia e/ou cuidadores. Poden incorporarse á atención domiciliaria, sempre e cando se adapten ás necesidades e ofrezan unha resposta ós obxectivos terapéuticos acordados co usuario, a familia e o cuidador. A incorporación de calquera produto de apoio require unha valoración, asesoramento, adestramento e educación, un aprendizaxe e asimilación de uso, e finalmente, un seguimento e unha reavaliación na que se incorporan as modificacións e adaptacións necesarias ⁽¹⁶⁾. A súa inclusión en ocasións pode resultar complicada, pola reticencia da persoa a incorporar novos elementos ó entorno ⁽⁴⁴⁾.

A continuación cítanse os principais produtos de apoio que necesitan os participantes do estudo. Débense utilizar adaptacións para as pancas das billas no 46,7% dos fogares, co obxectivo de facilitar o manexo e previr posibles lesións. Un 33.3% da poboación estudada necesita utilizar

coitelos en forma de balancín, co mango perpendicular á folla, debido á falta de forza e para evitar posturas forzadas da man e dedos. Debido ás limitacións de alcance, un 66,7% melloraría o desempeño da actividade de lavarse, coa axuda esponxas e cepillos de mango longo; mentres un 46,7% sería mais independente no vestido con calzadores de mango longo e un 60% con zapatos de apertura total. Cas barras de inodoro lograríase manter unha posición de equilibrio en sedestación e facilitaría a incorporación no 53,3% dos casos. Unha cama articulada axuda a manter unha posición adecuada e a incorporación da mesma, sendo necesaria para o 46,7% das persoas; mentres un 33,3% necesita unha cadeira con altura e repousabrazos ou un asento que facilite a incorporación, dadas as dificultades para poñerse de pe. O 33,3% atopa problemas nos desprazamentos, polo que a colocación de barras ou pasamáns a unha altura e posición adecuadas axudaría a camiñar con maior seguridade. Ademais, entre os principais produtos de apoio identificados para facilitar o desempeño de AIVD atópanse: pinzas de longo alcance; abre-botes e tendeiros extensibles, xiratorios, que dispoñen dun mecanismo que pode baixar cada unha das cordas a altura necesaria e logo volver a subilas ou secadora ⁽³⁶⁾.

Os produtos de apoio mais frecuentes nos domicilios das persoas maiores están relacionados ca hixiene e o aseo (barras de apoio, alzas para o inodoro, táboas e cadeiras de bañeira), adaptacións das entradas/saídas a terrazas e patios, e produtos de apoio para salvar desniveis e escaleiras. Outros produtos de apoio que comunmente se recomentan son as camas articuladas, colchóns antiescaras e grúas de elevación ⁽⁴⁴⁾.

A necesidade de prescricións de produtos de apoio principalmente no baño, concorda cos achados de Huete et al (2010), concretamente a utilización da táboa de bañeira, barra de apoio para a ducha e cadeira de baño ⁽¹⁹⁾.

A EDAD (2008) reflexa que máis de seis de cada dez persoas con discapacidade que reciben algunha axuda afirman que estas cobren as

súas necesidades. As persoas que non reciben axudas para realizar as súas ocupacións, expresan máis necesidade de produtos de apoio (27,3%) que de asistencia persoal (16,9%) ⁽⁴⁾.

Como exemplo das vantaxes da utilización de produtos de apoio, podemos mencionar o proxecto DISAD (2009). Este estudio céntrase no análise, desde a perspectiva de coste-beneficio, da incorporación de produtos de apoio tecnolóxico como extensión ó SAF. O proxecto puxo en evidencia a posibilidade de mellorar a atención ca utilización de produtos de apoio mellorando a relación coste/beneficio final do servizo. Desde esta perspectiva quedaría plenamente xustificada a unión da prestación do SAF con medidas complementarias relacionadas ca incorporación de produtos de apoio ou intervencións no fogar encamiñadas a mellorar a accesibilidade ⁽⁴⁸⁾.

Ó anterior engádese que no Proyecto Piloto de Atención Integral a la Dependencia en el Medio Rural (2006-2008), pódese observar que a combinación da accesibilidade e produtos de apoio mellora a calidade de vida do usuario no entorno natural, xa que se encontran satisfeitos cas adaptacións e asesoramentos, permanecen no domicilio habitual durante os dous anos e os seus niveis funcionais mantéñense ou melloran na maioría dos casos ⁽²¹⁾.

7.6. Intervención ca familia, coidadores e auxiliares do servizo de axuda no fogar

Partindo da entrevista cos coidadores informais, 4/5 consideran que a súa saúde empeorou a causa de coidar do seu familiar, todos viron reducida a súa participación social e 2/5 entrevistados recalcan que experimentan moita carga en xeral. Para evitar as situacións de estres e mellorar a calidade de vida tanto da persoa con dependencia como do coidador, considérase importante a formación e intervención cos cinco coidadores principais ⁽¹⁹⁾. Na intervención domiciliaria o profesional debe informar, motivar, acompañar e ensinar o usuario, familia e coidadores sobre os

coñecementos necesarios para manter as pautas de promoción da saúde, de prevención e rehabilitación ⁽¹⁶⁾.

Tres de cinco cuidadores responden non ter os coñecementos e habilidades suficientes para prestar o apoio á persoa con dependencia, considerando relevante recibir información e adestramento. Na realización das entrevistasponse de manifesto a importancia de ofrecer medios e estratexias de apoio para o coidado, así como a necesidade de atender ó coidador e favorecer a súa calidade de vida ⁽¹⁶⁾.

No referente a adaptación do fogar e os produtos de apoio, 4/5 e 5/5 cuidadores respectivamente, valoran de forma positiva un asesoramento sobre a adaptación do fogar, así como recibir información e adestramento para a utilización de diferentes produtos de apoio. A TO pode ofrecer axuda a hora de proporcionar o máximo grao de benestar e seguridade do entorno no seu fogar, proporcionar o equipo adecuado, co fin de lograr a máxima autonomía, acomodar o mobiliario para incrementar a seguridade, mellorar a comodidade e eliminar barreiras arquitectónicas, facilitar o acceso instalando axudas apropiadas, proporcionar os produtos de apoio mais adecuados, entre outras actuacións. Desta forma o terapeuta ocupacional asesora a persoa, familia e cuidadores sobre as diferentes opcións que mais se adaptan as súas necesidades e acompañaos na elección e no posterior aprendizaxe ^(16, 19).

A carga do labor que desempeñan os cuidadores de persoas con dependencia mostra consecuencias na súa saúde física, mental e emocional. A EDAD (2008) reflicte que as persoas que prestan cuidados senten dificultades para desempeñar as súas tarefas, sendo a principal causa a falta de forza física. En canto ás consecuencias para a súa saúde, a maioría dos cuidadores afirman sentirse cansados e unha parte importante con deterioro da saúde. No referente a vida dos cuidadores residentes no fogar que non están empregados nel, un 63,7% reduciu o seu tempo de ocio para atender á persoa con discapacidade e para un 54,4% tivo consecuencias na súa vida laboral ou situación económica ⁽⁴⁾.

Finalmente, en relación a valoración que realizan os familiares sobre o servizo prestado polas auxiliares do SAF, 3/5 persoas consideran que fan un bo traballo e 2/5 comentan que teñen poucos coñecementos e habilidades. O terapeuta ocupacional pode formar ós auxiliares do SAF para que fomenten a autonomía persoal e social da persoa con dependencia no seu entorno. Mediante un cuestionario dirixido a ditos profesionais, pódese recoller información sobre os principais problemas cos que se atopan nos domicilios, así como dúbidas, inquietudes e as dificultades no abordaxe, para deste xeito atender a estas demandas e necesidades ⁽¹⁹⁾.

En relación as vantaxes dunha intervención cos cuidadores e familia, Huete et al. (2010) reflicten que con aquelas persoas que se atopan nunha situación de dependencia instaurada dende fai anos ou con gran afectación, non se obtiveron resultados favorables en cuanto á intervención directa ca persoa ó longo do tempo, sendo a súa afectación irreversible; non obstante, a formación e o apoio ós cuidadores, xunto ca adaptación e modificación do seu entorno e a prescrición e asesoramento en axudas técnicas, ofreceron resultados positivos en cuanto á mellora da calidade de vida, tanto dos usuarios como dos seus cuidadores e familiares ⁽¹⁹⁾.

O estudo de Avila (2012) conclúe que o tratamento aplicado de TO a domicilio mellora non so a calidade de vida dos usuarios, se non tamén dos familiares e os seus cuidadores. Ademais, o grado de satisfacción do tratamento, tanto dos enfermos como dos seus familiares, é máximo. En persoas con DTA sería imprescindible deseñar unha intervención de TO a domicilio con continuidade, ademais da formación dos familiares e/ou cuidadores para completar as accións do terapeuta ⁽⁴²⁾.

Como peche incluír o estudo piloto prospectivo de Gitlin et al (2008), co obxectivo de probar se un programa de actividades deseñado para persoas con demencia no fogar reduce os comportamentos neuropsiquiátricos e a carga do cuidador. Os resultados suxiren

beneficios clínicamente relevantes tanto para os pacientes con demencia e os seus cuidadores, co tratamento que minimiza a aparición de comportamentos que comunmente desencadean na institucionalización dos maiores. Os principais beneficios para os cuidadores inclúen a necesidade de menos tempo para desempeñar as tarefas de coidado, maior dominio, autosuficiencia e a utilización de técnicas de simplificación (49).

7.7. Consideracións para estudos futuros

Como resultado do estudo piloto, concrétase que a investigación proposta é viable e identifícanse a colaboración da traballadora social como factor clave para asegurar a participación dos usuarios do SAF e as súas familias. A recollida de información nos domicilios permite a observación e identificación de necesidades reais, ademais de facilitar a participación dos suxeitos no estudo, dado as dificultades que presentan para moverse na comunidade. A aplicación das ferramentas de avaliación e as preguntas realizadas durante a entrevista foron ben aceptadas polos usuarios e as súas familias.

Nun futuro estudo considérase relevante estudar variables relacionadas ca participación social, mediante a que se valore os roles familiares requiridos e/ou desexados, a participación en actividades con amigos e compañeiros e a participación a nivel de comunidade. Así mesmo, sería enriquecedor realizar unha entrevista coas auxiliares do servizo, mediante a que se valoren os coñecementos e habilidades, xunto coas dúbidas e dificultades no coidado, para identificar a necesidade dunha intervención de formación con este colectivo.

Como peche do apartado, facer mención a necesidade de efectuar investigacións analíticas neste campo. Proponse a realización dun proxecto experimental de TO a Domicilio para a promoción da saúde e prevención da dependencia no entorno rural de Porto do Son, mediante o que se interveña nas áreas estudadas e se procure o benestar e unha mellor calidade de vida das persoas e as súas familias.

8. Conclusións

Respecto ás características da poboación de usuarios do SAF do concello de Porto do Son, as conclusións do presente estudo son:

- A poboación usuaria do SAF no municipio de Porto do Son está formada principalmente por persoas maiores, con predominio do xénero feminino. Atópase a mesma proporción de solteiros, casados e viúvos, sendo mais frecuente que as persoas vivan soas nos seus fogares. A ocupación de traballo principal correspóndese coa agricultura e gandería e no referente a educación a ampla maioría conta con estudos primarios sen rematar. A metade dos usuarios do SAF non presentan deterioro cognitivo e predomina o número de persoas con dependencia leve para as ABVD, existindo unha maior dependencia no desempeño as AIVD.
- As ABVD nas que maior proporción de persoas presentan dificultades para participar son: o baño, o arranxo persoal, o vestido e os desprazamentos relacionados con subir e baixar escaleiras. Sen embargo, soamente dúas de cada dez persoas teñen dependencia na alimentación e xunto coa deambulación e ir ó inodoro correspóndese coas actividades na que mais número de usuarios do SAF son autónomos. As AIVD na que presentan maiores dificultades son ca preparación de alimentos e a realización de compras; seguidas do coidado do fogar e lavado da roupa. Non obstante, sete de cada dez usuarios do SAF mostra capacidade para utilizar o teléfono do seu fogar e preto da metade presentan independencia na utilización de medios de transporte, na rutina de toma de medicamentos e no manexo de asuntos económicos.
- Unha pequena proporción de persoas usuarias do SAF de Porto do Son desempeña ocupacións que se relacionan cos seus intereses do pasado e gustos actuais. As principais ocupacións de interese

correspóndense con: xogar a baralla, ir a misa, camiñar, ir de visita, ver a televisión e coidar mascotas.

- A maior parte dos fogares presentan barreiras para o desempeño cotiá das persoas usuarias do SAF. As mais comúns atópanse na entrada da vivenda (escaleiras ou chanzo), no cuarto de baño (desnivel na ducha, mecanismo de apertura das billas) e na totalidade do entorno interior (mecanismos e accesorios de difícil acceso).
- O totalidade das persoas usuarias do SAF en Porto do Son presentan a necesidade de utilizar certos produtos de apoio para potenciar a autonomía persoal e a prevención, así como para facilitar o benestar, a seguridade e a asistencia da familia e/ou coidadores. Os principais produtos de apoio para as ABVD, nos que non se atopa cuberta a necesidade, correspóndese con: barras de apoio para o inodoro, esponxa de mango longo e engrosado e pinzas de longo alcance; e en relación as AIVD: abre-botes, abre-botellas e tendal adaptado ou secadora.
- A carga do labor que desempeñan os coidadores de persoas con dependencia mostra consecuencias na participación social e na saúde da maior parte de entrevistados. A maioría afirma non ter os coñecementos e habilidades suficientes para prestar apoio nas AVD a persoa con dependencia e valoran de forma positiva recibir asesoramento na adaptación do fogar e información e adestramento para a utilización dos produtos de apoio necesarios. Ademais consideran que os seus familiares non desempeñan ocupacións relacionadas cos seus intereses.

En relación á necesidade dunha intervención de TO no domicilio da poboación analizada, as conclusións do presente estudo son:

- A totalidade das persoas usuarias do SAF do municipio de Porto o Son son potencialmente beneficiarias dunha intervención de TO no domicilio.
- A maioría dos participantes precisan unha intervención de adestramento e reeducación nas ocupacións cotiás, formación en técnicas e estratexias para mellorar, manter e previr o declive da funcionalidade e promover a autonomía persoal, a integración e a reinserción socio-comunitaria.
- É necesaria unha intervención para facilitar a participación en ocupacións de interese cunha alta proporción de usuarios, mediante a que se proporcionen novas oportunidades, se axude a persoa a adaptarse ós cambios funcionais e se posibilite o equilibrio con actividades significativas.
- A maior parte dos fogares necesitan unha adaptación do entorno físico para favorecer a accesibilidade, a seguridade e a autonomía dos seus habitantes.
- O asesoramento e adestramento na utilización dos produtos de apoio é unha intervención necesaria para favorecer o desempeño das actividades cotiás da totalidade dos participantes e dos seus cuidadores.
- É necesaria unha intervención co cuidador, mediante a que se aporten os coñecementos precisos para manter as pautas de prevención e promoción da saúde, se ofrezan os medios e estratexias para o coidado e se favoreza a calidade de vida da persoa e a súa familia.

Agradecementos

Agradécese pola súa contribución para o desenvolvemento deste traballo fin de grao a Alicia Nieto Camiño, traballadora social do concello de Porto do Son, e as persoas usuarias do SAF que participaron no estudo; ós meus titotes pola súa colaboración e resolución de dúbidas; e finalmente, a miña familia e amigos polo apoio recibido ó longo destes catro anos.

9. Bibliografía

1. Organización mundial de la salud. World report on disability. Ginebra: OMS; 2011 [acceso o 10 de novembro de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/
2. Organización mundial de la salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Madrid: OMS, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
3. Instituto Galego de Estatística. IGE Instituto Galego de Estadística [sede Web]. Santiago de Compostela: Instituto Galego de Estadística; [actualizado 11 de xaneiro de 2014; acceso 11 de xaneiro de 2014]. Disponible en: <http://www.ige.eu/web/index.jsp?paxina=001&idioma=gl>
4. Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2008 [acceso 20 de xaneiro de 2014]. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0>
5. Instituto Nacional de Estadística. INE Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; [actualizado 11 de xaneiro de 2014; acceso 11 de xaneiro de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es>
6. Xunta de Galicia. Estratexia para a prevención e detección precoz da dependencia en Galicia, horizonte 2020 [Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2012 [acceso 23 de xaneiro de 2014]. Disponible en: <http://benestar.xunta.es/web/portal/planseprogramas?>
7. Xunta de Galicia. El Programa de Desarrollo Rural (PDR) de Galicia para la etapa 2007-2013 [Internet]. Xunta de Galicia; 2012 [acceso 25 de xaneiro de 2014]. Disponible en: http://www.medioruralemar.xunta.es/es/areas/desarrollo_rural/pdr_2007_2013/

8. Felguera Unghetti C, Delegido Gómez S. Reseña sobre la Guía sobre promoción de la Autonomía y Prevención de la dependencia de las Personas Mayores en el Medio Rural. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [acceso 18 de decembro de 2013]; Vol 6, supl. 4: p 517-521. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num4/rural.pdf>
9. García González J, Rodríguez Rodríguez P. Rompiendo distancias: un programa integral para prevenir y atender la dependencia de las personas mayores en el medio rural. Rev Esp Geriatr Gerontol [Revista en Internet]. 2005 [acceso 10 de xaneiro de 2014]; 1 (40): 22-23.
10. Querejeta González M. Discapacidad y dependencia unificación de criterios de valoración y clasificación [monografía en Internet]. Madrid: IMSERSO; 2004 [acceso 20 de xaneiro de 2014]. Disponible en: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3397>
11. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín oficial del estado, nº 299, (15-12-2006).
12. Portal de la Dependencia. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia [sede Web]. IMSERSO; 2014 [actualizada a 3 de maio de 2014 ; acceso 3 de maio de 2014]. Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia situación a 31 de marzo de 2014 [20 p.]. Disponible en: http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/est_inf/inf_gp/2014/index.htm
13. García Crespo MV, Calvo Torres I, Rodríguez Campo R, Vázquez Otero AM, López Otero J. La atención como reto de futuro de la Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2008 [acceso 18 de decembro de 2013] 5 (8): [46 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/revisión2.pdf>

14. Orde do 2 de xaneiro de 2012 de desenvolvemento do Decreto 15/2010, do 4 de febreiro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do Sistema para a Autonomía e a Atención á Dependencia, o procedemento para a elaboración do programa individual de atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes. Diario Oficial de Galicia, nº 9, (13 de xaneiro de 2012).
15. Orde do 22 de xaneiro de 2009 pola que se regula o servizo de axuda no fogar. Diario Oficial de Galicia, nº22, (2 de febreiro de 2009).
16. Olivera Noguera C, Durante Molina P. Terapia ocupacional en la rehabilitación domiciliaria. En: Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2010. p. 313-320.
17. Simó S, Urbanowski R. El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional I. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2006 [acceso 11 de xaneiro de 2014]; (26): 1-27. Disponible en: www.revistatog.com/num3/pdfs/Expertol.pdf
18. Rogers J, Holm M. Proceso de Terapia Ocupacional. En: Blesedell Crepeau E, Cohn E, Boyt Schell B. Terapia Ocupacional. 11ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011. p.478-518.
19. Huete Valencia M, Tendero Moraleda MI, Pacheco Bellón V. Terapia ocupacional gerontológica en el medio rural: 3 años de experiencia. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010 [acceso 15 de decembro de 2013]; monog. 3: 139-184. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/mediorural.pdf>
20. Pellegrini M. Terapia ocupacional en la rehabilitación basada en la comunidad. www.terapiaocupacional.com [portal en Internet]; 2006 [acceso 15 de xaneiro de 2014]. Disponible en: http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Rehabilitacion_comunidad_terapia_ocupacional_Pellegrini.shtml

21. Fernández Padilla I, Moreno González A. El papel fundamental del Terapeuta Ocupacional en la adaptación domiciliar en los Servicios Sociales Básicos de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, en el marco de un Proyecto Piloto de Atención a la Dependencia en el Medio Rural. Disponible en: <http://pagina.jccm.es/forma/pdf/PonenciaPTOAD.pdf>
22. Velasco MJ. Proyecto de prevención del deterioro y fomento de la autonomía. Programa de activación para personas mayores en la comunidad. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2009 [05-02-2013]; [10p]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Prevencion_deterioro_terapia_ocupacional_Velasco_Marchante_abril09.pdf
23. Martínez Lacoba S, de Lucas-Torres D, de la Sierra, López Martín de la Sierra J, Fernández Ruíz M. Terapia ocupacional en el ámbito rural. *Terapia ocupacional*. 2008; (45): 45-53.
24. Buenas prácticas en servicios sociales: Medio Rural. Centro de desenvolvemento rural “O Viso” En tu pueblo en tu casa [sede Web]. Ourense: IMSERSO; [actualizado o 30 de novembro de 2009; acceso 20 de xaneiro de 2014]. Disponible en: http://www.enclaverural.es/enclaverural_01/catalogo_buenas_practicas/atencion_domiciliaria/o_viso/index.htm
25. Romero Rodríguez N, Rubio Sanchez A. Adapto: una empresa de TO que trabaja en servicios sociales. *Terapia Ocupacional*. 2008;(46): 13-15.
26. Hulley SB, Cummings SM, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Diseño de investigaciones clínicas*. 3ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2007.
27. Concello de Porto do Son. Concello de Porto do Son [sede Web]. A Coruña: Concello de Porto do Son; [actualizado o 20 de novembro do 2013; acceso 20 de novembro do 2013]. Disponible en: <http://www.portodoson.org/>

28. Ordenanza municipal do servizo de axuda no fogar do concello de Porto do Son. Boletín oficial da provincia de A Coruña, nº 181, (23 de setembro do 2013).
29. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J.* 1965; 14: 61-65.
30. Ferrín MT. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia clínica.* 2011 [acceso 25 de xaneiro de 2014]; 72(1):11. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4098178>
31. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living. *Gerontologist.* 1969; 9 (3):179-186.
32. Martínez J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clinica [revista en Internet].* 2001 [acceso 3 de decembro de 2014]; 117 (4): 129-134.
33. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23 (10): 433- 441.
34. Matsutsuyu, J. The interest checklist. *American Journal of Occupational Therapy.* 1969; 23, 323-328.
35. Enabler Downloads [sede Web]. 2008 [actualizada o 21 de novembro do 2010; acceso 18 de decembro de 2013]. The Housing Enabler Screening Tool [9 p.]. Disponible en: <http://www.enabler.nu/download.html>
36. Real Decreto 173/2010, de 19 de febrero, por el que se modifica el Código Técnico de la Edificación, aprobado por el Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, en materia de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad. Boletín oficial del estado, nº 61, (11 de marzo de 2010).

37. Sebastián Herranz M, Valle Gallego I, Vígara Cerrato A. Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de Apoyo para la Autonomía Personal [Internet]. Imserso; 2012 [acceso 30 de xaneiro de 2014]. Disponible en: http://www.ceapat.es/ceapat_01/centro_documental/productos_apoyo/IM_055235
38. Serrano P, de Tena-Dávila MC. Criterios de fragilidad en los usuarios del servicio de ayuda social a domicilio. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2004; 1 (39): 9-18.
39. Sainz M, González-Cobos J. Estudio de investigación sobre seguridad en el domicilio de personas mayores [Internet]. Madrid: Fundación Mapfre; 2008 [acceso 30 de xaneiro de 2014]. Disponible en: http://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/prevencion-salud-medio-ambiente/publicaciones-y-estudios/estudios/salud/estudio-investigacion-seguridad-domicilio.jsp
40. Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia ocupacional teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003.
41. Moruno Miralles P, Romero Ayuso D. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson; 2006.
42. Ávila Álvarez A. Valoración de los efectos de la terapia ocupacional sobre algunos trastornos neurológicos: un estudio a través del Lotca y del Barthel [tesis doctoral]. A Coruña: Universidade da Coruña; 2012.
43. Szanton S, Thorpe R, Boyd C, Tanner E, Leff B, Agree E et al. Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders (CAPABLE): A Bio-Behavioral-Environmental Intervention to Improve Function and Health-Related Quality of Life in Disabled, Older Adults. J Am Geriatr Soc [revista en Internet] 2011 [acceso 25 de xaneiro de 2014]; 59 (12). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2011.03698.x/abstract>

44. Corregidor Sánchez AI, Polonio López B, Hernández Pajares M. Usabilidad, seguridad y accesibilidad: elementos clave para optimizar el entorno de las personas mayores. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010 [acceso 18 de decembro de 2013]; monog. 3: 255-290
Dispoñible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/usabilidad.pdf>
45. Lan TY, Wu SC, Chang WC, Chen CY. Home environmental problems and physical function in Taiwanese older adults. Arch Gerontol Geriatr. 2009; 49(3):335-8.
46. Petersson I, Lilja M, Hammel J, Kottorp A. Impact of home modification services on ability in everyday life for people ageing with disabilities. J Rehabil Med. 2008; 40(4):253-60.
47. Stark S, Landsbaum A, Palmer JL, Somerville EK, Morris JC. Client-centred home modifications improve daily activity performance of older adults. Can J Occup Ther. 2009; 76: 235-45.
48. Poveda R, Garcés J, Barberá R. Análisis coste-beneficio de la incorporación de productos de apoyo como extensión de los servicios de atención a domicilio para personas mayores con dependencia. Ponencia para el I Congreso Anual Red Española de Política Social, Oviedo, novembro 2009.
49. Gitlin L, Winter L, Burke J, Chernett N, Dennis M, Hauck W. Tailored Activities to Manage Neuropsychiatric Behaviors in Persons with Dementia and Reduce Caregiver Burden: A Randomized Pilot Study. Am J Geriatr Psychiatry [revista en línea]. 2008 [acceso 30 de xaneiro de 2014]; 16(3): 229–239.

10. Anexos

Anexo 1. Entrevista coa persoa usuaria do servizo de axuda no fogar

Nome		
Idade		
Fecha de nacemento		
Lugar de nacemento		
Domicilio		
Parroquia		
Sexo	Home	<input type="checkbox"/>
	Muller	<input type="checkbox"/>
Estado civil	Solteiro/a	<input type="checkbox"/>
	Con parella	<input type="checkbox"/>
	Casado/a	<input type="checkbox"/>
	Viúvo/a	<input type="checkbox"/>
	Separado/a	<input type="checkbox"/>
	Divorciado/a	<input type="checkbox"/>
Nº de fillos		
Persoas cas que vive		
Estudos		
Traballo		

Observacións:

Anexo 2. Índice de Barthel

Alimentación	
10	Independente: Capaz de utilizar calquera instrumento necesario, capaz de esmiazar a comida, estender a manteiga, usar condimentos, etc. Come nun tempo razoable. A comida pode ser cociñada e servida por outra persoa.
5	Necesita axuda: para cortar a carne e o pan, estender a manteiga, etc., pero é capaz de comer só.
0	Dependente: Necesita ser alimentado por outra persoa.
Bañarse, ducharse	
5	Independente: Capaz de levarse enteiro, pode ser usando a ducha, a bañeira ou permanecendo en pe e aplicando a esponxa sobre todo o corpo. Inclúe entrar e saír do baño. Pode ser realizado todo sen estar unha persoa presente.
0	Dependente: Necesita algunha axuda ou supervisión.
Vestirse	
10	Independente: Capaz de poñerse e quitarse a roupa, atarse os zapatos, abrochase os botóns e colocarse outros complementos que precisa (por exemplo, bragueiro, corpiño, etc.) sen axuda.
5	Necesita axuda, pero realiza só, ao menos a metade das tarefas nun tempo razoable.
0	Dependente.
Arranxo persoal	
5	Independente: Realiza todas as actividades persoais sen axuda. Os complementos poden ser provistos por outra persoa.
0	Dependente: Necesita algunha axuda.
Deposición	
10	Continente: Ningún episodio de incontinencia. Si necesita lavativa ou supositorios é capaz de adminístralos só.
5	Accidente ocasional: Menos dunha vez por semana ou necesita axuda para lavativas ou supositorios.
0	Incontinente: Administración de lavativas ou supositorios por outro.
Micción (valorar a situación na semana previa)	
10	Continente: Ningún episodio de incontinencia (seco día e noite). Capaz de usar calquera dispositivo. En paciente sondado, inclúe poder cambiar a bolsa só.
5	Accidente ocasional: Máximo un en 24 horas, inclúe necesita axuda na manipulación de sondas ou dispositivos.
0	Incontinente: Inclúe pacientes con sonda incapaces de manexarse.
Ir ao retrete	
10	Independente: Entra e sae só. Capaz de quitarse e poñerse a roupa, limparse, previr o manchado da roupa e tirar da cadea. Capaz de sentarse e levantarse da taza sen axuda (pode utilizar barreiras para soportarse). Se usa bacenilla (penico, botella, etc.) é capaz de utilizala e vaciala completamente e sen axuda e sen manchar.
5	Necesita axuda: Capaz de manexarse con pequena axuda no equilibrio, quitarse e poñerse a roupa, pero pode limparse só. Aínda non é capaz de utilizar o retrete.
0	Dependente: Incapaz de manexarse sen asistencia maior.

Transferencia cadeira de brazos-cama	
15	Independente: Sen axuda en todas as fases. Utiliza cadeira de rodas se aproxima a la cama, frea, despraza e apoia pes, cerra a cadeira, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete e tumba e pode volveuse á cadeira sen axuda.
10	Mínima axuda: Inclúe supervisión verbal ou pequena axuda física, tal como a ofrecida por unha persoa non moi forte ou sen adestramento.
5	Gran axuda: Capaz de estar sentado sen axuda, pero necesita moita asistencia (persoa forte ou adestrada) para saír/entrar na cama ou desprazarse.
0	Dependente: Necesita da grúa ou complemento alzamento por dos persoas. Incapaz de permanecer sentado.
Deambulación	
15	Independente: Pode camiñar polo menos 50m ou o seu equivalente na súa casa sen axuda ou supervisión. A velocidade non é importante. Pode utilizar calquera axuda (bastóns, muletas, etc.) excepto andador. Se utiliza próteses, é capaz de poñela e quitala solo.
10	Necesita axuda: Supervisión ou pequena supervisión física (persoa non moi forte) para andar 50m. Inclúe instrumentos ou axudas para permanecer de pe (andador).
5	Independente na cadeira de rodas en 50m: Deber ser capaz de desprazarse, atravesar portas e dobrar esquinas só.
0	Dependente: Se utiliza cadeira de rodas, precisa ser empurrado por outro.
Subir e baixar escaleiras	
10	Independente: Capaz de subir e baixar un piso sen axuda nin supervisión. Pode utilizar o apoio que precisa para andar (bastón, muletas etc.) e o pasamáns.
5	Necesita axuda: Supervisión física o verbal.
0	Dependente: Incapaz de salvar escalos. Necesita alzamento (ascensor).
PUNTUACIÓN TOTAL	

Observacións:

Anexo 3. Escala de Lawton y Brody

Capacidade para utilizar o teléfono	
Utiliza o teléfono por iniciativa propia; busca e marca os números, etc.	1
Marca uns poucos número ben coñecidos.	1
Responde ás chamadas pero non marca.	1
Non utiliza o teléfono en absoluto.	0
Compras	
Encárgase de facer todas as compras necesarias sen axuda.	1
Pode facer as compras pequenas independentemente.	0
Necesita compañía para facer calquera compra.	0
Totalmente incapaz de facer as compras.	0
Preparación de alimentos	
Planea, prepara e serve comidas adecuadas independentemente.	1
Prepara, comidas adecuadas si se lle subministran os ingredientes.	0
Quenta e serve comidas ou prepáraas pero non mantén unha dieta equilibrada.	0
Necesita que lle preparen e sirvan as comidas	0
Coidado da casa	
Mantén a casa só ou con axuda ocasional (para traballos pesados)	1
Realiza as tarefas lixeiras, como lavar os pratos ou facer as camas	1
Realiza tarefas lixeiras, pero non pode manter un adecuado nivel de limpeza	1
Necesita axuda en todas as labores da casa	1
Non participa en ningunha labor da casa	0
Lavado da roupa	
Lava por se mesmo toda a súa roupa	1
Lava por se mesmo pequenas prendas	1
Todo o lavado de roupa debe ser realizado por outro	0
Uso de medios de transporte	
Viaxa so en transporte público ou conduce o seu propio coche	1
É capaz de coller un taxi, pero non usa outro medio de transporte	1
Viaxa en transporte público cando vai acompañado de outra persoa	1
Utiliza o taxi ou automóbil só con axuda de outros	0
Non viaxa en absoluto	0
Responsabilidade respecto a súa medicación	
É capaz de tomar a súa medicación a hora e dose correcta	1
Toma a súa medicación se a dose é preparada previamente	0
Non é capaz de administrarse a súa medicación	0
Manexo dos seus asuntos económicos	
Encargase dos seus asuntos económicos por se mesmo	1
Realiza as compras de cada día, pero necesita axuda nas grandes compras, bancos	1
Incapaz de manexar diñeiro	0
PUNTUACIÓN TOTAL	

Anexo 4. Cuestionario de Pfeiffer

	Erros
¿Que día é hoxe? -día, mes, ano-.	
¿Que día da semana é hoxe?	
¿Onde estamos agora?	
¿Cal é o seu nº de teléfono? / ¿Cal é a súa dirección? -preguntar so se o usuarios non ten teléfono-.	
¿Cantos anos ten?	
¿Cal é a súa fecha de nacemento? -día, mes, año-.	
¿Quen é agora o presidente do goberno?	
¿Quen foi o anterior presidente do goberno?	
¿Cal é o primeiro apelido da súa nai?	
Reste de 3 en 3 o número 20 ata chegar a 0.	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Observacións:

Anexo 5. Listado de intereses

Actividade	¿Cal foi o seu nivel de interese no pasado?			¿Participa actualmente nesta actividade?		¿Gustaríalle realizala no futuro?	
	Moito	Pouco	Ningún	Si	Non	Si	Non
Practicar xardinería							
Coser							
Xogar a baralla							
Falar/ler idiomas							
Ir a misa							
Escoitar a radio							
Camiñar							
Reparar coches							
Escribir							
Bailar							
Xogar/ver o fútbol							
Escoitar música							
Asistir a charlas							
Nadar							
Ir de visita							
Amañar roupa							
Damas/ xadrez							
Facer un asado/churrasco							
Ler							
Viaxar							
Ir as verbenas							
Limpar a casa							
Xogos armables							
Ver a televisión							
Ir a concertos							
Facer cerámica							
Coidar mascotas							
Acampar							
Lavar/pasalo ferro							
Participar en política							
Xogos de mesa							
Decorar interiores							
Pertencer a un club							
Cantar							
Ver escaparates/comprar roupa							
Ir a perruqueira (salón de beleza)							
Andar en bicicleta							
Ver un deporte							
Observar aves							
Ir a carreiras de coches							
Amañar a casa							
Facer exercicios							

Actividade	¿Cal foi o seu nivel de interese no pasado?			¿Participa actualmente nesta actividade?		¿Gustaríalle realizala no futuro?	
	Moito	Pouco	Ningún	Si	Non	Si	Non
Cazar							
Carpintería							
Conducir un vehículo							
Coidar nenos							
Xogar o tenis							
Cociñar							
Xogar o baloncesto							
Facer coleccións							
Pescar							
Estudar							
Realizar marroquinería							
Ir de compras							
Sacar fotografías							
Pintar							
Outros							

Observacións:

Anexo 6. Cuestionario de barreiras no fogar

Entrada
<input type="checkbox"/> Chanzo ou diferenza de nivel para acceder á vivenda. <input type="checkbox"/> Escaleiras para acceder á vivenda. <input type="checkbox"/> Porta da entrada estreita (anchura libre de paso < 0.80 m). <input type="checkbox"/> Porta con características que dificultan a apertura (tipo, peso, pomo, etc.)
Entorno interior
<input type="checkbox"/> Chanzo ou diferenzas de nivel entre os espazos do piso. <input type="checkbox"/> Escaleiras nos desprazamentos interiores vinculados ás AVD. <input type="checkbox"/> Corredores estreitos (anchura libre de paso < 1.1 m). <input type="checkbox"/> Portas estreitas (anchura libre de paso < 0.80 m). <input type="checkbox"/> Espazo interior de manobra insuficiente (necesario espazo para xiro de diámetro 1.5 m libre de obstáculos). <input type="checkbox"/> Mecanismos e accesorios en posición moi alta ou baixa/inaccesible (mais de 1.2 m ou menos de 0.8 m sobre o chan). <input type="checkbox"/> Interruptores e alarma de difícil accionamento mediante puño cerrado, cóbado e cunha man. <input type="checkbox"/> Billas de difícil accionamento (non dotada dun sistema de detección de presenza o manual de tipo monomando con panca alargada de tipo xerontolóxico). <input type="checkbox"/> Pavimento escorregadizo, con pezas ou elementos soltos (gravas ou areas). <input type="checkbox"/> Felpudos e moquetas non fixos ó chan.
Dormitorio principal
<input type="checkbox"/> Non presenta espazo de aproximación e transferencia nun lado da cama de anchura 0.90 m. <input type="checkbox"/> Cama cunha altura elevada ou baixa. <input type="checkbox"/> Armario con deseño que dificulta o acceso a roupa.
Cociña
<input type="checkbox"/> Mesado con altura de difícil acceso (distinta a 0.85 m). <input type="checkbox"/> Mesa cunha altura insuficiente para aproximarse introducindo os repousabrazos debaixo. <input type="checkbox"/> Vertedeiro con espazo libre insuficiente (espazo inferior mínimo de 0.7 m de altura x 0.8 m de ancho x 0.6 m de profundidade).
Área para a hixiene persoal
<input type="checkbox"/> Lavabo alto (altura da cara superior > 0.85 m). <input type="checkbox"/> Espazo libre insuficiente baixo lavabo (espazo inferior mínimo de 0.7 m de altura x 0.5 m de profundidade). <input type="checkbox"/> Asento do inodoro con altura insuficiente (menor de 0.45 m). <input type="checkbox"/> Bañeira. <input type="checkbox"/> Desnivel para acceder a la ducha. <input type="checkbox"/> Non hai lugar para sentarse na ducha/bañeira. <input type="checkbox"/> Non hai barras de apoio na ducha/bañeira. <input type="checkbox"/> Non hai barras de apoio no inodoro. <input type="checkbox"/> Barras de apoio en posición inadecuada ou difíciles de asir (non presentan unha sección circular de diámetro 30-40 mm, separadas do parámetro 45-55 mm). <input type="checkbox"/> Armarios de almacenaxe, ganchos para toallas, etc. colocados de forma inaccesible (altura recomendada 0.8-1.2 m sobre o chan). <input type="checkbox"/> Mecanismos de descarga de difícil accionamento. Con tiradores ou premedores de pequena superficie. <input type="checkbox"/> A altura do borde inferior do espello é maior de 0.9 m, ou non é orientable 10º sobre a vertical.

Anexo 7. Produtos de apoio

ABVD
Acceder ó exterior
<input type="checkbox"/> Adaptadores para chaves <input type="checkbox"/> Rampla <input type="checkbox"/> Salva-escadeiras con plataforma ou asento <input type="checkbox"/> Ascensor
Alimentación
<input type="checkbox"/> Manteis antiescorregadizo <input type="checkbox"/> Cubertos coa función de cortar e pinchar (coitelo basculante, garfo con coitelo, garfo e folla cortante) <input type="checkbox"/> Coitelos en forma de balancín, co mango perpendicular á folla <input type="checkbox"/> Cubertos con mangos engrosados <input type="checkbox"/> Prato con reborde / prato con fondo inclinado ou con bordes verticais <input type="checkbox"/> Vasos con dúas asas <input type="checkbox"/> Vasos con escote para a nariz, pico ou pipeta regulables
Bañarse, ducharse
<input type="checkbox"/> Asentos para a bañeira <input type="checkbox"/> Asentos para a ducha <input type="checkbox"/> Esponxas e cepillos de baño con mango groso <input type="checkbox"/> Esponxas e cepillos de baño con mango longo
Vestirse
<input type="checkbox"/> Perchas con mango longo <input type="checkbox"/> Ganchos <input type="checkbox"/> Abrocha-botóns <input type="checkbox"/> Calzadores de mango longo <input type="checkbox"/> Calza-medias <input type="checkbox"/> Zapatos con abertura total, na parte anterior e posterior <input type="checkbox"/> Zapatos con cerre de velcro ou substituílos cordóns por outros elásticos
Arranxo persoal
<input type="checkbox"/> Adaptación de panca para billas <input type="checkbox"/> Dispensador de xabón <input type="checkbox"/> Peite ou cepillo con mango longo curvado <input type="checkbox"/> Peite ou cepillo con mango engrosado <input type="checkbox"/> Engrosar o mango da maquina de afeitarse <input type="checkbox"/> Cepillo eléctrico <input type="checkbox"/> Maquina de afeitarse eléctrica
Ir ó inodoro
<input type="checkbox"/> Alzas <input type="checkbox"/> Barras de apoio
Cambiar e manter a posición do corpo
<input type="checkbox"/> Triángulo ou escaleira de corda. <input type="checkbox"/> Cama articulada <input type="checkbox"/> Alzas para as patas da cama <input type="checkbox"/> Alzas para as patas das cadeiras <input type="checkbox"/> Asentos que facilitan a incorporación <input type="checkbox"/> Barras verticais <input type="checkbox"/> Táboa de transferencias <input type="checkbox"/> Grúas de bipedestación <input type="checkbox"/> Grúa pasiva de elevación e traslado <input type="checkbox"/> Produtos de baixa fricción en forma de tapetes tubulares ou sabanas escorregadizas <input type="checkbox"/> Varandas <input type="checkbox"/> Colchóns de aire, espuma, viscoelásticos, etc.

Desprazamentos vinculados ao auto-coidado	
<input type="checkbox"/>	Barras ou pasamáns
<input type="checkbox"/>	Bastóns ou muletas
<input type="checkbox"/>	Andadores
<input type="checkbox"/>	Cadeira de rodas bimanual
<input type="checkbox"/>	Cadeira de rodas controlada por un asistente
<input type="checkbox"/>	Cadeira controlada por un solo lado do corpo
<input type="checkbox"/>	Cadeira de rodas eléctrica
<input type="checkbox"/>	Cadeira de rodas posicionadora
<input type="checkbox"/>	Cadeira salva-escaleiras

AIVD	
<input type="checkbox"/>	Teléfono fixo adaptado ás capacidades da persoa (con fotografías, teclas grandes, con ganancia de son, etc.)
<input type="checkbox"/>	Teléfonos móbil sinxelo (teclas grandes, bo contraste ou repetición por voz do número marcado)
<input type="checkbox"/>	Carros da compra con asento para esperar
<input type="checkbox"/>	Andadores con cesta ou carros da compra de empuxe que permitan un apoio similar
<input type="checkbox"/>	Táboas de cociña antiescorregadizas e con adaptacións que fixen os alimentos
<input type="checkbox"/>	Pinzas de longo alcance
<input type="checkbox"/>	Coitelos con mango perpendicular á folla
<input type="checkbox"/>	Abre-botes ou abre-botellas
<input type="checkbox"/>	Abrelatas eléctrico
<input type="checkbox"/>	Soportes para o mango de cazos e tixolas
<input type="checkbox"/>	Pau da escoba ou fregona máis longo
<input type="checkbox"/>	Robots aspiradores
<input type="checkbox"/>	Mecanismos de escorrido nos que non é necesario realizar torsión coa fregona
<input type="checkbox"/>	Plumeiro con mango goso longo e articulado
<input type="checkbox"/>	Tendal: extensibles, xiratorios, que dispoñen dun mecanismo que pode baixar cada una das cordas a altura necesaria e logo volver a subilas.
<input type="checkbox"/>	Secadora
<input type="checkbox"/>	Pinzas que necesitan menos forza e destreza que as tradicionais

Observacións:

Anexo 8. Entrevista estruturada ó cuidador informal

Idade	
Sexo	
Estudos	
Relación ca persoa con dependencia	

¿Coñece a disciplina de Terapia Ocupacional?				
Si		No		
¿Considera que a súa saúde empeorou a causa de coidar da persoa con dependencia?				
Nada	Pouco	Algo	Bastante	Moito
¿Como veu reducida a súa participación social a causa de coidar da persoa con dependencia?				
Nada	Pouco	Algo	Bastante	Moito
¿Que grao de carga experimenta en xeral polo coidado da persoa con dependencia?				
Ningún	Pouco	Algún	Bastante	Moito
¿Considera que ten os coñecementos e habilidades necesarias para prestar apoio no desempeño das AVD á persoa con dependencia?				
Ningún	Poucos	Algúns	Moitos	Todos
¿Considera necesario recibir formación e adestramento para prestar o apoio adecuado no desempeño das AVD á persoa con dependencia?				
Si		No		
¿Coñece as posibles adaptacións do fogar para facilitar a accesibilidade, autonomía e seguridade da persoa con dependencia?				
Ningunha	Poucas	Algunhas	A maioría	Todos
¿Considera necesario recibir información e asesoramento sobre as posibles adaptacións do seu fogar?				
Si		No		
¿Coñece produtos de apoio para o coidado da persoa con dependencia (p.ex. grúas, táboas de transferencias, cadeira de ducha, etc.)?				
Ningún	Poucos	Algúns	Moitos	Todos
¿Considera necesario recibir información e asesoramento sobre os produtos de apoio necesarios ou adestramento na súa utilización?				
Si		No		
¿Considera que a persoa con dependencia realiza actividades no seu tempo libre relacionadas cos seus roles anteriores, gustos e intereses?				
Ningunha	Poucas	Algunhas	A maioría	Todos
¿Como cualifica o traballo dos auxiliares do SAF?				
Malo	Regular	Bo	Bastante bo	Moi bo

Anexo 9. Consentimento informado para participar no estudo

TÍTULO: Necesidade dunha intervención de Terapia Ocupacional a domicilio nunha poboación rural usuaria do servizo de axuda no fogar.

Eu, _____

- Lin a folla de información ó participante do estudo arriba mencionado, puiden realizar todas as preguntas necesarias para comprender as condicións e considero que recibín suficiente información sobre o estudo.
- Comprendo que a miña participación é voluntaria e podo retirarme do estudo cando queira, sen ter que dar explicacións.
- Accedo a que se utilicen os meus datos nas condicións detalladas na folla de información ao participante.
- Presto libremente a miña conformidade para participar no estudo.

Respecto á conservación e utilización futura dos datos detallada na folla de información ao participante,

- NON consinto que os meus datos sexan conservados unha vez rematado o presente estudo.
- Consinto que os meus datos se conserven una vez rematado o estudo, sempre e cando sexa imposible identificalos por ningún medio, mesmo para os investigadores.
- Sí consinto que os datos se conserven para usos posteriores en liñas de investigación relacionadas ca presente e nas condicións mencionadas.

En canto ós resultados da valoración realizada,

- DESEXO coñecer o resultado.
- NON DESEXO coñecer o resultado.

O/a participante,

Asdo.: _____

Data: _____

A investigadora,

Asdo.: Sonia Maneiro Suárez

Data: _____

Anexo 10. Folla de información ó participante do estudo

TÍTULO: Necesidade dunha intervención de Terapia Ocupacional a domicilio nunha poboación rural usuaria do servizo de axuda no fogar.

Sonia Maneiro Suárez, estudante de 4º grao de Terapia Ocupacional de a Universidade de A Coruña.

Este documento ten como obxectivo ofrecer información acerca dun estudo de investigación no que se lle invita a participar. O estudo realízase no Concello de Porto do Son, pertencente á provincia de A Coruña. Se decide participar no mesmo, debe recibir información personalizada da investigadora, ler este documento e facer todas as preguntas que precise para comprender os detalles sobre o mesmo. Se así o desexa, pode levar o documento, consultalo con outras persoas e tomar o tempo que precise.

A participación neste estudo é completamente voluntaria. Pode decidir non participar ou, se acepta facelo, cambiar de parecer retirando o consentimento en calquera momento sen obrigaón de dar explicacións.

¿Cal é o propósito do estudo?

O obxectivo principal deste estudo é coñecer a necesidade dunha intervención de terapia ocupacional para persoas usuarias do Servizo de Atención no Fogar no concello de Porto do Son.

É importante a súa participación, xa que permite avaliar as necesidades da poboación e a identificación das intervencións no domicilio potencialmente beneficiosas.

Por que me ofrecen participar a min?

A selección das persoas invitadas a participar depende duns criterios descritos no protocolo da investigación. Estes criterios serven para seleccionar a poboación na que se responderá ao interrogante da investigación. Vostede é invitado a participar porque cumpre eses criterios. Espérase que participen entre dez e vinte persoas neste estudo.

En que consiste a miña participación?

A recollida de información realízase a través da observación e unha entrevista co participante e/ou co cuidador informal. Realízase unha visita no domicilio, existindo a posibilidade de contactar con posterioridade.

A súa participación consiste en describir e/ou mostrar como realiza as tarefas de auto-coidado, que produtos de apoio utiliza e que barreiras físicas encontra nas principais estancias do fogar: entrada, cocina, baño e habitación principal.

A investigadora pode decidir finalizar o estudo antes do previsto ou interromper a súa participación por aparición de nova información relevante, por motivos de seguridade, ou por incumprimento dos procedementos do estudo.

Que riscos ten?

A participación nesta investigación non supón ningún tipo de risco, molestia ou inconveniente.

Terei algún beneficio por participar?

Non se espera que vostede obteña beneficio directo por participar no estudo. No futuro, é posible que os descubrimentos sexan de utilidade para evidenciar a necesidade dunha intervención de terapia ocupacional para persoas usuarias do SAF e poidan beneficiar a persoas como vostede, pero non se preveñen aplicacións inmediatas.

Recibirei a información que se obteña do estudo?

Se vostede o desexa, facilitaráselle un resumo dos resultados do estudo. Se así o solicita, tamén poderá recibir os resultados da súa valoración.

Publicaranse os resultados deste estudo?

Os resultados deste estudo serán remitidos a publicacións científicas para a súa difusión, pero non se transmitirá ningún dato que poida levar á identificación dos participantes.

Como se protexerá a confidencialidade dos meus datos?

O tratamento, comunicación e cesión dos seus datos farase conforme ao disposto pola *Lei Orgánica 1/1999, de 13 de Decembro, de protección de datos de carácter persoal*.

Soamente a investigadora, que ten o deber de gardar a confidencialidade, terá acceso a todos os datos recollidos polo estudo. Poderase transmitir a terceiros información que non poida ser identificada. No caso de que algunha información sexa transmitida a outras persoas, realizarase con un nivel de protección de datos equivalente, como mínimo, ó esixido pola normativa do noso país.

Que ocorrerá coa información obtida?

A información e os datos asociados serán gardados de forma codificada.

O responsable da custodia das mostras é a investigadora, e serán almacenadas durante o tempo necesario para rematar o estudo, que se corresponde con dez meses.

Ó rematar o estudo, a información será anonimizada.

Existen intereses económicos neste estudo?

Esta investigación é promovida por Sonia Maneiro Suárez, con fondos aportados pola investigadora.

A investigadora non recibirá retribución específica pola dedicación ao estudo. Vostede non será retribuído por participar.

Quen me pode dar máis información?

Pode contactar coa investigadora Sonia Maneiro Suárez no teléfono 618185244 e no correo sonia.maneiro@udc.es para máis información.

Moitas grazas pola súa colaboración.

Anexo 11. Resultado de intereses ocupacionais

Táboa XV. Resultado do listado de intereses (n=12).

	N	Interese %
Xardinería		
Moito	6	50
Pouco	0	0
Ningún	6	50
Coser		
Moito	3	25.0
Pouco	1	8.3
Ningún	8	66.7
Xogar a baralla		
Moito	8	66.7
Pouco	1	8.3
Ningún	3	25
Actividades relixiosas/ir a misa		
Moito	66.7	66.7
Pouco	8.3	8.3
Ningún	25.0	25
Escoitar a radio		
Moito	3	25
Pouco	5	41.7
Ningún	4	33.3
Camiñar		
Moito	6	50
Pouco	0	0
Ningún	6	50
Bailar		
Moito	3	25
Pouco	9	75
Ningún	12	100
Ver o fútbol		
Moito	2	16.7
Pouco	2	16.7
Ningún	8	66.7
Escoitar música		
Moito	2	16.7
Pouco	2	16.7
Ningún	8	66.7
Nadar		
Moito	2	16.7
Pouco	0	0
Ningún	10	83.3
Ir de visita		
Moito	8	66.7
Pouco	0	0
Ningún	4	33.3
Damas ou xadrez		
Moito	2	16.7
Pouco	0	0
Ningún	10	83.3

Táboa XV. Resultado do listado de intereses (n=12), (continuación).

	N	Interese %
Facer un asado/churrascada		
Moito	3	25
Pouco	0	0
Ningún	9	75
Ler		
Moito	2	20
Pouco	1	8.3
Ningún	9	75.0
Viaxar		
Moito	4	33.3
Pouco	2	16.7
Ningún	6	50
Ir as verbenas		
Moito	2	16.7
Pouco	1	8.3
Ningún	9	75
Limpar a casa		
Moito	5	41.7
Pouco	1	8.3
Ningún	6	50
Ver a televisión		
Moito	11	91.7
Pouco	0	0
Ningún	1	8.3
Ir a concertos		
Moito	1	8.3
Pouco	0	0
Ningún	11	91.7
Facer cerámica		
Moito	1	8.3
Pouco	1	8.3
Ningún	11	91.7
Coidar mascotas		
Moito	9	75
Pouco	0	0
Ningún	3	25
Lavar e pasalo ferro		
Moito	2	16.7
Pouco	0	0
Ningún	10	83.3
Cantar		
Moito	3	25
Pouco	0	0
Ningún	9	75
Ver escaparates/comprar roupa		
Moito	3	25
Pouco	1	8.3
Ningún	8	66.7
Ir a perruqueira/salón de beleza		
Moito	3	25
Pouco	0	0
Ningún	9	75

Táboa XV. Resultado do listado de intereses (n=12), (continuación).

	Interese	
	n	%
Ir a carreiras de coches		
Moito	1	8.3
Pouco	0	0
Ningún	11	91.7
Facer exercicios		
Moito	2	16.7
Pouco	1	8.3
Ningún	9	75
Carpintería		
Moito	3	25
Pouco	0	0
Ningún	9	75
Conducir vehículo		
Moito	4	33.3
Pouco	0	0
Ningún	8	66.7
Cociñar		
Moito	5	41.7
Pouco	4	33.3
Ningún	3	25.0
Pescar		
Moito	3	25
Pouco	0	0
Ningún	9	75
Ir de compras/facer os recados		
Moito	6	50
Pouco	1	8.3
Ningún	5	41.7
Sacar fotografías		
Moito	1	8.3
Pouco	0	0
Ningún	11	91.7
Agricultura		
Moito	4	33.3
Pouco	0	0
Ningún	8	66.7
Gandería		
Moito	4	33.3
Pouco	0	0
Ningún	8	66.7
Ir a taberna/bar		
Moito	1	8.3
Pouco	3	25
Ningún	8	66.7
Calcetar		
Moito	3	25
Pouco	0	0
Ningún	9	75
Xogos no ordenador		
Moito	2	16.7
Pouco	0	0
Ningún	10	83.3

Anexo 12. Resultado de produtos de apoio

Táboa XVI. Resultado do cuestionario de produtos de apoio (n=15).

Produtos de apoio	n	%
Varandas para acceder ó exterior		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	5	33,3
Non precisa	10	66,7
Rampla para acceder ó exterior		
Necesidade cuberta	3	20
Necesidade non cuberta	0	0
Non precisa	12	80
Salva-escaleiras con plataforma ou asento para acceder o exterior		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	1	6.7
Non precisa	14	93.3
Manteis antiescorregadizos		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	3	20
Non precisa	12	80
Coitelos en forma de balancín, co mango perpendicular a folla		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	5	33.3
Non precisa	10	66.7
Cubertos co mango engrosado		
Necesidade cuberta		
Necesidade non cuberta	3	20
Non precisa	12	80
Prato con reborde/prato co fondo inclinado		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	3	20
Non precisa	12	80
Vasos con dúas asas		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	4	26.7
Non precisa	11	73.3
Vasos con escote para a nariz, pico ou pipeta regulables en ángulo		
Necesidade cuberta	1	6,67
Necesidade non cuberta	2	13,33
Non precisa	12	80
Adaptación de panca para billas		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	7	46.7
Non precisa	8	53.3
Barra de apoio para ducha		
Necesidade cuberta	6	40
Necesidade non cuberta	3	20
Non precisa	6	40
Asentos para ducha/bañeira		
Necesidade cuberta	5	33,3
Necesidade non cuberta	6	40
Non precisa	4	26,7

Táboa XVI. Resultado do cuestionario de produtos de apoio (n=15), (continuación).

Produtos de apoio	N	%
Esponxas e cepillos de baño con mango groso		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	2	13,3
Non precisa	13	86,7
Esponxas e cepillos con mango longo		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	10	66,7
Non precisa	5	33,3
Perchas de mango longo		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	3	20
Non precisa	12	80
Ganchos para vestirse		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	3	20
Non precisa	12	80
Abrocha-botóns		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	3	20
Non precisa	12	80
Calzadores de mango longo		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	7	46,7
Non precisa	8	53,3
Zapatos que facilitan o calzado, apertura total ou velcro		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	9	60
Non precisa	6	40
Dispensador de xabón por panca		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	2	13,3
Non precisa	13	86,7
Cepillos do cabelo con mango engrosado		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	1	6,7
Non precisa	14	93,3
Cepillos do cabelo con mango longo		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	2	13,3
Non precisa	13	86,7
Cepillo eléctrico		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	5	33,3
Non precisa	10	66,7
Mango engrosado da maquina de afeitar manual		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	1	6,7
Non precisa	14	93,3
Barras de apoio para incorporarse do inodoro ou alza		
Necesidade cuberta	1	6,7
Necesidade non cuberta	8	53,3
Non precisa	6	40

Táboa XVI. Resultado do cuestionario de produtos de apoio (n=15), (continuación).

Produtos de apoio	n	%
Barra de apoio para a cama ou escaleira de corda		
Necesidade cuberta	2	13,3
Necesidade non cuberta	5	33,3
Non precisa	8	53,3
Cama articulada		
Necesidade cuberta	4	26,7
Necesidade non cuberta	7	46,7
Non precisa	4	26,7
Asento con altura e repousabrazos/alzas ou asento que facilita a incorporación		
Necesidade cuberta	1	6,7
Necesidade non cuberta	5	33,3
Non precisa	9	60
Barras verticais		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	5	33,3
Non precisa	10	66,7
Táboa de transferencias		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	1	6,7
Non precisa	14	93,3
Grúa de bipedestación ou pasiva de elevación e traslado		
Necesidade cuberta	2	13,3
Necesidade non cuberta	2	13,3
Non precisa	11	73,3
Produtos e baixa fricción en forma de tapetes tubulares ou sabanillas escorregadizas		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	3	20
Non precisa	12	80
Colchón de aire, espuma, viscoelásticos.		
Necesidade cuberta		
Necesidade non cuberta	4	26,7
Non precisa	11	73,3
Varandas para os desprazamentos no interior		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	3	20
Non precisa	12	80
Barandillas ou pasamáns nas escaleiras		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	4	26,7
Non precisa	11	73,3
Bastóns ou muletas		
Necesidade cuberta	8	53,3
Necesidade non cuberta	0	0
Non precisa	7	46,7
Cadeira de rodas bimanual		
Necesidade cuberta	2	13,3
Necesidade non cuberta	0	0
Non precisa	13	86,7
Cadeira de rodas controlada por un asistente		
Necesidade cuberta	3	20
Necesidade non cuberta	0	0
Non precisa	12	80

Táboa XVI. Resultado do cuestionario de produtos de apoio (N=15), (continuación).

Produtos de apoio	n	%
Cadeira de rodas eléctrica		
Necesidade cuberta	2	13,3
Necesidade non cuberta	0	0
Non precisa	13	86,7
Cadeira de rodas posicionadora		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	3	20
Non precisa	12	80
Teléfono sinxelo adaptado ás capacidades da persoa (teclas grandes, bo contraste ou repetición por voz do número marcado)		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	2	13,3
Non precisa	13	86,7
Carros da compra con asento para esperar		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	2	13.3
Non precisa	13	86.7
Andadores con cesta ou carros da compra de empuxe que permitan un apoio similar		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	2	13.3
Non precisa	13	86.7
Táboa de cociña antiescorregadiza e/ou con adaptacións que fixen os alimentos		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	3	20
Non precisa	12	80
Pinzas de longo alcance		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	8	53.3
Non precisa	7	46.7
Abre-botes ou abre-botellas		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	9	60
Non precisa	6	40
Abrelatas eléctrico		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	7	46.7
Non precisa	8	53.3
Soporte para o mango de cazos e tixolas		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	1	6.7
Non precisa	14	93.3
Pau da escoba ou fregona máis longo		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	1	6.7
Non precisa	14	93.3
Robots aspiradores		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	6	40
Non precisa	9	60

Táboa XVI. Resultado do cuestionario de produtos de apoio (N=15), (continuación).

Produtos de apoio	n	%
Mecanismos de escurrido nos que non é necesario realizar torsión coa fregona		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	5	33.3
Non precisa	10	66.7
Plumeiro con mango grosso, longo e articulado		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	7	46.7
Non precisa	8	53.3
Tendeiros: extensibles, xiratorios, que dispoñen dun mecanismo que pode baixar cada unha das cordas a altura necesaria e logo volver a subilas/secadora	0	0
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	7	46.7
Non precisa	8	53.3
Secadora		
Necesidade cuberta	1	6,7
Necesidade non cuberta	2	13,3
Non precisa	12	80
Pastilleiros para a medicación		
Necesidade cuberta	0	0
Necesidade non cuberta	3	20
Non precisa	12	80