



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico: 2014-2015

TRABAJO FIN DE GRADO

**Adaptaciones y productos de apoyo para
personas con dependencia y cuidadores: Un
estudio de las necesidades y conocimiento en el
ámbito rural**

Estefanía Martínez Carreira

Julio 2015

Director:

IVÁN DE ROSENDE CELEIRO

Índice

1. Resumen.....	9
2. Introducción.....	12
2.1. Envejecimiento poblacional y situación de dependencia.....	12
2.2. El sistema español de atención a la situación de dependencia.....	13
2.3. El Servicio de Ayuda a Domicilio para personas en situación de dependencia.....	16
2.4. La situación de dependencia en Galicia y la necesidad de una intervención en el ámbito rural.....	18
2.5. La intervención de terapia ocupacional en el domicilio de las personas en situación de dependencia.....	19
2.6. El rol de los productos de apoyo y de la adaptación del hogar en las personas en situación de dependencia.....	21
3. Hipótesis.....	24
4. Objetivos.....	25
4.1. Objetivo general.....	25
4.2. Objetivo específico.....	25
5. Metodología.....	26
5.1. Ámbito de estudio.....	26
5.1.1. El Ayuntamiento de Outes.....	26
5.1.2. El Servicio de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento de Outes.....	27
5.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	28
5.3. Procedimiento de realización del estudio.....	28
5.4. Procedimiento de recogida de la información.....	30
5.5. Variables del estudio.....	33
5.6. Análisis estadístico.....	34
5.7. Consideraciones éticas.....	34

6. Resultados.....	35
6.1. Análisis estadístico descriptivo de la muestra.....	35
6.1.1. Características sociodemográficas.....	35
6.2. Actividades de la Vida Diaria.....	37
6.2.1. Actividades Básicas de la Vida Diaria: Índice de Barthel.....	37
6.2.2. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria: Escala de Lawton&Brody.....	39
6.3. Análisis de la presencia de barreras en el hogar.....	41
6.3.1. Evaluación de la comunicación vertical.....	42
6.3.2. Evaluación de la comunicación horizontal.....	42
6.3.3. Evaluación del dormitorio.....	43
6.3.4. Evaluación del baño.....	44
6.3.5. Evaluación de la ducha/bañera.....	45
6.3.6. Evaluación del cuarto de estar.....	45
6.3.7. Evaluación de la cocina	
6.4. Análisis del conocimiento de los participantes sobre los productos de apoyo.....	46
6.4.1. Conocimiento sobre la existencia de productos de apoyo para el desempeño diario.....	46
6.4.2. Productos de apoyo para el desempeño de las actividades diarias conocidos por los participantes.....	47
6.5. Análisis del asesoramiento sobre los productos de apoyo.....	50
6.5.1. Productos de apoyo para la alimentación.....	50
6.5.2. Productos de apoyo para la higiene personal relacionada con la micción y la defecación.....	51
6.5.3. Productos de apoyo para baño/ducha.....	52
6.5.4. Productos de apoyo para el vestido.....	52
6.5.5. Productos de apoyo para la movilidad funcional.....	53

6.5.6. Productos de apoyo para el mantenimiento de la salud.....	54
6.5.7. Productos de apoyo para la higiene y el arreglo personal.....	54
6.5.8. Productos de apoyo para las tareas domésticas.....	55
6.5.9. Productos de apoyo para el ocio.....	56
7. Discusión.....	57
7.1. Perfil de los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio.....	57
7.2. Perfil del cuidador.....	58
7.3. Actividades de la Vida Diaria.....	58
7.4. Barreras y necesidades de adaptación del hogar.....	61
7.5. Conocimiento de los productos de apoyo, necesidades y uso.....	64
7.6. Limitaciones del estudio.....	66
8. Conclusiones.....	67
9. Bibliografía.....	68
10. Anexos	
Anexo 1. Carta informativa para el Ayuntamiento de Outes.....	76
Anexo 2. Recogida de datos personales.....	78
Anexo 3. índice de Barthel.....	80
Anexo 4. índice de Lawton&Brody.....	81
Anexo 5. Informe de accesibilidad.....	82
Anexo 6. Análisis del conocimiento de los productos de apoyo...84	
Anexo 7. Evaluación de la necesidad de los productos de apoyo..85	
Anexo 8. Folleto informativo de los productos de apoyo.....	93
Anexo 9. Hoja de información al participante.....	104
Anexo 10. Documento de consentimiento para la participación en el estudio.....	107
Anexo11.Documento de consentimiento para familiar/representante legal para la participación en el estudio.....	108

1. Resumen

Objetivos: El objetivo general consiste en realizar un asesoramiento de terapia ocupacional, dirigido a la persona en situación de dependencia y al cuidador informal, en relación a las necesidades de adaptaciones del hogar y de productos de apoyo. Los objetivos específicos son describir el perfil demográfico de los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio de Outes, así como determinar las necesidades de adaptación del hogar y de productos de apoyo.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. La población de estudio está formada por 15 personas usuarias del SAD del Ayuntamiento de Outes. La información se obtiene mediante entrevista con el usuario y/o familia, escalas de valoración (Barthel y Lawton) y la observación en el domicilio.

Resultados: Edad media: 78,93 años; 80% mujeres. Predomina la dependencia severa, según el Barthel. Ninguno de los participantes es independiente para realizar todas las actividades instrumentales. Se detectan barreras arquitectónicas en todos los domicilios visitados (las barreras más frecuentes son: escalones y falta de pasamanos) y los productos de apoyo más recomendados son los dirigidos a la movilidad funcional y a facilitar el desempeño de la actividad de ducha/baño.

Conclusiones: Todos los participantes de este estudio se podrían beneficiar de la intervención del terapeuta ocupacional. La presencia generalizada de barreras arquitectónicas en los domicilios y el gran número de necesidades de productos de apoyo no cubiertas, justifican la intervención de este profesional en el ámbito domiciliario, para promover la independencia, autonomía y la permanencia en el hogar.

Abstract

Objectives: The general objective is to perform occupational therapy advice, aimed at dependent persons and caregivers, about of needs to adaptations and assistive devices. The specific aim are describe the demographic profile of the people who use the home care service in Outes, and identify needs to adaptations home and assistive devices.

Method: A descriptive cross study. The study is based on 15 people who use the home care service in Outes. . The information is obtained through interviews with the user or family, assessment scales (Barthel y Lawton) and observing of the home.

Results: Middle ages: 78,93 years; 80% women. Predominates severe dependence, according Barthel. None of the participants are independent for all instrumental activities. Architectural barriers are detected in all household visited (the most common architectural barriers are steps and lack of handrails.) and the assistive devices more recommended are the products aimed at facilitate the functional mobility and performing shower

Conclusion: All the people of this study could benefit from occupational therapy. The widespread presence of architectural barriers in homes and the large number of needs to assistive devices, justify intervention of this professional in the home setting, with the main objective to promote independence, autonomy and staying at home.

Resumo

Obxectivos: O obxectivo xeral consiste en realizar un asesoramento de terapia ocupacional, dirixido a persoa en situación de dependencia e ó cuidador informal, en relación as necesidades de adaptacións do fogar e dos produtos de apoio. Os obxectivos específicos son describir o perfil demográfico dos usuarios do SAF de Outes, así como determinar as necesidades de adaptación do fogar e de produtos de apoio.

Metodoloxía: Estudo descritivo transversal. A poboación do estudo está formada por 15 persoas usuarias do SAF do Concello de Outes. A información obtense mediante entrevista co usuario e/ou familia, escalas de valoración (Barthel e Lawton) e a observación no domicilio.

Resultados: Idade media: 78,93 anos; 80% mulleres. Predomina a dependencia severa, según o Barthel. Ningún dos participantes é independente para realizar todas as actividades instrumentais. Detéctanse barreiras arquitectónicas en todos os domicilios visitados (as barreira máis frecuentes son: os escalóns e a falta de pasamáns) e os produtos de apoio máis recomendados son os dirixidos a mobilidade funcional e a facilitar o desempeño da actividades de ducha/baño.

Conclusións: Todos os participantes de este estudio poderían beneficiarse da intervención do terapeuta ocupacional. A presenza xeneralizada de barreiras arquitectónicas bis domicilios e o gran número de necesidades de produtos de apoio non cubertas, xustifican a intervención de este profesional no ámbito domiciliario, para promover a independencia, autonomía e a permanencia no fogar.

2. Introducción

2.1 Envejecimiento poblacional y situación de dependencia

El aumento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de natalidad de las últimas décadas son las principales responsables del proceso de envejecimiento demográfico que se está produciendo en los países occidentales. Europa es la región más envejecida del mundo y, entre los primeros puestos, se encuentra España⁽¹⁾.

Actualmente la población española mayor de 65 años supone el 18,2% de la población total. En el 2050, la población perteneciente a este colectivo superará la tercera parte del censo del país⁽²⁾.

La edad supone un factor de riesgo para presentar algún tipo de discapacidad; el aumento de la longevidad conlleva que el número de personas con algún tipo de discapacidad también se haya visto incrementado⁽¹⁾. Sin embargo, la edad no es determinante para presentar alguna discapacidad; a este factor deben añadirse otras razones, como son el aumento en las tasas de supervivencia de determinadas enfermedades crónicas, alteraciones congénitas y las secuelas derivadas de los accidentes laborales y de tráfico⁽³⁾.

Los conceptos "discapacidad" y "dependencia" no son sinónimos, pero se encuentran relacionados. La dependencia se produce a consecuencia de un grado severo de discapacidad, por lo tanto, el aumento del número de personas con discapacidad también implica el incremento de las personas en situación de dependencia⁽⁴⁾.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LPAPAD) define el concepto de "dependencia" como *"el estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, enfermedades o discapacidad y ligadas a*

la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesitan la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o, en caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”⁽⁵⁾.

Un concepto de interés en el ámbito de la atención a las personas en situación de dependencia es el de autonomía. La LPAPAD define autonomía como *“la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”⁽⁵⁾.*

2.2 El sistema español de atención a la situación de dependencia

Con el objetivo de ofrecer respuesta al incremento de personas en situación de dependencia y resolver sus necesidades, en el 2007 se creó un sistema público de protección de dependencia, a través de la promulgación de la LPAPAD. Esta ley tiene por objeto regular el derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, mediante la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas, es decir, el Estado, Comunidades Autónomas y las entidades locales⁽⁵⁾.

El SAAD es el conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados, con el objetivo de contribuir a la mejora de las condiciones de vida de los

ciudadanos ⁽⁵⁾. El acceso al SAAD parte de la solicitud de la valoración de la situación de dependencia. Esta valoración corresponde a las comunidades autónomas y, en Galicia, los terapeutas ocupacionales son el perfil profesional mayoritario para desempeñar esta función ⁽⁶⁾.

Para realizar la valoración de dependencia se aplica el Baremo de Valoración de dependencia (BVD), instrumento que evalúa la capacidad para realizar las tareas básicas de la vida diaria en su entorno habitual ⁽⁷⁾. La aplicación se fundamenta en los informes sobre la salud y el entorno habitual, aportados con la solicitud, así como en los datos obtenidos mediante la observación, la comprobación directa y la entrevista, en el hogar habitual del solicitante. Es necesario considerar los productos de apoyo (PA), ortesis y prótesis. En función de la puntuación otorgada por el BVD, se le reconocerá a la persona uno de los tres grados de dependencia que establece la LPAPAD ⁽⁸⁾ (Tabla 1).

Tabla 1: Grados de dependencia y relación con la puntuación en el Baremo de Valoración de la Dependencia

De 15 a 29 puntos	Grado I de dependencia moderada
De 30 a 44 puntos	Grado II de dependencia severa
De 45 a 72 puntos	Grado III gran dependencia

La resolución del grado de dependencia determina los servicios y/o prestaciones a los que tiene derecho la persona. El Catálogo de Servicios y Prestaciones del SAAD, descrito en las tablas 2 y 3, ofrece varios servicios con la finalidad de facilitar a la persona en situación de dependencia la permanencia en el entorno habitual, todo el tiempo que sea posible, proporcionando un trato digno en los diversos ámbitos de la vida personal, familiar y social de la persona, así como potenciando su incorporación activa a la vida de la comunidad ⁽⁶⁾.

Tabla 2. Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

Prevención de la dependencia	Su objetivo es prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades a través de las actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación.
Teleasistencia	Pretende ofrecer una respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, soledad, inseguridad y aislamiento a través del uso de las tecnologías de la comunicación y con apoyo de medios personales.
Servicio de Ayuda a Domicilio	Conjunto de actuaciones realizadas en el propio domicilio de las personas en situación de dependencia, con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria. Estas actuaciones pueden ir dirigidas a las necesidades domésticas y/o a la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD).
Centro de día y Centro de Noche	Se diferencia entre centro de día para mayores y menores de 65 años, centros de atención especializada y centro de noche. En ellos la persona en situación de dependencia recibe las atenciones que necesita de carácter biopsicosocial, para mejorar o mantener el mayor nivel posible de autonomía personal, además de apoyar a las familias y cuidadores.
Atención residencial	Atención continuada a través de servicios de carácter social y sanitario. Su objetivo es proporcionar un espacio de atención continua a las personas en situación de dependencia, cuando ya no pueden permanecer en su propio domicilio.

Tabla 3. Prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

Vinculada al servicio	Prestación de carácter personal, para financiar el acceso a un servicio privado, cuando no es posible el acceso a un servicio público o concertado de atención.
Para cuidadores en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales	Se concede de forma excepcional, destinada a que la persona en situación de dependencia pueda ser atendida por cuidadores no profesionales de su entorno.
De asistencia personal	Prestación que facilita la contratación de un asistente personal, como medio para fomentar la autonomía de las personas en situación de dependencia y facilitar el acceso a la educación y el trabajo, así como a una vida más autónoma en la ejecución de las ABVD.

El presente estudio se centra en la intervención en el domicilio de las personas en situación de dependencia, entorno habitual de convivencia y desarrollo de la persona. Se analizará el desarrollo y los resultados de una intervención de Terapia Ocupacional (TO) en el hogar de la persona, con los objetivos de promoción de la autonomía y el aumento de la calidad de vida de la persona y la familia, así como para mantener el usuario en su entorno habitual durante el mayor tiempo posible.

2.3 El Servicio de Ayuda a Domicilio para personas en situación de dependencia

El objetivo principal del Catálogo de Servicios del SAAD consiste en ofrecer una respuesta integral a las necesidades de las personas que se encuentran en situación de dependencia⁽³⁾. El presente estudio se ha realizado en uno de los servicios públicos ofertados en el Catálogo del

sistema de atención a la dependencia español: el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).

El SAD desarrolla un programa individualizado de carácter preventivo y rehabilitador, a través de un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesional, prestados en el domicilio de la persona en situación de dependencia. El objetivo básico de este servicio consiste en incrementar la autonomía personal y la calidad de vida en el medio habitual de la persona, evitando así su posible ingreso en un centro residencial⁽⁹⁾. Este servicio comprende la atención personal en la realización de las AVD, la cobertura de las necesidades domésticas y la atención psicosocial⁽¹⁰⁾.

El SAD es coordinado por las corporaciones locales, es decir, los Ayuntamientos, siendo ésta la entidad administrativa más cercana a la persona y entorno familiar ⁽¹¹⁾. En España, su organización y coordinación suele estar a cargo de los Trabajadores Sociales (TS) de los Servicios Sociales de Atención Primaria del Ayuntamiento. Este profesional coordina a los auxiliares de ayuda a domicilio y consensua, con el usuario y la familia, el tipo de intervención y los objetivos de la actuación profesional, siempre con la prioridad de seguir y atender los intereses de la persona.

En cuanto al auxiliar del SAD, es el profesional que tiene la función de atender, en el propio domicilio o entorno habitual de convivencia, siguiendo las pautas de actuación y cuidados indicados por el coordinador del servicio, a todas aquellas personas con dependencia que requieran supervisión y cuidado/atención⁽¹¹⁾.

2.4 La situación de dependencia en Galicia y la necesidad de una intervención en el ámbito rural

Galicia es una comunidad autónoma caracterizada por una elevada proporción de personas mayores. El 23,1% de su población es mayor de 65 años ⁽¹²⁾. Al existir una relación entre dependencia y edad, debido a que el porcentaje de individuos con alguna limitación funcional aumenta al considerar a los grupos de población de mayor edad, las cifras de personas en situación de dependencia en Galicia son elevadas ⁽¹³⁾. Según información estadística del SAAD, con fecha de 28 de febrero de 2015, en Galicia se registraron 80.162 solicitudes de dependencia, el 5,06% de la población total de la comunidad autónoma ⁽⁶⁾.

Más de la mitad de la población gallega reside en zonas rurales ⁽¹²⁾; en estas zonas, diferentes elementos intervienen como dificultades para las personas que se encuentran en situación de dependencia, en relación a las posibilidades de acceso a los recursos socio-sanitarios ⁽¹⁴⁾. Estos elementos son la baja densidad de población y la compleja orografía del territorio, que contribuyen a fomentar el aislamiento y disminuyen las oportunidades de participación y calidad de vida en el entorno social y comunitario ⁽¹⁵⁾.

En una situación social caracterizada por el envejecimiento demográfico, el incremento en el número de personas en situación de dependencia y el deseo mayoritario de la población de permanecer en el entorno habitual, es necesario desarrollar estrategias que fomenten la autonomía personal en el hogar de las personas, especialmente en el ámbito rural, contexto caracterizado por una elevada proporción de barreras para el acceso y uso de la red de servicios sanitarios y sociales.

2.5 La intervención de Terapia ocupacional en el domicilio de las personas en situación de dependencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que *“disfrutar del más alto estándar de salud alcanzable es uno de los derechos fundamentales de todos los seres humanos, sin distinción de raza, religión, creencia política, condición económica o social”* ⁽¹⁶⁾ Para el logro de los objetivos de bienestar y calidad de vida, es fundamental la participación activa en la vida familiar, social y en el entorno comunitario, al favorecer en gran medida, la identidad, la autoestima y la dignidad ⁽¹⁷⁾.

Con el fin de alcanzar los objetivos de autonomía, independencia y participación, una de las profesiones que interviene en el domicilio es la TO, desde los servicios sociales y sanitarios. La labor del terapeuta ocupacional en el domicilio se basa en conseguir la mayor independencia posible de la persona y el mantenimiento en su entorno habitual, por lo que la intervención del terapeuta irá encaminada no solo a la persona, sino también a su entorno físico y social ⁽³⁾.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) (2012) define a la TO como *“una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo es capacitar a las personas para participar en las AVD. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación”* ⁽¹⁸⁾.

La American Occupational Therapy Association (AOTA), en el Marco de Trabajo para la Práctica de TO (2008), destaca que *“toda persona necesita ser capaz o estar disponible para comprometerse con la ocupación que necesite y seleccione para crecer”*. El Marco de Trabajo destaca que la participación en ocupaciones permite *“experimentar independencia o interdependencia, equidad, participación, seguridad,*

salud y bienestar". Además, entiende la actuación de la profesión como un proceso "*centrado en el cliente*", en el que existe una colaboración permanente entre éste y el terapeuta ocupacional. Cada persona desarrolla sus roles y ocupaciones significativas en un contexto, por ello, es necesario trabajar con las personas en éste, con el fin de identificar y establecer una intervención dirigida a disminuir los factores ambientales que intervienen como barreras para el funcionamiento y el desempeño diario. Desde TO, y en el marco de la intervención en el hogar habitual de la persona, es necesario conocer la historia y la perspectiva personal de cada cliente, cuáles son sus necesidades y prioridades, en relación al desempeño de las ocupaciones significativas. La TO evaluará cuáles son los contextos de la persona, qué barreras encuentra para el desempeño ocupacional y cómo puede favorecer la remoción de barreras y dificultades en el hogar habitual ⁽¹⁹⁾.

Los fundamentos teóricos de TO destacan la visión del cliente como ser ocupacional, la asociación entre la realización de actividades y la salud, así como la existencia de una interacción entre la persona y el entorno. El Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional es uno de los modelos que guían la práctica profesional del terapeuta ocupacional en el domicilio. Este modelo conceptualiza a las personas como seres espirituales, con autonomía para determinar, elegir y participar en ocupaciones en su entorno habitual. El potencial del ser humano "*le permite elegir, organizar e implicarse en ocupaciones significativas que le procuran satisfacción*". A través del equilibrio ocupacional, la persona puede expresarse y desarrollarse como ser único. La perspectiva definida por este modelo es una visión holística de la persona, en la que ésta es considerada un todo que adquiere sentido en su relación con el entorno humano y no humano. Por ello, el Modelo Canadiense destaca la importancia del contexto habitual de la persona, así como la necesidad de intervenir sobre el mismo desde la TO ⁽²⁰⁾. Con este objetivo, el terapeuta ocupacional analiza la interacción dinámica entre la persona, su medio ambiente y la ocupación ⁽²¹⁾.

Además de estas acciones, el terapeuta ocupacional también debe intervenir sobre las necesidades del cuidador. Esta persona dedica la mayor parte del tiempo a los cuidados de otra, lo que puede llegar a repercutir en su estado de salud. La sobrecarga a la que están sometidos puede provocar malestar psíquico (ansiedad y depresión), afectar a la salud física (cansancio, cefalea y algias musculares), repercutir en la calidad de vida, deteriorar la situación económica y favorecer el aislamiento social. Todo lo anterior pone de manifiesto la necesidad de implementar actuaciones encaminadas a apoyar a los cuidadores en el proceso de atención y cuidado de la persona en situación de dependencia⁽²²⁾. Desde TO se proporcionan las herramientas necesarias para lograr una mayor autonomía y una mejor calidad de vida, tanto para el usuario como para las personas significativas de su entorno habitual.

2.6 El rol de los productos de apoyo y de la adaptación del hogar en las personas en situación de dependencia

Según la OMS, existen diversos factores que actúan como facilitadores del funcionamiento, elementos cuya influencia consiste en mejorar éste y reducir la discapacidad; uno de estos factores es la adaptación del hogar, intervención incluida dentro del dominio profesional de la TO, en las actuaciones domiciliarias dirigidas a promover la autonomía en las ocupaciones significativas de la persona. El propósito de una adaptación del hogar es disminuir las barreras del entorno, para restablecer o permitir la vida independiente. Se trata de aportar una solución individualizada a los problemas que encuentran las personas en un entorno, los cuales las incapacita o disminuye su potencial, con el fin de lograr la máxima autonomía en las ocupaciones diarias⁽²³⁾.

La modificación en el domicilio reduce las demandas del entorno físico, con la finalidad de favorecer la independencia en la vida diaria, la

prevención de accidentes y el mantenimiento de la persona en el domicilio⁽²⁴⁾. Existen investigaciones que corroboran el beneficio de la adaptación en el hogar, como es el caso del estudio desarrollado por Stark (2009); éste autor concluyó que la adaptación del domicilio mejora el grado de autonomía en el desempeño de las AVD⁽²⁵⁾.

Con el fin de aumentar la independencia de las personas en su hogar, los terapeutas ocupacionales centran su intervención en la eliminación de las barreras que los usuarios pueden encontrar en su desempeño diario. La actuación del terapeuta ocupacional se basa en estrategias compensatorias, dirigidas al asesoramiento y el entrenamiento en el uso de los PA y en la promoción de la accesibilidad en el hogar⁽²⁶⁾.

La presencia de barreras en el entorno físico se asocia con la necesidad de ayuda de otra persona en el desempeño diario. La valoración de las condiciones personales y del entorno es esencial para una adecuada adaptación domiciliaria. Es muy importante que la valoración se lleve a cabo en el propio domicilio, para así identificar y relacionar los aspectos, necesidades e intereses personales y familiares con las características y barreras del domicilio habitual de la persona⁽²⁷⁾.

La adaptación del hogar consiste en la realización de cambios en el entorno físico de residencia y el uso de PA, con la finalidad de eliminar los obstáculos o barreras que encuentra la persona en el desempeño de las AVD en su contexto domiciliario habitual⁽²⁶⁾.

En la intervención domiciliaria de la TO, con los objetivos de la promoción de la autonomía personal, es frecuente el asesoramiento sobre las necesidades de PA. Los PA se pueden definir como los dispositivos destinados a disminuir alguna dificultad, entendiendo ésta como la limitación de la capacidad funcional para realizar una actividad⁽²⁸⁾. Son muchos los dispositivos existentes que pueden facilitar el desempeño de las tareas cotidianas. La prescripción de PA debe ser individualizada, teniendo en cuenta las necesidades e intereses de la persona⁽²⁹⁾.

En resumen, para lograr un desempeño autónomo y satisfactorio, el terapeuta ocupacional analiza las actividades diarias y las características del entorno y, a partir de las necesidades identificadas, asesora sobre modificaciones en el hogar y PA. La correcta adaptación del entorno y el empleo de la tecnología de apoyo proporcionan al usuario y al cuidador un ambiente más seguro, funcional y satisfactorio y les ofrece la oportunidad de lograr el máximo nivel posible de autonomía personal, bienestar y calidad de vida⁽²³⁾.

3. Hipótesis

Las hipótesis de partida del presente estudio son las siguientes:

- El entorno domiciliario de la persona en situación de dependencia se caracteriza por una presencia muy elevada de barreras arquitectónicas para el desempeño de las ocupaciones diarias.
- La mayoría de las personas en situación de dependencia y cuidadores informales precisan la utilización de PA para promover la autonomía y la seguridad en el desempeño diario.
- El grado de conocimiento de las adaptaciones del hogar y de los PA para el desempeño diario, en las personas en situación de dependencia, así como en los cuidadores informales, es muy bajo.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

El objetivo general del presente estudio consiste en realizar un asesoramiento de TO, dirigido a la persona en situación de dependencia y al cuidador informal, en relación a las necesidades de adaptaciones del hogar y los PA, para promover la autonomía y la seguridad en el desempeño diario, así como la permanencia en el entorno domiciliario habitual.

4.2 Objetivos específicos

El objetivo general del estudio se concreta en los siguientes objetivos específicos:

- Describir el perfil demográfico, social y funcional de las personas usuarias del SAD (personas en situación de dependencia y cuidador informal).
- Determinar las necesidades de adaptación del hogar para la persona dependiente y el cuidador, mediante una valoración y análisis de las barreras del domicilio.
- Conocer los PA que utiliza la persona y/o el cuidador.
- Determinar las necesidades de PA, para el desempeño diario de la persona en situación de dependencia y del cuidador.

5. Metodología

El diseño del presente estudio es descriptivo transversal.

5.1 Ámbito de estudio

El estudio se ha realizado en el Ayuntamiento de Outes, con una muestra de 15 personas usuarias del SAD y sus cuidadores no profesionales.

5.1.1 El Ayuntamiento de Outes

Outes (Figura 1) es una pequeña localidad perteneciente a la comarca de Noia, situada en el suroeste de la provincia de A Coruña e integrada además por los ayuntamientos de Noia, Lousame y Porto do Son⁽³⁰⁾.

Este municipio cuenta con una extensión total de 99,7 Km² y su población es de 6.804 personas, de los cuales, el 60% son mujeres; la tercera parte de la población tiene 65 años o más⁽³⁰⁾.

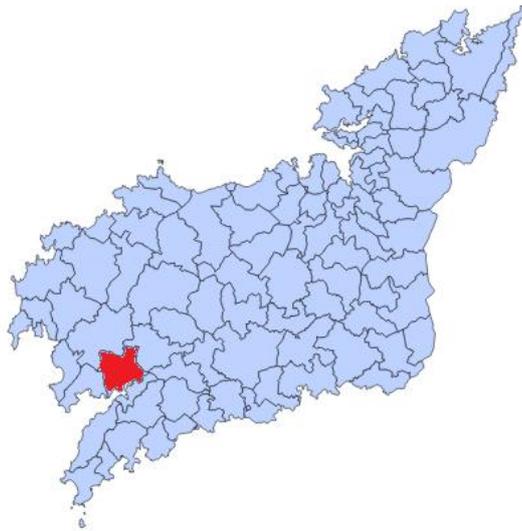


Figura 1: Localización del Ayuntamiento de Outes en la provincia de A Coruña

Este ayuntamiento consta de 153 localidades, distribuidas en 10 parroquias: Cando, Entíns, Freixo, Matasueiro, Outes, Roo, San Cosme, San Ourense, Tarás y Valadares.

La densidad de población de Outes es de 93 habitantes por kilómetro cuadrado; su población tiende a concentrarse en el litoral, de forma que la mitad de ella vive en tres núcleos: A Serra, Freixo y Roo.

En la economía de Outes tiene gran importancia la pesca, el marisqueo, la agricultura y la ganadería. El sector pesquero se concentra mayoritariamente en los puertos Freixo y San Cosme.

5.1.2 El Servicio de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento de Outes

En el Ayuntamiento de Outes, el TS es el encargado de coordinar el SAD, función que incluye la organización del trabajo de los auxiliares de ayuda a domicilio. Aproximadamente la mitad de los auxiliares del SAD de Outes son personal contratado directamente por el ayuntamiento; la plantilla restante de auxiliares pertenecen a una empresa privada.

En relación al tipo de intervención a implementar en cada domicilio, el TS consensua con el usuario y su familia cuál es la actuación más adecuada a los intereses y necesidades personales.

Existen dos procedimientos para acceder al SAD del ayuntamiento de Outes:

- Acceso por el sistema de libre concurrencia, con atención directa. Este tipo de acceso se tramita y gestiona directamente desde el Ayuntamiento y está dirigido a aquellas personas que no tienen un grado de dependencia reconocido, o, si la tienen, su grado asignado es moderado, es decir, un grado I de dependencia, por lo que no puede acceder al sistema español de atención a la dependencia.

- Acceso a través del SAAD. Para personas con un grado II o III de dependencia reconocido. En este caso, el servicio es prestado por una empresa privada, contratada por el ayuntamiento, y la Xunta de Galicia, a través de la Consellería de Traballo e Benestar, financia de forma parcial el servicio, al ser personas incluidas en el sistema público de atención a la dependencia.

5.2 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

Para poder participar en el estudio, las personas deben cumplir los siguientes criterios:

- Ser mayor de 18 años.
- Estar empadronado en el Ayuntamiento de Outes.
- Ser usuario del SAD municipal, por razones de discapacidad y/o dependencia.

Criterios de exclusión:

Se excluyen las personas que presenten los siguientes requisitos:

- Acudir a un centro de día que cuente con la intervención profesional de un terapeuta ocupacional.
- No prestar el consentimiento para participar en el estudio.

5.3 Procedimiento de realización del estudio

En primer lugar, se realizó una entrevista con el alcalde y el TS del Ayuntamiento de Outes. El motivo de esta reunión fue presentar el estudio

y sus características, con el fin de solicitar el consentimiento del Ayuntamiento para la realización del estudio con usuarios del SAD municipal. Se presentó al Ayuntamiento por escrito información detallada del estudio (Anexo 1). Tras este encuentro, el Ayuntamiento y el departamento de Servicios Sociales autorizaron la realización del estudio.

Posteriormente, empleando el listado de usuarios del SAD municipal, el TS seleccionó la muestra necesaria para el estudio, formada por 15 participantes, de forma aleatoria. A continuación, el TS estableció un contacto inicial con las personas seleccionadas, para explicarles el estudio (características y finalidad) y solicitar su autorización para aportar a la investigadora los datos de contacto (nombre, dirección y número de teléfono). Todos los participantes autorizaron a la investigadora el acceso a sus datos personales para establecer el contacto.

A partir de la autorización de los participantes, la investigadora contactó con ellos y con sus cuidadores no profesionales, para explicarles las características del estudio, entregarles una hoja con información detallada del estudio y solicitar su participación en la investigación, mediante la firma de la hoja de consentimiento informado.

La Figura 2 expone el procedimiento de selección de la muestra mediante un diagrama de flujo.

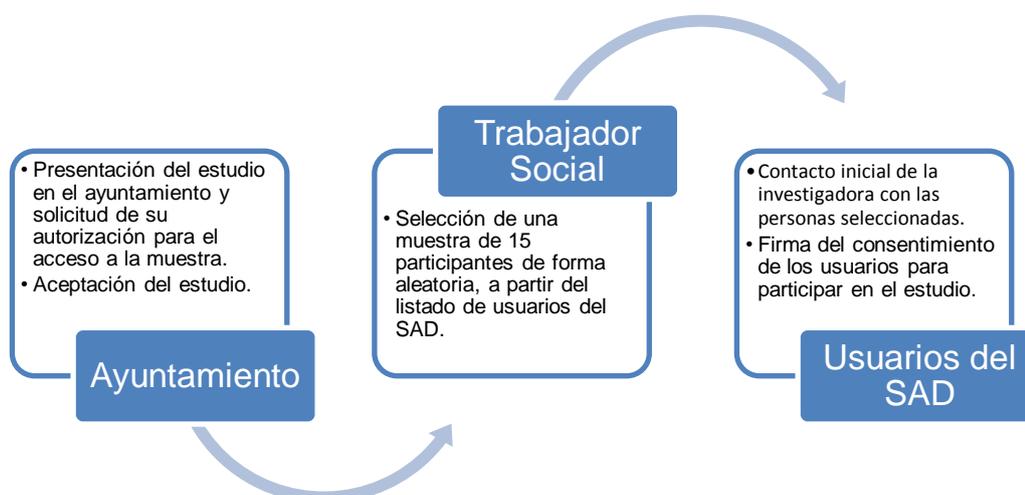


Figura 2. Procedimiento de selección de muestra: Diagrama de flujo

5.4 Procedimiento de recogida de información

Una vez que se autorizó la realización del estudio, se concertó una entrevista con cada usuario y/o con el cuidador, en su propio hogar.

La recogida de datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada, con preguntas cerradas y abiertas. Se incluyeron preguntas abiertas, sin un formato de respuesta predefinido, con el fin de proporcionar mayor libertad y flexibilidad al participante en la obtención de la información, permitiendo profundizar en las necesidades y demandas específicas de cada usuario.

Las herramientas utilizadas para obtener la información durante estas entrevistas fueron la observación y una serie de cuestionarios:

- Hoja de recogida de datos personales del usuario y del cuidador informal (Anexo 2): La información recogida en este documento pertenece al usuario, al cuidador y a la vivienda.

En cuanto al usuario, la información que se recoge se corresponde a "edad", "género", "estado civil", "nivel de estudios", "profesiones desempeñadas", "actividades de ocio que desempeña", actividades de ocio que le gustaría desempeñar", "condición de salud principal por la que requiere el SAD", "áreas de ocupación que desempeña de forma independiente", áreas de ocupación que desempeña de forma insegura y/o con apoyo de otra persona" y "PA que utiliza".

En relación al cuidador, los datos recogidos son "cuidador informal", "edad", "género" y "grado de parentesco".

Con respecto a la vivienda: "año de la construcción", "entorno" y "número de miembros en el hogar".

- Índice de Barthel (Anexo 3): Herramienta que valora el nivel de independencia del usuario en las ABVD. Las actividades que se

evalúan son la capacidad de comer, moverse de la silla a la cama, realizar el aseo personal, ir al retrete, ducharse/bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y mantener el control intestinal y urinario. Se establece una puntuación entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, mayor grado de dependencia. Los puntos de corte para facilitar la interpretación son <20 dependencia total; 20-35 dependencia grave; 40-55 dependencia moderada; ≥60 dependencia leve y 100 independencia⁽³¹⁾.

- Índice de Lawton&Brody (Anexo 4): Instrumento para la valoración de las actividades de la vida diaria instrumentales (AIVD). Esta herramienta evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems, que son la capacidad de utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía⁽³²⁾.
- Informe de accesibilidad en el hogar (Anexo 5): El estudio de las barreras arquitectónicas se realiza mediante la observación del domicilio y un cuestionario. Las preguntas que se realizan en el cuestionario están encaminadas a conocer si el usuario encuentra algún obstáculo que interfiera en su desempeño diario.
- Cuestionario para la evaluación del conocimiento de los PA (Anexo 6): Tiene como fin evaluar el conocimiento que tienen los participantes de este estudio sobre los PA para el desempeño diario.
Este cuestionario consiste en determinar si el usuario y/o el cuidador conocen algún PA para facilitar las actividades que se realizan a lo largo del día. Si la respuesta es afirmativa, se anotan los PA que conocen. Las tareas analizadas son la alimentación,

uso del WC, ducha/baño, aseo personal, vestido, sentarse/levantarse de cama o de una silla, realizar tareas domésticas, ocio y desplazarse, tanto dentro como fuera del hogar.

- Cuestionario para valorar la necesidad de utilizar PA (Anexo 7): Tras recopilar la información anterior, la investigadora utiliza este cuestionario con el objetivo de asesorar a las personas sobre qué PA podrían utilizar. Este cuestionario se divide en tres columnas. En la primera, se hace una breve descripción del PA y en qué casos se indica su utilización. En la segunda se aportan fotos para facilitar el reconocimiento de los PA y, en la última columna, se hacen las siguientes preguntas "¿Lo necesita?" y " En caso afirmativo ¿Lo utiliza?". Cuando el participante precisa y, a la vez, no utiliza el PA, la investigadora realiza un asesoramiento sobre la necesidad de ese dispositivo: explica a la persona en situación de dependencia y al cuidador que es necesario su utilización, para qué sirve, cómo se utiliza y cómo pueden adquirirlo.

Tras la recogida de datos, y a partir de las necesidades identificadas en la observación y mediante la aplicación de los cuestionarios anteriores, la investigadora realiza un asesoramiento sobre la supresión de barreras y la tecnología de apoyo, para promover la autonomía, la independencia, la participación y la seguridad en el desempeño de las actividades diarias de la persona dependiente. Este asesoramiento incluye las adaptaciones que se pueden realizar en el hogar, así como los PA que les pueden ser útiles. Además se aporta información sobre cómo pueden adquirir los PA.

Al finalizar esta reunión, se les entrega un folleto informativo sobre diversos PA que existen para facilitar la realización de diferentes AVD, elaborado por la terapeuta ocupacional investigadora, a partir de la búsqueda de información en monografías de relevancia en el ámbito de la adaptación del hogar y de los PA⁽³³⁾ (Anexo 8).

La duración de cada entrevista es aproximadamente de 1 hora.

5.5 Variables del estudio

- Edad.
- Género.
- Estado civil: casado/a, soltero/a, divorciado/a, viudo/a y vive en pareja.
- Profesión principal.
- Actividades de ocio que desempeña y le gustaría desempeñar.
- Condición de salud principal.
- Áreas de ocupación que desempeña de forma independiente: ABVD, AIVD, trabajo, juego, ocio y tiempo libre, educación, descanso y sueño y participación social.
- Áreas de ocupación que desempeña de forma insegura y/o con apoyo de otra persona: ABVD, AIVD, trabajo, juego, ocio y tiempo libre, educación, descanso y sueño y participación social.
- PA que utiliza.
- Existe la figura del cuidador informal (sí/no).
- Edad del cuidador informal.
- Sexo del cuidador informal.
- Grado de parentesco entre el usuario y el cuidador informal: Hijo/a-hermano/nuera, cónyuge/pareja, padre/madre, hermano/a, sobrino/a, otro parentesco, no familiar.
- Año de construcción de la vivienda: Anterior a 1975, 1975-1990, 1990-actualidad.
- Entorno: Urbano, rural.
- Número de miembros en el hogar.
- Índice de Barthel.
- Escala de Lawton&Brody.
- Barreras arquitectónicas del hogar.
- Conocimiento de los usuarios sobre los PA.

- Necesidades de PA y, si se detecta que existe esta necesidad, se determina si el usuario lo utiliza o no. Cuando la persona necesita un PA y no lo utiliza, existe una necesidad no cubierta de PA.

5.6 Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio, mediante el programa estadístico SPSS, en la versión 19. Las variables de tipo cuantitativo se expresan en mediana, valores mínimo y máximo. Para la descripción de las variables cualitativas, se utiliza la frecuencia (N) y el porcentaje.

5.7 Consideraciones éticas

Con respecto al cumplimiento de las consideraciones éticas, en primer lugar, se obtuvo la autorización del ayuntamiento para la realización de este estudio. Las personas participantes, tras ser informadas del objetivo y de las características del estudio por el TS, firmaron una autorización para el acceso a sus datos personales de contacto.

Se explicó el estudio de forma detallada a todos los participantes y se aportó una hoja con información de la investigación (Anexo 9). Los participantes (persona en situación de dependencia o el familiar/representante legal) firmaron por escrito una hoja de consentimiento, para autorizar su participación en el estudio. (Anexo 10 y 11).

A través de los procedimientos descritos anteriormente, se garantizó la confidencialidad de los datos y de la información de los participantes en la investigación, siguiendo la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter Personal.

6. Resultados

6.1 Análisis descriptivo de la muestra

6.1.1 Características sociodemográficas

Usuarios del SAD

A continuación, se muestran las características sociodemográficas de los participantes (Tablas 4 y 5). El perfil mayoritario se corresponde con el género femenino (80%) y la edad mediana es de 87 años. Las mujeres tienen una edad mayor que los hombres participantes.

Tabla 4. Género y edad de los usuarios del SAD del ayuntamiento de Outes (n=15)

Género	
Femenino	80%
Edad	
Mediana	87
Mínimo y máximo	36 y 99
Mujer (n=12): mediana	87,5
Hombre (n=3): mediana	67

En relación al estado civil, dos terceras partes de los participantes son viudos, a continuación, en orden decreciente, se sitúan los solteros (20%) y los casados (13,33%).

Con respecto al nivel de estudios, todos los sujetos se clasifican entre estudios primarios (80%) y "no aprendió a leer/escribir" (20%).

Referente al número de miembros en el hogar, lo más frecuente es un domicilio con tres personas (46,66%), seguido de dos miembros (26,67%) y la opción "más de tres miembros" (26,67%).

Tabla 5. Características demográficas de los participantes

	N	%
Estado civil		
Casado/a	2	13,3
Soltero/a	3	20
Divorciado/a	0	0
Viudo/a	10	66,7
Vive en pareja	0	0
Nivel de estudios		
Estudios primarios	12	80
Estudios medios	0	0
Estudios superiores	0	0
No aprendió a leer/escribir	3	20
Miembros en el hogar		
Uno	0	0
Dos	4	26,7
Tres	7	46,6
Más de tres	4	26,7

Cuidador

En todas las entrevistas realizadas estuvo presente el cuidador informal y en el 86,66% de ellas, fue esta persona quien contestó a las preguntas, a consecuencia de que la persona dependiente presentaba deterioro cognitivo/demencia. En cuanto al parentesco que guarda el cuidador informal con el usuario, en el 73,3% de los casos, es el hijo el que representa la figura del cuidador.

La Tabla 6 muestra las características de género y edad del cuidador informal. Más del 66% son mujeres y la edad mediana es de 64 años.

Tabla 6. Género y edad de los cuidadores informales (n=15)

Género	
Femenino	66,7%
Edad	
Mediana	64
Mínimo y máximo	26 y 72
Mujer (n=10): mediana	64,5
Hombre (n=5): mediana	55

6.2 Actividades de la Vida Diaria

6.2.1 Actividades Básicas de la Vida Diaria: Índice de Barthel

Los participantes de este estudio obtuvieron una mediana de 30 puntos en el Barthel, dato que se corresponde con una dependencia grave (Tabla 7).

Tabla 7. Actividades básicas de la vida diaria: Resultados del índice de Barthel

Estadístico	Valor
Mediana	30
Valor máximo	60
Valor mínimo	5

La Figura 3 expone el grado de dependencia de los participantes. La mayor parte de los usuarios presentan dependencia grave (46,7%) y el grado menos frecuente es la dependencia leve (13,3%)

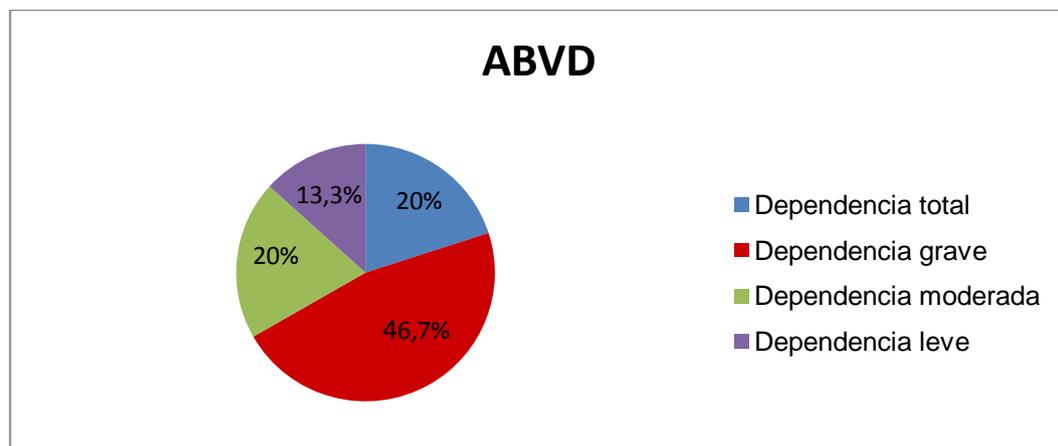


Figura 3. Grado de dependencia, según el índice de Barthel

La Tabla 8 refleja los resultados obtenidos en cada una de las actividades evaluadas en el Barthel. Las actividades básicas con el mayor porcentaje de dependencia son el baño (93,3%), el arreglo personal (86,6%) y usar el retrete (80%).

Tabla 8. Resultados del Índice de Barthel

	N	%
Alimentación		
Independiente	3	20
Necesita ayuda	10	66,6
Dependiente	2	12,3
Ducha/Baño		
Independiente	1	6,6
Dependiente	14	93,3
Vestido		
Independiente	0	0
Necesita ayuda	6	40
Dependiente	9	60
Arreglo personal		
Independiente	2	13,3
Dependiente	13	86,6
Deposiciones		
Continencia normal	3	20
Accidente ocasional	4	26,6
Incontinencia	8	53,3
Micción		
Continencia normal	4	26,6
Accidente ocasional	4	26,6
Incontinencia	7	46,6
Usar el retrete		
Independiente	0	0
Necesita ayuda	3	20
Dependiente	12	80
Trasladarse		
Independiente	1	6,6
Mínima ayuda	2	13,3
Gran ayuda	10	66,6
Dependiente	2	13,3
Deambular		
Independiente	0	0
Necesita ayuda	11	73,3
Independiente en silla de ruedas	1	6,6
Dependientes	3	20
Escalones		
Independiente	0	0
Necesita ayuda	8	53,3
Dependiente	7	46,6

6.2.2 Actividades Instrumentales de la Vida Diaria: Escala de Lawton&Brody

Las personas usuarias del SAD obtuvieron un valor mínimo de 0 y un máximo de 4 en la Escala de Lawton&Brody. Esto significa que la persona con la mayor dependencia no realiza ninguna de las AIVD valoradas, mientras que la persona con la mayor puntuación en este instrumento de evaluación, desempeña 4 de las 8 AIVD (Tabla 9).

Tabla 9. Puntuación total de la Escala de Lowton&Brody.

Estadístico	Valor
Mediana	0
Moda	0
Valor mínimo	0
Valor máximo	4

Las AIVD en las que muestran más dificultades para su desempeño son hacer la compra y el lavado de la ropa, seguidas del cuidado de la casa, manejo de asuntos económicos y preparación de la comida (Tabla 10).

Tabla 10. Actividades instrumentales de la vida diaria: resultados de la Escala de Lawton & Brody (n=15)

	N	%
Capacidad para usar el teléfono		
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	0	0
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	6,6
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	2	13,3
No es capaz de usar el teléfono	12	80
Hacer compras		
Realiza todas las compras necesarias independientemente	0	0
Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0	0
Totalmente incapaz de comprar	15	100
Preparación de la comida		
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo	0	0
Prepara las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0	0
Prepara y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	2	13,3
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	13	86,7
Cuidado de la casa		
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional	0	0
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	0	0
Realiza tareas ligeras, pero no mantiene buen nivel de limpieza	0	0
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	6,6
No participa en ninguna labor de la casa	14	93,3
Lavado de la ropa		
Lava por sí solo toda su ropa	0	0
Lava por sí solo pequeñas prendas	0	0
Todo el lavado de ropa debe de ser realizado por otro	15	100
Uso de medios de transporte		
Viaja solo con el transporte público o conduce su propio coche	0	0
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	0	0
Viaja en transporte público cuando va acompañado	1	6,6
Solo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	6	40
No viaja	8	53
Responsabilidad respecto a su medicación		
Es capaz de tomar su medicación correctamente	2	13,3
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	2	13,3
No es capaz de administrarse su medicación	11	73,3
Manejo de sus asuntos económicos		
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	6,6
Realiza compras, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	0	0
Incapaz de manejar dinero	14	93,3

6.3 Análisis de la presencia de barreras en el hogar

En la Tabla 11 se exponen las características generales de los domicilios de los participantes. La mayor parte de ellos (86,7%) residen en una vivienda unifamiliar. En cuanto al acceso, solo el 6,6% de los portales se encuentran enrasados con el exterior, es decir, sin escalones o diferencias de nivel.

Tabla 11. Características del domicilio

	%
Tipo de hogar	
Apartamento/Piso	13,3
Vivienda unifamiliar	86,7
Acceso	
Portal enrasado con la calle	6,6
Portal no enrasado con la calle	93,4
Tiene portero automático	13,3
Comunicación vertical	
Número de escaleras exteriores	
De cero a cinco	86,7
Más de cinco	13,3
Número escaleras interiores	
De una a ocho	13,3
Más de ocho	86,7

A continuación, se exponen de forma detallada otras características del domicilio que favorecen o dificultan el desempeño diario según la visión de los participantes.

6.3.1 Evaluación de la comunicación vertical

En cuanto a la altura de las escaleras, tanto exteriores como interiores, la mayor parte de los participantes refieren que su altura no es adecuada (Figura 4). El 80% de los hogares cuentan con pasamanos en un solo lado y el 20% restante, carece de él. Ningún domicilio tiene pasamanos a ambos lados de la escalera.

En relación al ascensor, el 13,3% de los domicilios cuentan con él, pero en todos estos casos, la anchura de la puerta no es adecuada.

Ningún domicilio cuenta con rampa en la entrada.

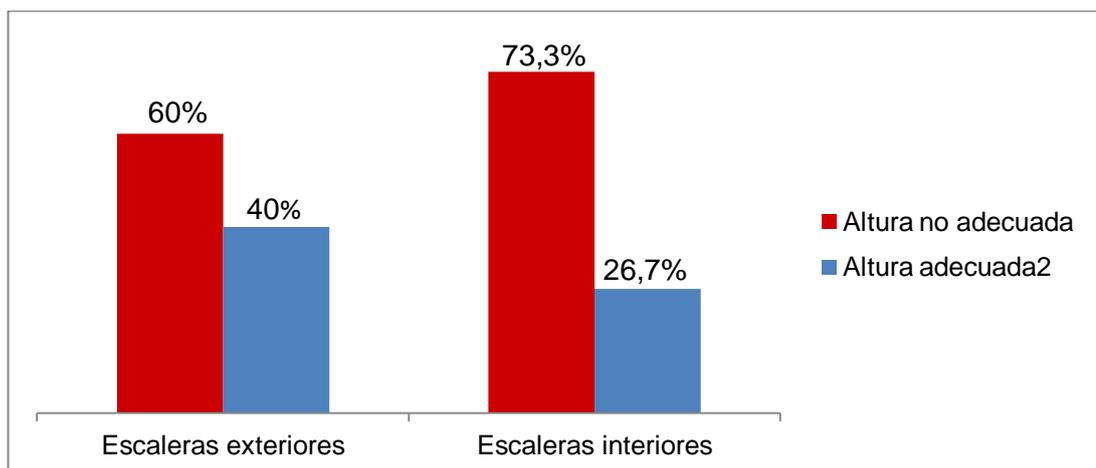


Figura 4. Altura de las escaleras del domicilio

6.3.2 Evaluación de la comunicación horizontal

Recibidor:

El recibidor del domicilio cuenta con una anchura adecuada en todos los casos.

En cuanto a los obstáculos, un tercio de las personas participantes no se desplazan por esta zona con seguridad debido a ellos.

El 20% de los recibidores no cuentan con espacio de maniobra suficiente (Figura 5).

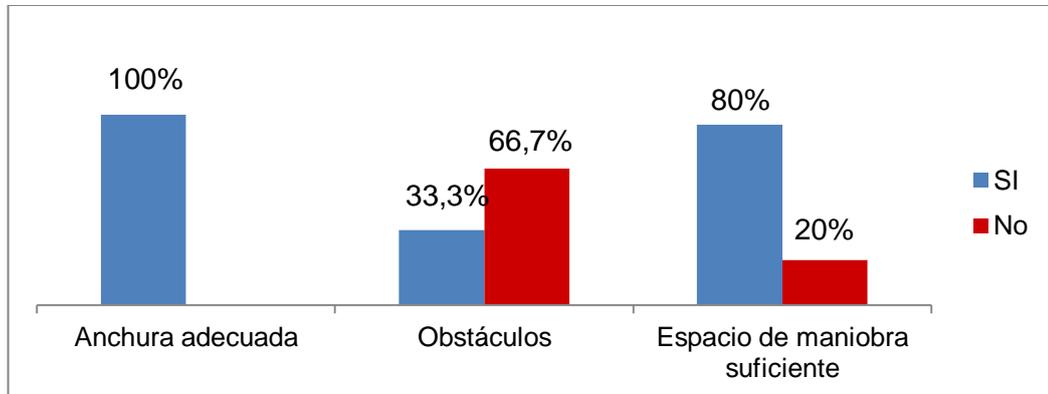


Figura 5. Características del recibidor

Pasillo:

El 100% de los domicilios tienen un pasillo con una anchura adecuada. Ninguno de ellos cuenta con pasamanos. El 20% de los usuarios se encuentran con algún obstáculo en dicha zona (Figura 6).

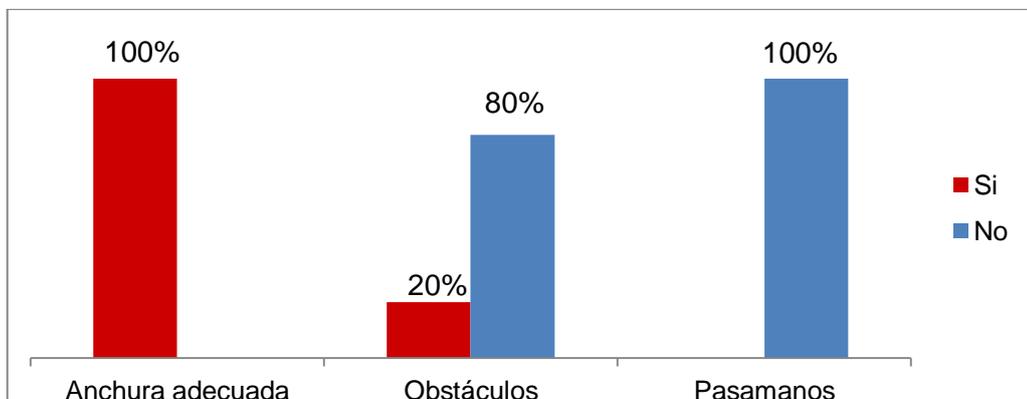


Figura 6. Características del pasillo

6.3.3 Evaluación del dormitorio

El 93,3% de los dormitorios cuentan con un espacio de maniobra suficiente. Referente a las camas el 93,3% de los usuarios refieren que

tienen una altura adecuada. En el 60% de los casos la persona puede acceder de forma independiente a la cama por ambos lados (Figura 7).

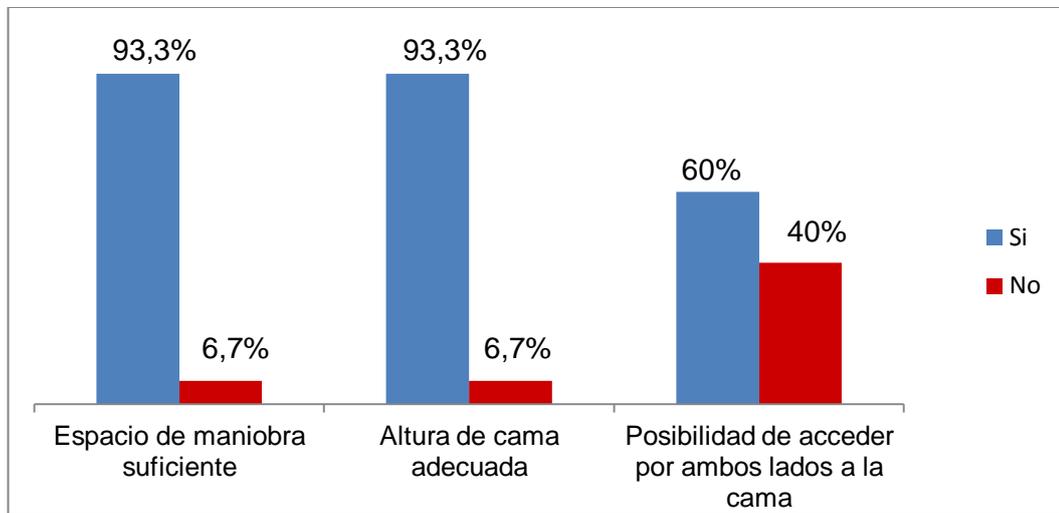


Figura 7. Características del dormitorio

6.3.4 Evaluación del baño

El 46,6% de los baños tienen espacio de maniobra suficiente.

En cuanto al inodoro, el 40% tiene una altura adecuada y solo el 26,6% dispone de espacio de aproximación lateral. Únicamente el 13,3% de los domicilios cuentan con barras de apoyo en esta estancia (Figura 8).

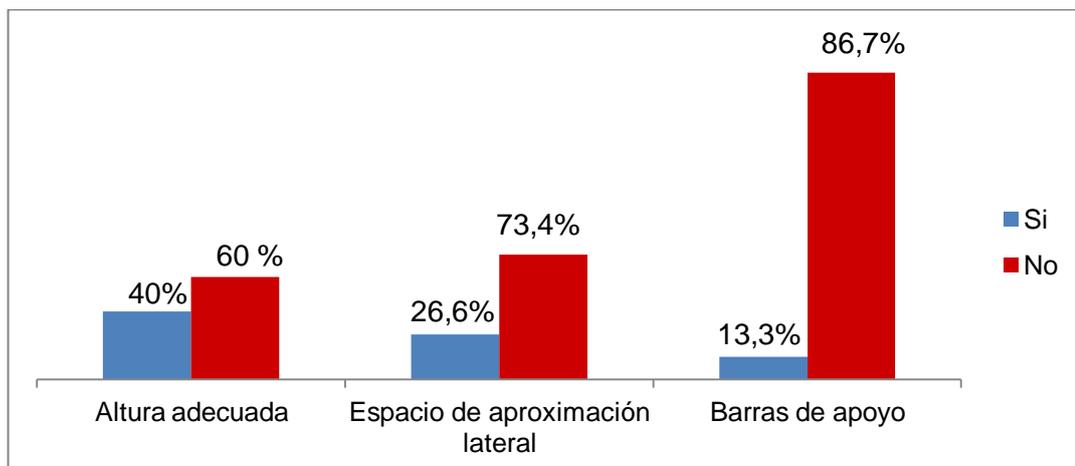


Figura 8. Características del inodoro

En relación al lavabo, el 73,3% tiene una altura adecuada, pero solo el 20% dispone de espacio de aproximación lateral (Figura 9).

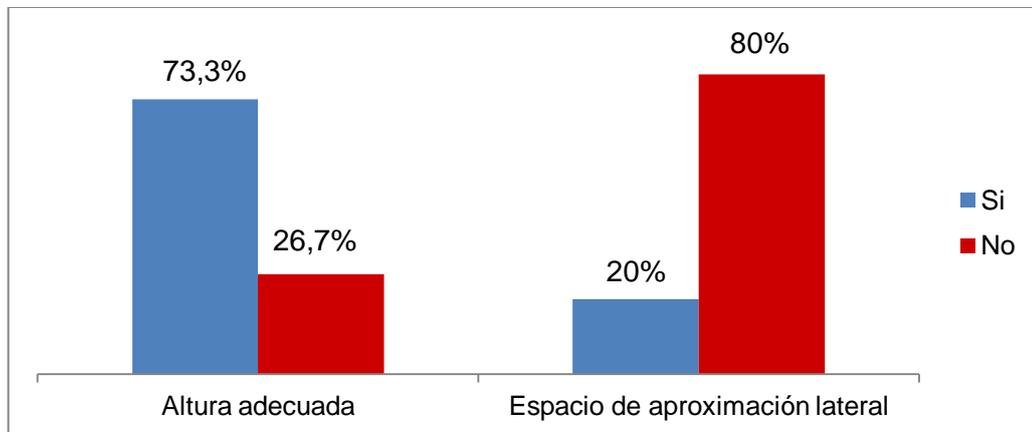


Figura 9. Características del lavabo

6.3.5 Evaluación de la ducha/bañera

El 53,3% de las personas que participan en este estudio tienen ducha en su domicilio; el resto de los participantes cuentan con bañera. Solo el 20% de los participantes tienen el suelo de la ducha enrasado.

6.3.6 Evaluación del cuarto de estar

El espacio de maniobra del cuarto de baño es insuficiente en todos los hogares evaluados. El 93,3% de las personas afirman que pueden realizar sin dificultad la transferencia al sillón.

6.3.7 Evaluación de la cocina

El espacio de maniobra de la cocina es insuficiente en todos los hogares evaluados. El 80% de las personas encuestadas afirman que pueden

realizar sin dificultad las tareas de abrir, manipular y coger alimentos del frigorífico, congelador, armarios etc.

6.4 Análisis del conocimiento de los participantes sobre los productos de apoyo

6.4.1 Conocimiento sobre la existencia de productos de apoyo para el desempeño diario

Se han clasificado los PA según su aplicación en las diversas AVD: "Alimentación", "Uso del WC", "Ducha/Baño", "Aseo personal", "Vestido", "Sentarse/levantarse de cama o de una silla", "Desplazarse tanto dentro como fuera del hogar", "Realizar tareas domésticas" y "Ocio".

La Figura 10 muestra el porcentaje de sujetos que conocen algún PA relacionado con las actividades diarias estudiadas. Los dispositivos más conocidos por los participantes son los relacionados con el desempeño de la actividad "Desplazarse tanto dentro como fuera del hogar" (93,33%). A continuación, se encuentran los relativos a las tareas de "Ducha/Baño".

Los PA menos conocidos son los relacionados con las actividades de ocio. Ninguno de los participantes conoce algún PA para facilitar el desempeño de esta actividad.

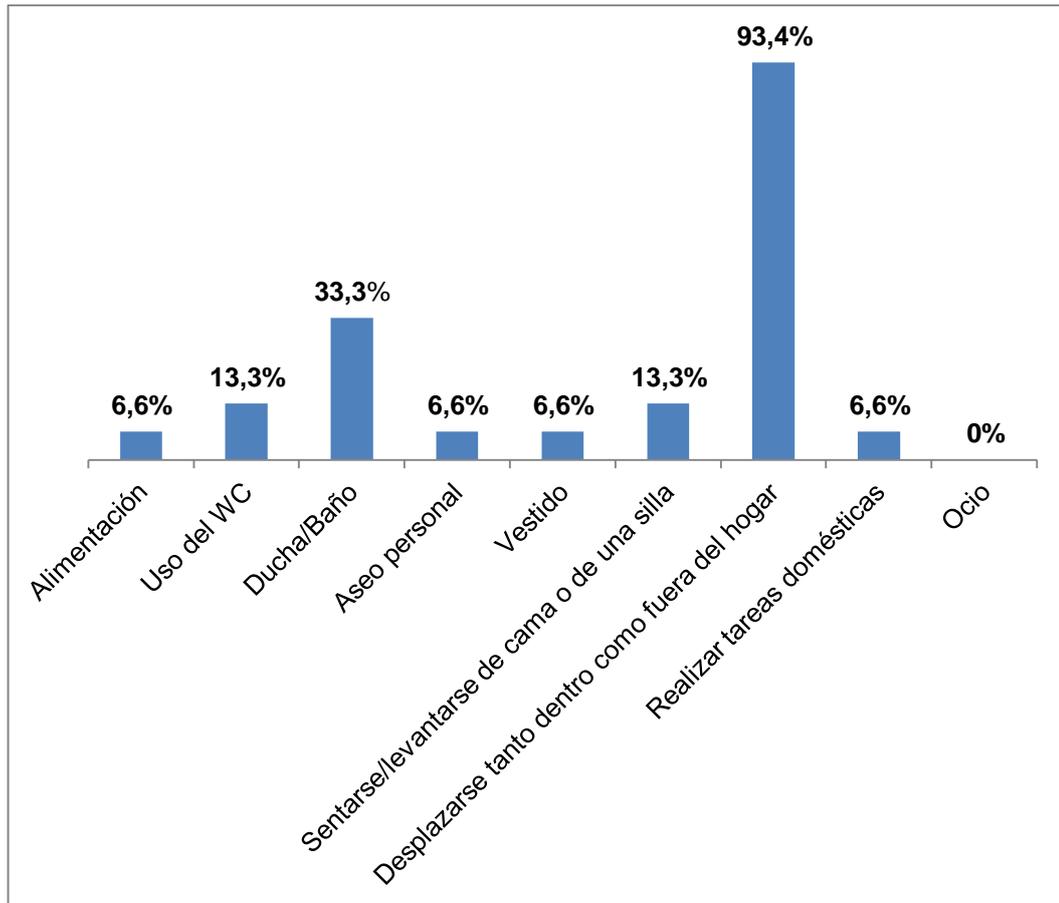


Figura 10. Porcentaje de personas que conocen algún PA para el desempeño de la actividad.

6.4.2 Productos de apoyo para el desempeño de las actividades diarias conocidos por los participantes

La Tabla 12 expone cuales son los PA más conocidos por los participantes, en cada una de las actividades analizadas en el presente estudio.

Los PA más conocidos por los participantes, son aquellos que facilitan la actividad de "Desplazarse tanto dentro como fuera del hogar". Dos de cada tres personas conocen las sillas de ruedas, el 26,6% los andadores, el 20% los bastones y el 6,6% menciona las muletas como facilitadores de esta actividad.

Para facilitar la ducha y/o el baño, los participantes mencionaron varios PA. El 26,6% del total de la muestra saben de la existencia de las sillas de ducha, el mismo porcentaje de participantes conoce las barras de apoyo y, en cuanto a las tablas de bañera, son conocidas por el 6,6% de los encuestados.

En la alimentación, el 6,6% de los participantes conocen algún PA que facilite dicha actividad. Los cubiertos adaptados son el único dispositivo conocido.

En cuanto al uso del WC, solo el 6,6% de la muestra conoce algún PA para facilitar esta tarea. Los PA que mencionan los participantes son las alzas y los asideros.

Solo el 6,6% de los participantes mencionan un PA para el arreglo personal, el cepillo de mango largo. La misma proporción conoce algún PA para facilitar el vestido (ponemedias, el abrochabotones y los calzadores).

Con la finalidad de realizar las tareas domésticas, el 6,6% de los participantes reconocen los robots de cocina como PA para esta actividad.

En cuanto al ocio, ningún participante conoce la existencia de PA para el desempeño de esta actividad.

Tabla 12. Productos de apoyo para el desempeño diario conocidos por los participantes

		Conoce (%)
Alimentación	Cubiertos adaptados	6,6
Uso del WC	Asideros	6,6
	Alzas	6,6
Ducha/Baño	Sillas de ducha	26,6
	Barras de apoyo	26,6
	Tablas de bañera	6,6
Aseo personal	Cepillos de mango largo	6,6
Vestido	Ponemedias	6,6
	Abrochabotones	6,6
	Calzadores	6,6
Sentarse/levantarse de cama o de una silla	Grúas	6,6
	Camas articuladas	6,6
	Barras	6,6
Desplazarse tanto dentro como fuera del hogar	Sillas de ruedas	66,6
	Andadores	26,6
	Bastón	20
	Muleta	6,6
Realizar tareas domésticas	Robots de cocina	6,6
Ocio	-	-

6.5 Análisis del asesoramiento sobre los productos de apoyo.

En el presente estudio, se realizó una evaluación de las necesidades de PA para el desempeño diario de la persona en situación de dependencia y para el cuidador informal. La investigadora determinó si el participante necesita y si utiliza diversos tipos de PA, clasificados en los siguientes grupos de actividades: "Alimentación", " Higiene personal relacionada con la micción y la defecación", "Bañarse/Ducharse", "Vestirse", " Movilidad funcional", " Mantenimiento de la salud", " Higiene y arreglo personal", " Tareas domésticas" y "Ocio".

A partir de los resultados de la valoración de las necesidades de PA, se realizó un asesoramiento a la persona dependiente y al cuidador informal, sobre tecnología de apoyo para promover la autonomía e independencia en el desempeño diario. Cuando el participante necesita y, a la vez, no utiliza un PA, la investigadora explicó a los participantes la necesidad de este PA, cuáles son sus beneficios, cómo se utiliza y cómo pueden adquirirlo. Este asesoramiento se realizó en base a una guía donde están clasificados los PA analizados en el estudio según su finalidad (Anexo 7).

Los PA que más se recomendaron en este asesoramiento fueron los relacionados con la movilidad funcional (93,3%), seguidos de los PA que facilitan la actividad de ducha/baño (86,7%).

6.5.1 Productos de apoyo para la alimentación

El PA necesario para el mayor número de participantes fue el plato con reborde.

En el momento de la entrevista, ninguno de los participantes utiliza alguno de los tres PA analizados en la actividad de alimentación (Figura 11).

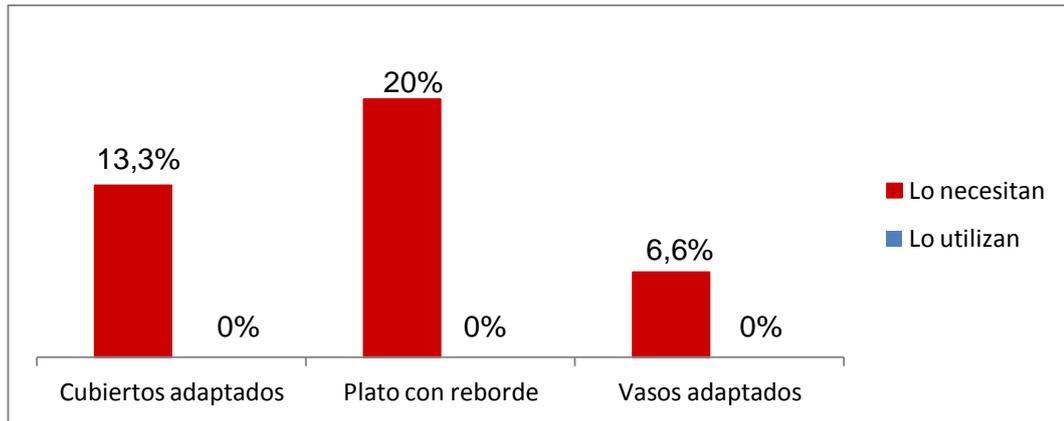


Figura 11.Productos de apoyo para la alimentación

6.5.2 Productos de apoyo para la higiene personal relacionada con la micción y la defecación

En la Figura 12 se exponen los resultados relativos a los PA para facilitar la higiene en la micción y defecación. Los PA más necesarios son el alza para el WC y las barras de apoyo. En cuanto a su utilización, solo el 6,6% de los participantes utilizan el alza para el WC; ningún domicilio cuenta con los asideros en el retrete.

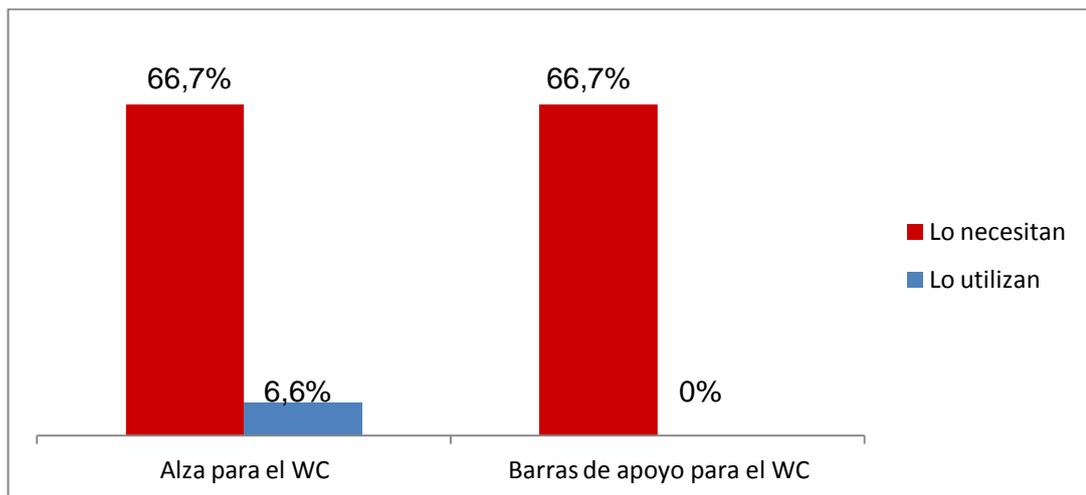


Figura 12.Productos de apoyo para la higiene relacionada con la micción y la defecación

6.5.3 Productos de apoyo para baño/ducha

En cuanto a las necesidades de PA para facilitar el desempeño de la actividad de ducha/baño, las barras de apoyo son los PA más necesarios (80%), seguido de las tablas de bañera, sillas giratorias y sillas de ducha (60%). Las barras de ducha son los dispositivos más utilizados (26,7%). Ninguno de los participantes utilizaba una esponja de mango largo ni los dispensadores de gel/champú (Figura 13).

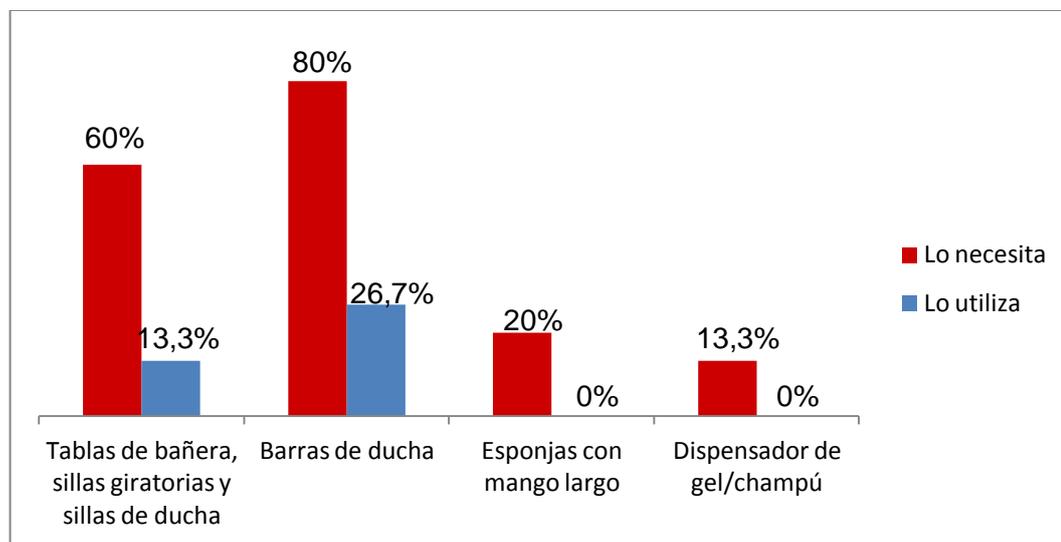


Figura 13.Productos de apoyo para baño/ducha

6.5.4 Productos de apoyo para el vestido

Para el vestido, el dispositivo necesario para una mayor proporción de usuarios del SAD es el PA para facilitar la actividad de ponerse los calcetines o medias ("ponemedias"), el cual se recomendó en el 20% de los casos.

En relación al uso de los PA que facilitan el vestido, el velcro es el único elemento que se utiliza (6,6%) (Figura 14).

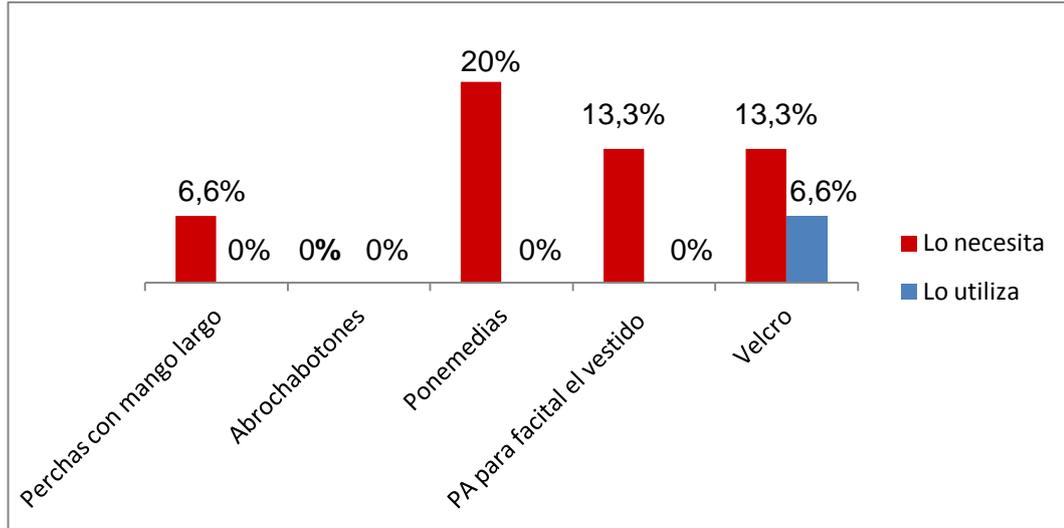


Figura 14. Productos de apoyo para facilitar el vestido

6.5.5 Productos de apoyo para la movilidad funcional

Las alzas cuya finalidad es aumentar la altura de las sillas y camas fueron los dispositivos más recomendados (73,3%), seguidos de las camas articuladas (53,3%). Las camas articuladas son el único PA utilizado por las personas encuestadas en relación a la movilidad funcional (20%) (Figura 15).

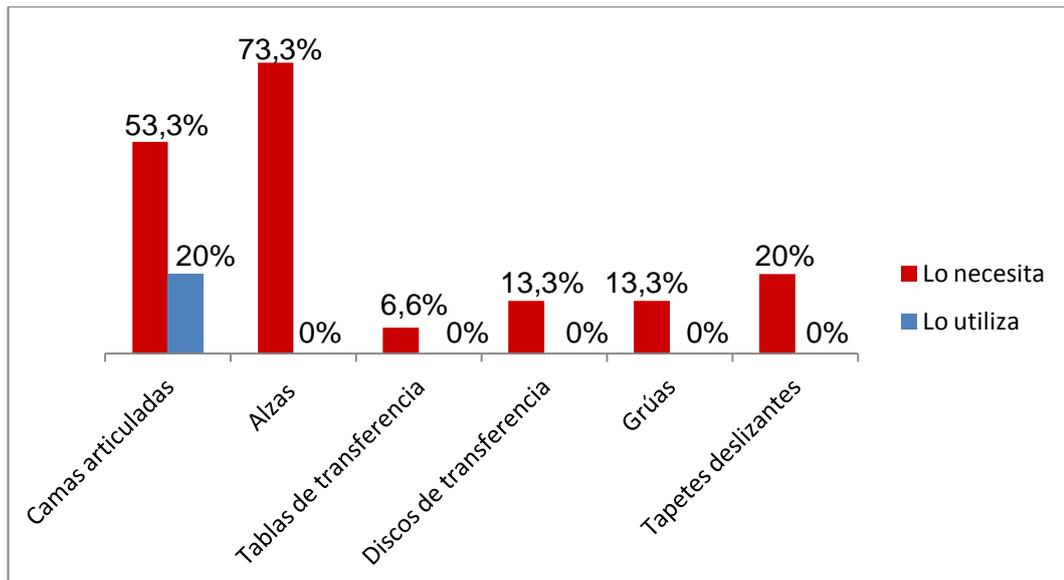


Figura 15. Productos de apoyo para la movilidad funcional

6.5.6 Productos de apoyo para el mantenimiento de la salud

Se detecta la necesidad de utilizar el colchón para la prevención de úlceras por presión en una tercera parte de los casos. En cuanto a la utilización de PA para el mantenimiento de la salud, el colchón lo usan el 13,3% de los participantes y el dispensador el 6,6%. (Figura 16)

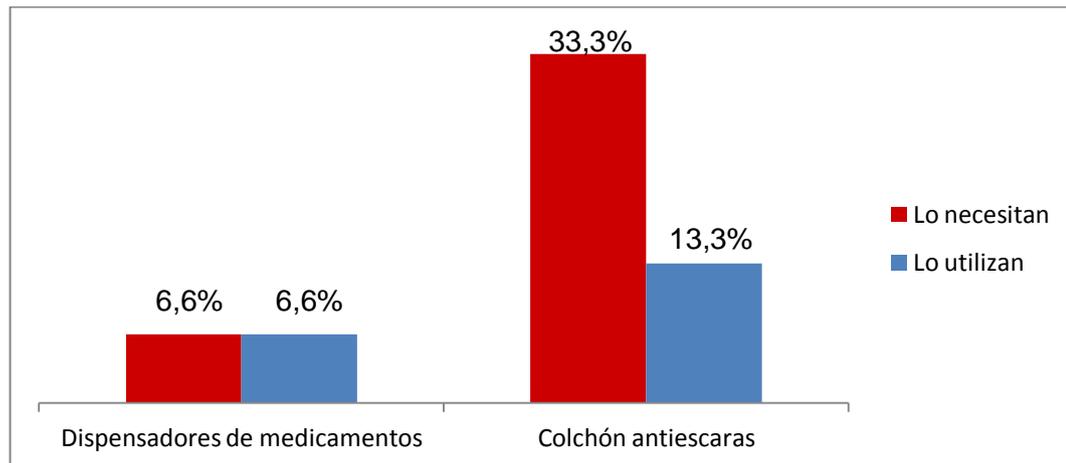


Figura 16. Productos de apoyo para el mantenimiento de la salud

6.5.7 Productos de apoyo para la higiene y el arreglo personal

Los PA más recomendados para facilitar la actividad de higiene y arreglo personal, son el peine de mango largo, el lavacabezas y el dispensador de dentífrico, recomendados en el 13,3% de los casos. Ningún participante utiliza alguno de estos dispositivos (Figura 17).

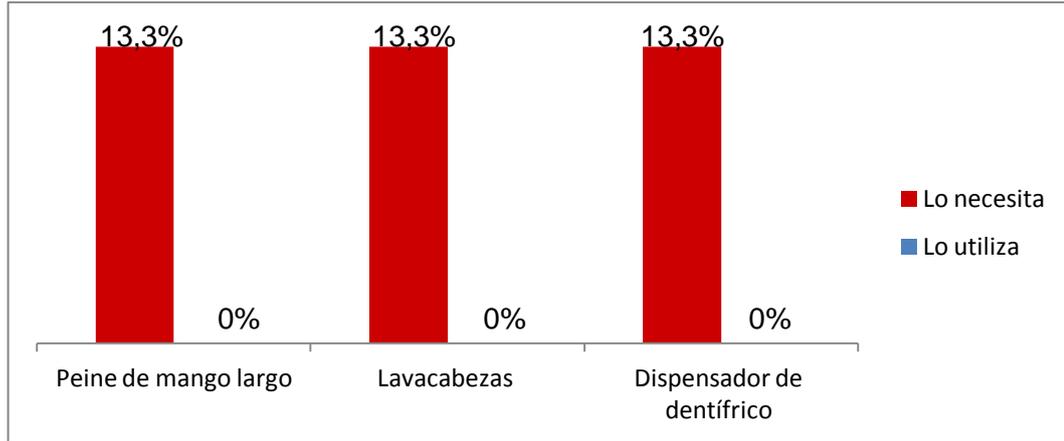


Figura 17. Productos de apoyo para la higiene y el arreglo personal

6.5.8 Productos de apoyo para las tareas domésticas

Con el fin de facilitar el desempeño de las tareas domésticas, el PA más recomendado fue la pinza de largo alcance (20%), seguido del abrelatas o abrebotellas y las tablas para preparar la comida con rebordes y sujeción (6,6%). Ninguno de los participantes utiliza alguno de los PA para facilitar las tareas domésticas. (Figura 18).

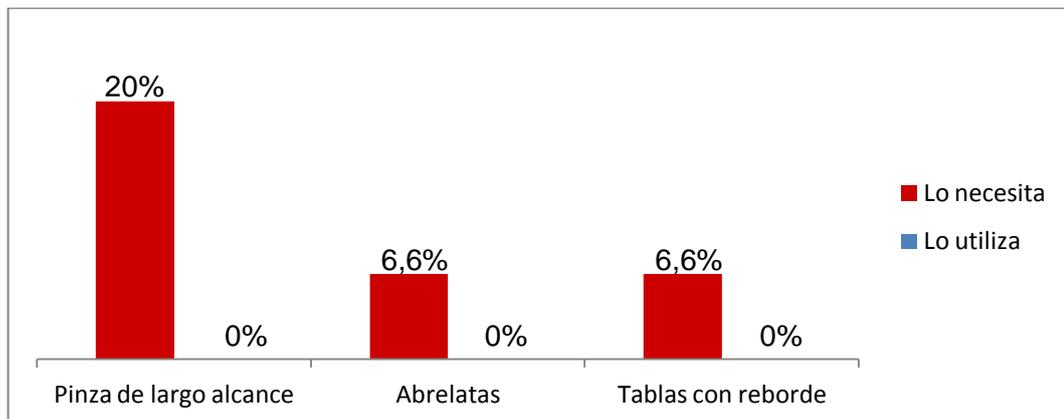


Figura 18. Productos de apoyo para la realización de tareas domésticas

6.5.9 Productos de apoyo para el ocio

Los PA analizados para facilitar el ocio son el barajador de cartas, el soporte de cartas, el atril para la lectura y adaptaciones para acceder al ordenador (Figura 19).

En el 6,6% de los casos, se detectó la necesidad de utilizar el barajador de cartas, el soporte de cartas y el atril para facilitar el desempeño del ocio. En cuanto al uso de estos dispositivos, ninguno de las personas entrevistadas los utiliza.

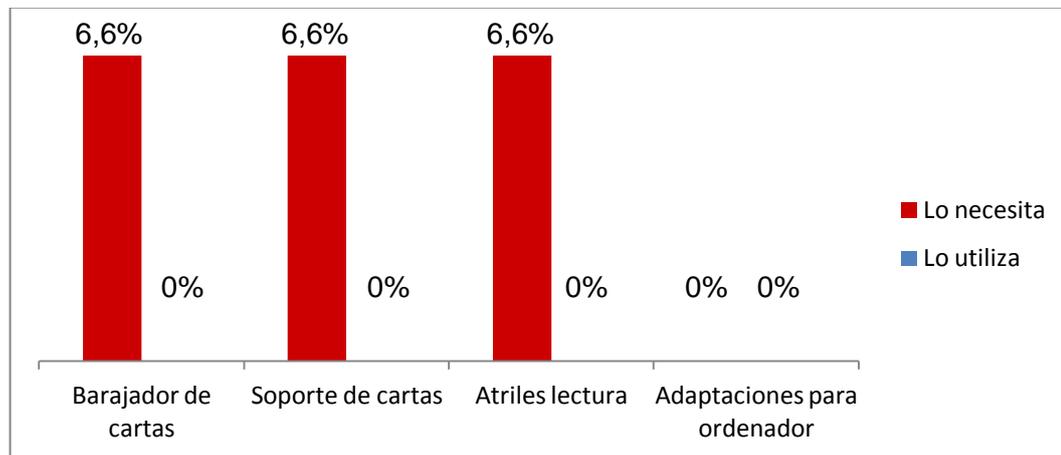


Figura 19. Productos de apoyo para el ocio

7. Discusión

El presente estudio parte de la hipótesis de que existe un elevado número de personas en situación de dependencia que se podrían beneficiar del asesoramiento domiciliario de un terapeuta ocupacional sobre las necesidades de PA y adaptación del hogar, con el objetivo de facilitar la autonomía e independencia en su desempeño diario. Los resultados del estudio demuestran que la totalidad de los participantes encuentran alguna barrera arquitectónica en el desempeño de las ocupaciones diarias y son muy frecuentes las necesidades de PA no cubiertas, por lo que se argumenta la importancia de la intervención domiciliar de TO en la población estudiada.

7.1 Perfil de los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio

La salud de las personas se ve influenciada por las circunstancias presentes durante toda su vida, por lo que el estado de salud dependerá de las situaciones, de riesgo o beneficiosas, que cada persona haya vivido, así como de las características del entorno de convivencia y desarrollo⁽³⁴⁾. En un contexto rural, existen diversas barreras para el acceso y desempeño de las ocupaciones significativas. Para conocer las barreras y facilitadores en un entorno rural de la Comunidad Autónoma de Galicia, el presente estudio se realizó en el Ayuntamiento de Outes.

El perfil mayoritario de los usuarios del SAD del Ayuntamiento de Outes son mujeres con edad media muy alta. En relación al estado civil, más de la mitad son viudos. En cuanto al nivel de estudios, la mayoría tienen estudios primarios y el resto no tuvo la oportunidad de aprender a leer/escribir. Es necesario señalar que uno de los factores asociados al desarrollo de la dependencia funcional, es el bajo nivel de estudios, nivel educativo mayoritario en la población estudiada⁽³⁵⁾.

7.2 Perfil del cuidador

Los cuidadores principales de los usuarios del SAD de Outes son cuidadores informales, es decir, sin formación especializada en la atención a la situación de dependencia, siendo los hijos las personas que con mayor frecuencia desempeñan esta función.

El perfil mayoritario de este colectivo son mujeres. Tradicionalmente, en la sociedad española y gallega, se vinculaba a la mujer con el rol doméstico y al hombre con los roles productivos. Sin embargo, en la actualidad se observa en la sociedad una transformación en el papel de la mujer, por lo que estos roles tradicionales han cambiado, especialmente con la incorporación de la mujer al ámbito laboral ⁽³⁶⁾.

En el medio rural, es frecuente observar como mujeres mayores de 65 años ejercen el papel de cuidadoras informales, incluso encontrándose ellas en situación de dependencia. Esto ocurre por la importancia que el soporte informal tiene en el ámbito rural, ante la dificultad de acceso a la red formal de servicios sociales desde el contexto estudiado, en comparación con las personas dependientes del entorno urbano ⁽³⁷⁾.

7.3 Actividades de la vida diaria

Tras analizar los resultados obtenidos mediante el índice de Barthel, se observa que casi la mitad de los usuarios se encuentran en una situación de dependencia grave, lo que se traduce en limitaciones muy importantes para la realización de la mayor parte de las ABVD.

La mayor parte de los usuarios presentan dependencia en la ducha/baño, en el arreglo personal y en el uso del WC, lo que indica que las actividades que se desempeñan en el cuarto de baño, son las que mayor dificultad conllevan para las personas en situación de dependencia.

Según un estudio sobre las caídas en el hogar en personas mayores, el cuarto de baño es la estancia del domicilio donde más caídas se producen, esto es debido a la frecuente existencia de barreras y riesgos en el cuarto de baño, como puede ser suelo resbaladizo, falta de iluminación adecuada, lavabos y retretes muy bajos o duchas sin barras de apoyo, entre otros ⁽³⁸⁾.

Las caídas son uno de los accidentes más habituales dentro del hogar y sus consecuencias pueden ser muy graves, para el estado de salud y la situación de discapacidad/dependencia, ante la posibilidad de aparición de fracturas u otro tipo de traumatismos, lesiones, pérdida de movilidad, entre otras⁽³⁹⁾.

Las caídas pueden requerir atención hospitalaria y ocasionar la necesidad de un servicio profesional en el hogar como el SAD, hecho que repercute en las arcas públicas. Según un estudio realizado por Mapfre en el 2014, se calcula que las caídas suponen al erario público unos 380 millones de euros en gasto directo, es decir, en asistencia médica, quirúrgica o rehabilitación. Además, hay que sumar otros 44 millones indirectos para los familiares, en forma de bajas laborales, cuidadores, ayudas ortopédicas, etc⁽⁴⁰⁾.

Según la Guía Básica de Prevención de Riesgos y Adaptación de Espacios para Cuidadores, *"una buena prevención se basa en minimizar los riesgos de que una situación perjudicial se produzca o, si ésta es inevitable, reducir al mínimo posible los impactos negativos que pueda tener sobre las personas expuestas a esa situación"*⁽⁴¹⁾. Las adaptaciones del hogar y los PA ejercen un rol fundamental para la prevención de caídas y riesgos en el hogar de la persona en situación de dependencia.

En la intervención dirigida a la prevención de caídas, se considera de vital importancia el papel del terapeuta ocupacional, ya que entre las funciones de este profesional se encuentra el asesoramiento sobre las necesidades

de PA y accesibilidad, para mantener la autonomía, la funcionalidad en el desempeño diario y la permanencia en el hogar.

El Índice de Katz es un instrumento de valoración de las ABVD muy utilizado por el terapeuta ocupacional y valora 6 funciones básicas, las cuales son bañarse, vestirse, uso del inodoro, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación. Dicho instrumento valora estas tareas siguiendo un orden jerárquico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de realizar otras de menor rango. Establece que el baño/ducha es la primera de las ABVD en la que se identifica una situación de dependencia. Los resultados del presente estudio concuerdan con la jerarquía de las ABVD del Índice de Katz, porque la dependencia es especialmente frecuente en la actividad de baño o ducha⁽⁴²⁾.

El grado elevado de dependencia en las ABVD identificado en la población de estudio conlleva la dependencia para las AIVD, al tratarse de actividades más complejas desde el punto de vista motor y psicológico para la persona. Los resultados obtenidos mediante el Índice de Lawton&Brody muestran que la totalidad de los usuarios presentan limitaciones en las AIVD. Las actividades en donde existe un mayor número de personas con dificultad a la hora de desempeñarlas son las tareas de realizar la compra, lavado de ropa y cuidado de casa.

En cuanto al ocio, se entiende como una ocupación esencial que puede proporcionar canales de integración social y de realización personal. Esta actividad es primordial, ya que proporciona bienestar al individuo. Sin embargo, en los resultados obtenidos en este estudio muestran que ningún participante conoce PA para esta actividad⁽⁴³⁾.

7.4 Barreras y necesidades de adaptación del hogar

Los obstáculos en el diseño arquitectónico, así como la existencia de una necesidad no cubierta de PA, actúan como barrera para el desempeño de las ocupaciones diarias significativas. Según el Marco de Trabajo de la AOTA, entre las funciones del terapeuta ocupacional se encuentra la aplicación de los principios del diseño universal y el asesoramiento sobre la modificación en el medio y la tecnología de apoyo para el desempeño diario⁽⁴⁴⁾.

Con el fin de facilitar el desempeño ocupacional, existe una gran variedad de PA. Tanto estos dispositivos como las adaptaciones en el hogar, actúan como facilitadores, mejorando así el desempeño y la participación social. Un estudio realizado por Hoenig, Taylor y Sloan (2003) investigó la relación entre recursos de asistencia y asistencia personal en una comunidad de 2.368 personas mayores de 65 años y con dificultades en una o más ABVD. Los resultados que obtuvieron apoyaron la hipótesis de que las adaptaciones y el uso de estos dispositivos puede promover la independencia y reducir la necesidad de asistencia personal, es decir, el uso de los PA y las adaptaciones en el hogar favorecen la autonomía de las personas⁽⁴⁵⁾.

El problema de la mayoría de los PA es su alto coste. En Galicia, el Servizo Galego de Saúde financia sólo PA para la movilidad, existiendo una aportación económica obligatoria para el usuario. No existe un sistema de préstamo de PA ofrecido por la Xunta de Galicia. En nuestra comunidad, algunas entidades asociativas prestan apoyo en la adquisición de tecnología. Por ejemplo, la Cruz Roja quién ofrece un servicio de préstamo de PA. Sin embargo, la administración pública gallega no dispone de bancos de PA, al contrario que en otras comunidades autónomas como es el caso de Madrid o el País Vasco⁽⁴⁶⁾.

En Brasil, según Hohmann y Redekop (2011), los terapeutas ocupacionales realizan adaptaciones con materiales alternativos y de bajo

coste con el fin de favorecer el uso de PA por el mayor conjunto de población posible y para promover la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.⁽⁴⁷⁾

Partiendo de los resultados obtenidos, se identifica la necesidad de la intervención del terapeuta ocupacional, en relación al asesoramiento en adaptaciones del hogar, cuya actuación debe estar planificada desde un enfoque de prevención y promoción de la salud y siempre atendiendo a los intereses y necesidades de la persona. La elevada presencia de barreras arquitectónicas en el hogar argumenta la importancia de la actuación de la TO en el contexto domiciliario.

El fin de la labor del terapeuta ocupacional en el domicilio es aumentar la autonomía, disminuir la dificultad de las actividades y favorecer la seguridad y permanencia en el hogar, lo que conlleva numerosos beneficios, tanto para la persona y para su entorno, como para el presupuesto de las Administraciones Públicas, debido a que la promoción de la autonomía favorece la disminución del gasto sanitario y social en servicios de atención formal.

La accesibilidad del entorno físico es imprescindible para garantizar el logro de una mayor autonomía. El colectivo de las personas en situación de dependencia es muy sensible a la presencia de barreras arquitectónicas⁽³⁾. El análisis de la accesibilidad de los hogares se realizó mediante la observación del domicilio por parte del terapeuta ocupacional y se complementó con la vivencia de la propia persona, analizada a través de la entrevista. Los resultados del estudio muestran la existencia generalizada de barreras arquitectónicas en la vida diaria de las personas en situación de dependencia.

La mayor parte de los domicilios de los usuarios son viviendas unifamiliares de su propiedad. En relación a las adaptaciones del hogar, el predominio de las viviendas frente a los edificios de pisos es un aspecto

positivo, porque no será necesario pedir permiso a la comunidad de propietarios.

Como se ha mencionado anteriormente, los resultados muestran el incumplimiento de los principios de la accesibilidad universal, en los hogares estudiados, siendo las barreras más frecuentes los escalones y la falta de pasamanos. En general, en las entradas se observan graves problemas de accesibilidad, como puede ser la frecuente presencia de escalones. La existencia de esta barrera dificulta o incluso puede llegar a impedir la salida al exterior de las personas, limitando en gran medida la participación social, además de aumentar el riesgo de caídas u otros accidentes. Con el fin de solucionar estas dificultades existen diversas opciones, como puede ser una rampa o un salvaescaleras, entre otros PA o adaptaciones. Para encontrar la opción que mejor se ajuste a las necesidades de la persona, desde el punto de vista coste-beneficio, es necesario realizar un asesoramiento individualizado, basado en una estrecha colaboración entre la persona y el terapeuta. En cuanto a la comunicación vertical del domicilio, la mayoría de las personas refieren que la altura de las escaleras, tanto interiores como exteriores, no es adecuada. Además, cabe señalar que un alto porcentaje de los hogares cuentan con pasamanos sólo en un lado, limitando la autonomía y la seguridad de la persona en los desplazamientos.

El cuarto de baño es la estancia más inaccesible. Casi la mitad de los participantes tienen bañera y la modificación a realizar sería cambiar ésta por una ducha, aunque esta adaptación supone un coste elevado. Sin embargo, existen diferentes PA que permiten el acceso autónomo a un coste reducido, inferior al de la instalación de una ducha, como puede ser la silla giratoria, la tabla de bañera y las barras de apoyo.

Otras de las dificultades con las que se encuentran los participantes están relacionadas con el inodoro. Más de la mitad de las personas encuestadas refieren que su altura no es adecuada, lo que les dificulta su

uso de forma independiente. Además una gran parte de los domicilios no cuentan con espacio de aproximación lateral al inodoro.

Diversos estudios señalan que la realización de adaptaciones en el hogar logra el mantenimiento en el domicilio y favorece la autonomía en el desempeño diario de la persona. La adaptación del domicilio se debe hacer de forma conjunta con el usuario y/o la familia, ya que debe realizarse en base a sus intereses y necesidades. Cabe señalar la importancia de que toda adaptación sea segura, sencilla, estable, económica, fácil de manejar y personalizada ⁽⁴⁸⁾.

Los resultados del estudio permiten concluir que la labor del terapeuta ocupacional en el domicilio es viable. Además, dicha intervención no requiere un asesoramiento de duración elevada; en el presente estudio, la intervención del terapeuta ocupacional tuvo una duración aproximada de 1 hora. Asimismo, la labor del terapeuta ocupacional en los ámbitos de adaptación del hogar y de PA es especialmente relevante para empoderar a la persona en la realización de sus ocupaciones diarias. Dicho empoderamiento se logra proporcionando información detallada y completa, así como medios para maximizar sus oportunidades ⁽⁴⁹⁾. Es muy importante señalar que, a la hora de realizar modificaciones en el hogar, es necesario que éstas se planifiquen entre el terapeuta ocupacional y el propio usuario, ya que de esta forma se introducen adaptaciones culturalmente apropiadas que reflejen los valores de la persona y sus preferencias ⁽⁵⁰⁾.

7.5 Conocimiento de los productos de apoyo, necesidades y uso

Los resultados obtenidos en este estudio muestran el desconocimiento generalizado de los PA en la población de personas en situación de dependencia y cuidadores informales. Los dispositivos más conocidos son

los que facilitan el desplazamiento (silla de ruedas, los andadores y los bastones). También conocen los PA que facilitan la actividad de ducha/baño, siendo las sillas de ducha y las barras de apoyo los más conocidos. Los restantes PA analizados en el presente estudio son totalmente desconocidos para la gran mayoría de las personas encuestadas.

Con el fin de solventar este problema, es necesario realizar acciones de concienciación, formación y sensibilización. La persona indicada para desenvolver esta función es el terapeuta ocupacional, puesto que es el profesional competente para la valoración y el asesoramiento sobre los PA. Esta tarea se puede realizar de forma individual o en talleres con un formato grupal. Realizar estos programas en talleres aumenta la eficiencia, ya que la información puede llegar a más gente, a través de un número menor de charlas grupales, a un coste para la entidad organizadora más bajo. Este proyecto se puede llevar a cabo en servicios sociales y sanitarios, como puede ser en un centro cívico o en un centro de salud.

El objetivo principal de este trabajo consiste en ofrecer asesoramiento especializado e individualizado sobre PA y accesibilidad en el hogar a las personas entrevistadas. Por eso, tras la realización de la entrevista y una vez detectadas las necesidades, se ofreció información al usuario y/o al cuidador sobre los PA que se ajustan a sus necesidades. Para complementar esta información, se les proporcionó un folleto informativo sobre PA (Anexo 8) realizado por la propia investigadora. Todos los participantes se mostraron interesados por esta información, especialmente los más jóvenes. El asesoramiento del terapeuta ocupacional permite disminuir el desconocimiento de los PA en la población de estudio, disminuye los riesgos en el hogar y promueve la independencia, objetivos de gran relevancia en la población estudiada. Por lo tanto, la intervención del terapeuta ocupacional en el contexto domiciliario es útil, necesaria y, al poder realizarse en un periodo de

tiempo reducido, viable para el presupuesto de los servicios sanitarios y sociales.

Los PA desempeñan una función muy importante en las actuaciones de promoción de la autonomía personal y la permanencia en el hogar. Los resultados del estudio muestran que los dispositivos de apoyo son necesarios de forma generalizada. La valoración de las necesidades y el asesoramiento del terapeuta ocupacional se realizó desde una perspectiva holística, teniendo siempre en cuenta las necesidades e intereses de la persona.

A partir de los resultados obtenidos, los PA más indicados por el terapeuta ocupacional en el contexto domiciliario de las personas en situación de dependencia son los dirigidos a la movilidad funcional y a facilitar el desempeño de la actividad de ducha/baño.

En conclusión, existe un desconocimiento generalizado sobre los PA en las personas que se encuentran en situación de dependencia y en los cuidadores informales. En los domicilios, la presencia de barreras arquitectónicas es generalizada para el desempeño diario de la población estudiada. De igual forma, todos los participantes precisan y no utilizan diversos PA, limitando las opciones de autonomía y participación. Los resultados del estudio muestran la necesidad de la intervención de un terapeuta ocupacional en el ámbito domiciliario, con la función de valorar y asesorar sobre las necesidades de PA y de adaptaciones del hogar, y con los objetivos principales de aumentar la independencia y mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran en situación de dependencia y de sus familiares.

7.6 Limitaciones del estudio

En la interpretación de los resultados, es necesario tener en cuenta la existencia de una serie de limitaciones. El tamaño muestral es una de las

limitaciones del presente estudio. Para promover la viabilidad de la investigación, desde el punto de vista temporal (realización en un curso académico) y económico (el desplazamiento a los domicilios supone un coste económico para la investigadora), se estableció un tamaño muestral de 15 participantes, cifra reducida en comparación con otras investigaciones realizadas con personas en situación de dependencia.

Otra limitación se encuentra en las características de la población estudiada. Al tratarse de usuarios del SAD, en situación de dependencia, los resultados hacen referencia a una población concreta, atendidos por la Administración mediante un servicio social profesional, por lo que no se pueden generalizar al conjunto de personas en situación de dependencia del contexto rural.

8. Conclusiones

- La población usuaria del SAD del Ayuntamiento de Outes está formada principalmente por personas mayores, con predominio del género femenino. Casi la mitad de los participantes presentan una dependencia grave para las ABVD.
- Casi todos los hogares presentan barreras para el desempeño de la movilidad y el autocuidado de la persona; el cuarto de baño es la estancia con la mayor proporción de obstáculos.
- Se detecta un desconocimiento generalizado de los PA. Los dispositivos más conocidos son los relacionados con la movilidad; los menos conocidos son los que facilitan el desempeño del ocio.
- Los PA relacionados con la movilidad funcional y los que facilitan la actividad de ducha/baño son los dispositivos más necesarios para la persona en situación de dependencia y para el cuidador informal.

La presencia generalizada de barreras arquitectónicas, la elevada frecuencia de necesidades no cubiertas de PA detectada, así como el desconocimiento generalizado de la población sobre este tema, justifican la intervención del TO en el contexto domiciliario. Este profesional, a través de los PA y adaptaciones del hogar, favorece la independencia, la autonomía y la permanencia en el hogar de las personas en situación de dependencia.

Agradecimientos

Quiero agradecer a todas esas personas que me apoyaron a lo largo de este camino.

Gracias a mi familia, mis amigos y compañeros de clase, fuisteis los que estuvisteis en todo momento dándome fuerzas.

Gracias a mi tutor Iván De Rosende, por estar disponible siempre que lo necesité y brindarme su ayuda.

Gracias a las personas que me permitieron llevar a cabo este estudio a través de su participación, así como al alcalde y trabajador social del ayuntamiento de Outes.

Gracias a todos los profesores que me proporcionaron los conocimientos necesarios para poder llegar hasta aquí.

Gracias a todas estas personas, ya que sin vosotros esto no habría sido posible.

Bibliografía

1. Bódalo E. Envejecimiento y discapacidad: Una aproximación al caso español desde la perspectiva del bienestar social. Portularia [Revista en Internet]. 2006 [acceso 20 de enero de 2015] Vol 6(1)[67-78]. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5594/1/ALT_12_07.pdf
Murcia
2. Instituto Nacional de Estadística. INE Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; [acceso 20 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es>
3. IMSERSO. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 2004.
4. Querejeta M. Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y unificación. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 2004
5. 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).
6. Portal de la Dependencia. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia [sede Web]. IMSERSO; 2014 [actualizada a 3 de mayo de 2014 ; acceso 22 de enero de 2015]. 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
7. Federación española de municipios y provincias. Manual de uso para el empleo del BVD

8. Real Decreto 174/2011 de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín oficial del estado, nº 42,(18 de febrero de 2011)

9. Jiménez S, Diente O, Ayuso B, Vellón C, Barreiro I, Ariza S, Arranz D, Segovia P. Estudio de las necesidades formativas de los profesionales que prestan servicios de atención a la dependencia;2007.[acceso 24 de febrero] Disponible en:

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/necesifformativas.pdf>

10. Rodríguez P, Valdivieso M. Los Servicios de Ayuda a Domicilio: Planificación y gestión de casos. Manual de formación para auxiliares. Madrid: Panamericana;2007.

11. Decreto 99/2012, de 16 de marzo, por el que se regulan los servicios sociales comunitarios y su financiación. DOG nº 63, (30 de marzo de 2012).

12. Instituto Galego de Estatística. IGE [sede Web]. Santiago de Compostela: [acceso 2 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.ige.eu/web/index.jsp?paxina=001&idioma=gl>

13. González J. Desarrollo de una batería de tests para la Valoración de la capacidad funcional en las Personas mayores (VACAFUN-ancianos), y su relación con los estilos de vida, el bienestar subjetivo y la salud. Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 2006

14. Felguera C, Delegido S. Reseña sobre la Guía sobre promoción de la Autonomía y Prevención de la dependencia de las Personas Mayores en el Medio Rural. TOG [Revista en Internet]. 2009. [acceso 4 de febrero de 2015];6(4);517-521

Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num4/rural.pdf>

15. García J, 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 27 de enero de 2015]; 1 (40): 22- 23.

16. Organización mundial de la salud. World report on disability. Ginebra: OMS; 2011 [acceso 16 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/

17. OMS. Rehabilitación basada en la comunidad. Guías prácticas para la RBC;2012

18. WFOT: World Federation of Occupational Therapists [Internet] Forrestfield, 2011 [20 de enero de 2015]

Disponible en: <http://www.wfot.org/>

19. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [26 de febrero de 2015]; [85p]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.)

20. Simó S, Urbanowski R. El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional. TOG [Revista en Internet]. 2006 [acceso 20 de enero de 2015]; 26 (3): 1-27.

Disponible en: www.revistatog.com/num3/pdfs/Expertol.pdf

21. Santana Jorge Z. Modelos propios para la práctica de la terapia ocupacional. Espacio TO Venezuela. [Revista en Internet]. 2009 [acceso 2 de febrero de 2015]; (3).

22. López M, Orueta R, Gómez S, Sánchez-Carrea A, Carmona J, Alonso F. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Rev Clín Med Fam [Revista en Internet] 2009 [acceso 24 de febrero del 2015]; 2 (7): 332-334. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n7/original3.pdf>
23. Kingsley J. Housing Options for disabled people. London: Ed. Ruth Bull;2000
24. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001
25. 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.
26. Alonso F. Adaptación de la vivienda en la población dependiente: necesidades, soluciones y costes. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales;2007.
27. Wahl H, Fange A, Oswald F, Gitlin L, Iwarsson S. The home environment and disability-related outcomes in aging individuals: what is the empirical evidence? Gerontologist. 2009(3):355-67
28. Zambudio R. Prótesis, ortesis y ayudas técnicas. Barcelona: Masson;2009
29. Polonio B, Durante P, Noya B. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. Madrid: Panamericana;2001
30. Concello de Outes. [sede Web]. A Coruña: Concello de Outes; [acceso 2 de enero del 2015]. Disponible en: http://www.outes.es/castelan/pral_castelan.html

31. Cid J, Moreno J. Valoración de la discapacidad física: El Índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública [Revista en Internet] 1997 [acceso 14 de noviembre de 2014];71(2):127-137. Disponible en:

<http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>

32. Trigás M, Ferreira L, Mejide H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin [Revista en Internet] 2011 [acceso 14 de noviembre de 2014]; 72 (1):11-16. Disponible en: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>

33. Sebastián M, Valle I, Vígara A. Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de apoyo para la autonomía personal.[monografía en Internet] IMSERSO; 2011 [acceso 13 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.ceapat.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/guadeproductosdeapoyo.pdf>

34. Garrida Y, Navarro J, Saumell A, Serviat T, León J, García S. Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/efd-2012/efd1215e.pdf>

35. Dorantes G, Ávila J, Mejía S, Gutiérrez L. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Pública [Revista en Internet] 2007 [Acceso 2 de abril de 2015]; 22(1): 1-11. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n1/a01v22n1.pdf>

36. Contreras C, Narváez A. La experiencia de la ciudad y el trabajo como espacios de vida. México D.F: Plaza y Valdes ;2006

37. Lorenzo T, Maseda A, Millán J. La dependencia en las personas mayores: Necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat [Internet]. A Coruña; Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias; 2008 [Acceso 2 de abril de 2015]; Disponible en: http://gerontologia.udc.es/librosL/pdf/la_dependencia_en_las_personas_mayores.pdf

38. Martínez A, Milvaques L. Caídas en el anciano. D.E. Clínica Geriátrica El Castillo

39. Lázaro M, González A, Orduña M, Ribera J. Guía de prevención de accidentes en personas mayores [monografía en Internet]. Fundación Mapfre; 2013 [acceso el 10 de abril del 2015] Disponible en: http://www.mapfre.com/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1077155

40. Fundación Mapfre . El alto coste social de las caídas en el hogar. Especial salud y prevención.2014 [acceso el 10 de abril del 2015] 29-31. Disponible en:

http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/seguridad/nEspecial2014/docs/cap_2_3.pdf

41. Cruz Roja Española. Guía básica de prevención de riesgos y adaptación de espacios para cuidadores [monografía en Internet]. [acceso el 10 de abril del 2015] Disponible en:

http://www.sercuidador.es/pdf/GUIA_PREVENCION.pdf

42. Educarchile. Concepto del claves del índice de Katz o índice de las actividades básicas de la vida diaria [monografía en Internet]. [acceso 21 de abril de 2015] Disponible en:

http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/Image/portal/ODAS_TP/Materiales_para_odas_2012/3%20Cuidados%20adulto%20mayor/ODA%2018%20Salud%20y%20autonom%C3%ADa%20del%20adulto%20mayor/recursos%20relacionados%28%C3%8DNDICE%20DE%20KATZ%20%29.pdf

43. Alcalde I, Larpeñas M. Ocio en los mayores: Calidad de vida. Envejecimiento salud y dependencia [Internet];2005 [acceso el 10 de abril de 2015] Disponible en: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-OcioEnLosMayores-1165462%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-OcioEnLosMayores-1165462%20(1).pdf)

44. Amini D, Kannenberg K, Bodison S, Chang P, Colaianni D, Goodrich B, Mahaffey L, Painter M, Urban M, Handley-More D, Cooluris K, McElroy A, Lieberman D. Occupational therapy practice framework: domain & practice, 3rd edition. Am J Occup Ther. 2014;68(1): S1-S 48.

45. Hoening H, Donald H, Taylor J, Sloan F. Does Assistive Technology Substitute for Personal Assistance Among the Disabled Elderly?. Am J Public Health [Revista en Internet]. 2003. [acceso el 2 de abril de 2015] 93(2)330-337 Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447739/pdf/0930330.pdf>

46. Cruz Roja Española [sede Web] Préstamo de Productos de Apoyo (Ayudas técnicas). [acceso el 6 de abril de 2015] Disponible en: http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=564,50215319&_dad=portal30&_schema=PORTAL30

47. Hohmann P , Redekop M. Adaptações de baixo custo: uma revisão de literatura da utilização por terapeutas ocupacionais brasileiros. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo [revista en Internet]. 2011. [acceso el 21 de abril de 2015]; 22(1) 10-18. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/14115-17093-1-PB.pdf>

48. Sanjurjo G. La adaptación de entorno. Una facilitación para las AVD. Terapia-Ocupacional. El portal en español de terapia ocupacional. [acceso el 21 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/AVD-Sanjurjo.shtml>
49. Picking C, Pain H. Home Adaptations: User Perspectives on the Role of Professionals. British Journal of Occupational Therapy [Revista en Internet] 2003 [acceso el 31 de mayo de 2015] 66(1)2-8.
50. Ruth E. Levine, Laura N. Home Adaptations for Persons With Chronic Disabilities: An Educational Model. The American Journal of Occupational Therapy [Revista en Internet] 1990 [acceso el 21 de abril de 2015] 44(10) 923-929.

10. Anexos

Anexo 1. Carta informativa para el Ayuntamiento de Outes

Estefanía Martínez Carreira

Ayuntamiento de Outes
Calle de Capela, 0, 15230 Outes, A Coruña

Estimados Señores/Sras.,

Mi nombre es Estefanía Martínez Carreira, 78803008-V, soy alumna de 4º de Terapia Ocupacional, en la Universidad de A Coruña y vecina de Outes. Uno de los requisitos para finalizar mis estudios es realizar y presentar un Trabajo de Fin de Grado.

Deseo realizar este Trabajo sobre la adaptación del hogar y la tecnología de apoyo, para promover la máxima independencia en el desempeño diario de las personas mayores, con discapacidad y dependencia. Me gustaría realizar dicho proyecto en el Ayuntamiento de Outes, al ser vecina del mismo y conocer, en mayor medida, las características y hábitos de vida de su población.

El rol principal del terapeuta ocupacional consiste en ayudar a la persona a mejorar su autonomía e independencia en las actividades cotidianas significativas, como pueden ser las actividades de la vida diaria. Para alcanzar este objetivo, promueve el empleo de las adaptaciones del hogar y de los productos de apoyo.

El estudio se dirige especialmente hacia las actividades dentro del hogar (autocuidado, tareas domésticas, ocio, etc.). Los productos de apoyo y las adaptaciones del hogar disminuyen los accidentes en el domicilio y las

dificultades que encuentra la persona en las actividades diarias, facilitando así el desempeño de tareas.

Los objetivos del Trabajo Fin de Grado son evaluar el conocimiento que tienen las personas mayores, con discapacidad y dependencia, en relación a las adaptaciones y productos de apoyo, y, por otra parte, realizar una visita domiciliaria para asesorar a la persona y a los cuidadores sobre qué adaptaciones y qué tecnología pueden utilizar para alcanzar la autonomía y facilitar las tareas de apoyo del cuidador.

Los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) del Ayuntamiento pueden beneficiarse de las adaptaciones y de la tecnología. Al promover la máxima independencia, la necesidad de apoyo de auxiliares de ayuda a domicilio será menor, disminuyendo las horas de atención y la “carga” del cuidador familiar. Sin embargo, es habitual el desconocimiento en la población y la falta de información acerca de qué dispositivos y qué alternativas existen en este ámbito

Para realizar el estudio, es necesario acceder a una muestra. Por ello, solicito la colaboración del Ayuntamiento para poder establecer contacto con usuarios del SAD municipal e informarles sobre las características del Trabajo Fin de Grado. La participación de los usuarios será voluntaria. Se garantizará la confidencialidad de todos los participantes, según la normativa vigente.

Espero su respuesta y quedo a su disposición para cualquier duda. Muchas gracias por su interés y un cordial saludo.

Fdo.: Estefanía Martínez Carreira

Anexo 2. Recogida de datos personales del usuario y del cuidador informal

FECHA:

HORA:

LUGAR DONDE SE REALIZA LA ENTREVISTA:

ENTREVISTADOR:

DATOS PERSONALES	
EDAD	GÉNERO
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Vive en pareja
NIVEL DE ESTUDIOS	<input type="checkbox"/> Estudios primarios <input type="checkbox"/> Estudios superiores <input type="checkbox"/> Estudios medios <input type="checkbox"/> No aprendió a leer/ escribir
PROFESIONES DESEMPEÑADAS	
¿QUÉ ACTIVIDADES DE OCIO DESEMPEÑA?	
¿QUÉ ACTIVIDADES DE OCIO LE GUSTARÍA DESEMPEÑAR?	
CONDICIÓN DE SALUD PRINCIPAL POR LA QUE REQUIERE EL SAD	
ÁREAS DE OCUPACIÓN QUE DESEMPEÑA DE FORMA INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> Actividades básicas de la vida diaria <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Actividades instrumentales de la vida diaria <input type="checkbox"/> Juego <input type="checkbox"/> Descanso y sueño <input type="checkbox"/> Tiempo libre/ocio <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Participación social	
ÁREAS DE OCUPACIÓN QUE DESEMPEÑA DE FORMA INSEGURA Y/O CON APOYO DE OTRA PERSONA <input type="checkbox"/> Actividades básicas de la vida diaria <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Actividades instrumentales de la vida diaria <input type="checkbox"/> Juego <input type="checkbox"/> Descanso y sueño <input type="checkbox"/> Tiempo libre/ocio <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Participación social	
PRODUCTOS DE APOYO QUE UTILIZA	

Cuidador informal: SI/NO

CUIDADOR INFORMAL	
EDAD	GÉNERO
GRADO DE PARENTESCO	<input type="checkbox"/> Hijo/a- yerno/nuera <input type="checkbox"/> Sobrino/a <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja <input type="checkbox"/> Otro parentesco <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> Hermano/a

En relación a la vivienda:

VIVIENDA			
AÑO DE CONSTRUCCIÓN	Anterior a 1975 <input type="checkbox"/>	1975-1990 <input type="checkbox"/>	1990-Actualidad <input type="checkbox"/>
ENTORNO	Urbano <input type="checkbox"/>		Rural <input type="checkbox"/>
NÚMERO DE MIEMBROS EN EL HOGAR			

OBSERVACIONES:

Anexo 3. Índice de Barthel

Alimentación	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Ducha/Baño	Independiente	5
	Dependiente	0
Vestido	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglo personal	Independiente	5
	Dependiente	0
Deposiciones	Continencia normal	10
	Accidente ocasional	5
	Incontinencia	0
Micción	Continencia normal	10
	Accidente ocasional	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente	15
	Mínima ayuda	10
	Gran ayuda	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente	15
	Necesita ayuda	10
	Independiente en silla de ruedas	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0

Anexo 4. Índice de Lawton&Brody

Capacidad para usar el teléfono	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
Hacer compras	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo	1
Prepara las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no mantiene buen nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe de ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte	
Viaja solo con el transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado	1
Solo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
Responsabilidad respecto a su medicación	
Es capaz de tomar su medicación correctamente	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
Realiza compras, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0

Anexo 5. Informe de accesibilidad

Rodee la palabra de cada pareja que mejor describa su domicilio:

Amplio-Estrecho

Silencioso-Ruidoso

Confortable-Incómodo

Anticuada-Moderno

¿En su hogar puede utilizar las siguientes estancias?

Cocina

Cuarto de baño

Cuarto de estar

Comedor

Terraza

Otras

habitaciones

¿En cuál de estas estancias pasa la mayor parte del tiempo?

¿Por algún motivo en especial?

Tipo de hogar

Apartamento/piso

Vivienda unifamiliar

Acceso a la vivienda		
Enrase calle portal	SI	NO
Portero automático	SI	NO
Tipo de apertura de puertas		

Comunicación vertical			
Escaleras exteriores	Nº Escaleras		Altura escalones adecuada SI/NO
Escaleras interiores	Nº Escaleras		Altura escalones adecuada SI/NO
Colocación del pasamanos al subir	No hay ninguno	Un lado	Dos lados
Rampa	SI	NO	Pendiente adecuada
Ascensor	SI	No	
	Anchura puerta suficiente SI/NO	Altura de los botones de control adecuada SI/NO	
Comunicación horizontal			
Pasillo	Anchura adecuada		SI/NO
	Obstáculos		SI/NO
	Pasamanos		SI/NO

Recibidor	
Anchura adecuada	SI/NO
¿Puede desplazarse con seguridad? (alfombras, cables eléctricos, estado de suelo...)	SI/NO
¿Existe espacio de maniobra suficiente?	SI/NO

Dormitorio	
Cama	Altura adecuada SI/NO
¿Se puede acceder de forma independiente a la cama desde ambos lados?	SI/NO
¿Existe espacio de maniobra suficiente?	SI/NO

Baño		
Inodoro	Altura adecuada	SI/NO
	Espacio de aproximación lateral	SI/NO
	¿Hay barras de apoyo?	SI/NO
Lavabo	Altura adecuada	SI/NO
	Espacio de aproximación lateral	SI/NO
¿Utiliza ducha o bañera?	Ducha/Bañera	Acceso enrasado SI/NO
¿Existe espacio de maniobra suficiente?		SI/NO

Cuarto de estar	
¿Hay posibilidad de transferirse a silla/sillón?	SI/NO
¿Existe espacio de maniobra suficiente?	SI/NO

Cocina	
¿Es posible la movilidad en el interior?	SI/NO
¿Es posible abrir, manipular y coger alimentos de frigorífico, congelador, armario...?	SI/NO
¿Existe espacio de maniobra suficiente?	SI/NO

Conclusiones y recomendaciones:

Anexo 6. Análisis del conocimiento de los productos de apoyo

A continuación se formularán unas preguntas con el fin de evaluar el conocimiento que tiene sobre los productos de apoyo.

Los **PRODUCTOS DE APOYO** son utensilios destinados a facilitar la realización de las actividades diarias. Algunos ejemplos sobre productos de apoyo son las sillas de ruedas, las barras de apoyo y los asientos de ducha.

¿Conoce algún producto/dispositivo para facilitar el desempeño de las siguientes tareas? En caso afirmativo ¿cuál?

- Alimentación.

- Uso del WC (sentarse en él, levantarse, limpiarse...)

- Ducha/Baño.

- Aseo personal (peinado, corte de uñas, lavado de manos y cara, afeitado...)

- Vestido.

- Sentarse/levantarse de cama o de una silla.

- Desplazarse tanto dentro, como fuera del hogar.

- Realizar tareas domésticas.

- Ocio.

Anexo 7. Evaluación de la necesidad de los productos de apoyo

ALIMENTACIÓN		
<p>Las enfermedades reumatológicas, neurológicas, amputaciones y traumatismos pueden causar limitaciones articulares, deformidades en manos y dedos y falta de fuerza o coordinación. Ante cada situación, debe elegirse el cubierto más adecuado.</p> <p>Cubiertos angulados: Proporcionan una mayor independencia a las personas con movimientos limitados.</p> <p>Cuchillo-tenedor: Indicado para personas con una sola mano funcional.</p> <p>Sujeción palmar: Si no hay posibilidad de agarre.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
<p>El plato con reborde se indica a personas que tienen una sola mano funcional, como puede ser en casos de hemiplejía, amputación o traumatismo.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
<p>Los vasos adaptados con 2 asas y/o boquilla se indican para la facilitación del agarre y mejorar el control del temblor, que puede ser causado por enfermedades neurológicas y reumatológicas.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>

HIGIENE PERSONAL RELACIONADA CON LA MICCIÓN Y LA DEFECCIÓN		
<p>El alza para el WC es indicado a personas que tengan dificultad para agacharse o incorporarse de la superficie del inodoro. Esta dificultad puede ser causada por trastornos del equilibrio, de la coordinación motora, falta de fuerza y/o limitación en el recorrido articular. Estas dificultades pueden ser consecuencias de enfermedades neurológicas, reumatológicas y traumatismos.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
<p>Las barras para el WC son indicadas para las personas con dificultad para agacharse o incorporarse de la superficie del inodoro. Esta dificultad puede ser causada por trastornos del equilibrio, de la coordinación motora, falta de fuerza y/o limitación en el recorrido articular. Estas dificultades pueden ser consecuencia de enfermedades neurológicas, reumatológicas y traumatismos.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
BAÑARSE/DUCHARSE		
<p>Las tablas de bañera , sillas giratorias y sillas de ducha facilitan la entrada y salida de éstas mismas. Son indicadas para personas que tengan trastornos del equilibrio, falta de coordinación motora, déficit de fuerza muscular y/o limitaciones del recorrido articular. Estas dificultades pueden ser consecuencia de enfermedades neurológicas, reumatológicas, traumatismos y amputaciones.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
<p>Las barras de ducha tienen como función proporcionar seguridad en la ducha/bañera. Se indican a personas con trastornos del equilibrio, falta de coordinación motora, déficit de fuerza muscular y/o limitaciones del recorrido articular.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>

<p>Las esponjas con mango largo son indicadas para personas que tienen la movilidad de la extremidad superior limitada, esto puede ser causado por traumatismos, enfermedades neurológicas y reumatológicas.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
<p>El dispensador de gel/champú para usar con una mano son indicados a personas que tienen una sola mano funcional.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
VESTIRSE		
<p>Las perchas con mango largo son muy útiles para personas con movilidad reducida, esto puede estar causado por enfermedades neurológicas, reumatológicas y traumatismos</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
<p>El abrocha-botones se indica a personas con limitaciones en la movilidad de los dedos. Esto puede estar originado por enfermedades reumatológicas, enfermedades neurológicas, amputaciones y traumatismos, lo que puede provocar déficit de la coordinación motora, falta de fuerza muscular y limitaciones del recorrido articular.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
<p>Producto de apoyo para facilitar la actividad de vestirse los calcetines o medias. Este producto de apoyo se indica a personas con trastornos del equilibrio, falta de coordinación motora y/o limitaciones del recorrido articular.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
<p>Este productos de apoyo facilita el vestido y desvestido cuando se tiene una sola mano funcional o limitaciones del movimiento en los MMSS. Se indica en caso de hemiplejía, enfermedades reumatológicas y traumatismos.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>

<p>Se indica la utilización del velcro para facilitar el vestido de las prendas. Se indica a personas con dificultades de coordinación motora, falta de fuerza y/o limitación del recorrido articular.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
MOVILIDAD FUNCIONAL		
<p>Las camas articuladas regulables en altura facilitan diferentes posturas de descanso y son indicadas en personas con movilidad reducida, además facilitan su aseo en la cama y las transferencias.</p> <p>La reducción de la movilidad puede ser causada por la disminución de la fuerza muscular y/o limitación del recorrido articular.</p> <p>Estas camas también facilitan la ergonomía articular de la columna del cuidador.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
<p>Las alzas para las sillas y camas se indican en personas con dificultad para agacharse o incorporarse del asiento. Esta dificultad puede ser causada por trastornos del equilibrio, de la coordinación motora, falta de fuerza y/o limitación en el recorrido articular.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
<p>La tabla de transferencia se indica en personas con alteración de la coordinación motora, disminución de fuerza muscular y/o limitación del recorrido articular. Para utilizar este producto de apoyo es necesario tener equilibrio de tronco y potencia en los MMSS.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
<p>Los discos de transferencia se utilizan para facilitar esta tarea y se indican cuando la persona puede ponerse de pie pero no desplazarse. Este producto de apoyo ofrece ayuda principalmente al cuidador.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>

<p>Para las transferencias, si la persona no puede utilizar los dos dispositivos anteriores, se indica la <u>grúa</u>.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
MANTENIMIENTO DE LA SALUD		
<p>Los <u>dispensadores de medicamentos</u> se indican cuando existen dificultades relacionadas con la atención y la memoria. Esto puede ser causado por enfermedades neurológicas.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
<p>El <u>colchón antiescaras</u> previene la formación de úlceras en personas que estén durante un largo período de tiempo encamadas y que no tengan la capacidad de realizar cambios de postura.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
HIGIENE Y ARREGLO PERSONAL		
<p>Se puede utilizar el <u>peine de mango largo</u> en caso de limitación de movimiento en los MMSS. Esto puede ser originado por enfermedades reumatológicas, neurológicas y traumatismos.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
<p>Adaptaciones de cortaúñas para ser utilizados al presionarlos con la palma de la mano. Estas adaptaciones son indicadas en personas con limitación del movimiento y falta de fuerza muscular.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>

<p>El lavacabezas se indica con la existencia de disminución de la movilidad general, hay 2 modelos, uno para utilizar en la silla y otro para la cama.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
<p>El dispensador de dentífrico se indica con el objetivo de facilitar la tarea del lavado de los dientes a personas que tienen una sola mano funcional.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
TAREAS DEL HOGAR		
<p>Tablas con rebordes y sujeción. Estas tablas son indicadas cuando hay una sola mano funcional. Esto puede estar originado por hemiplejía, traumatismos, amputaciones y enfermedades reumatológicas.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
<p>Los abrelatas y abrebotellas se indican en caso de una sola mano funcional, esto puede ser causado por enfermedades reumatológicas y neurológicas, traumatismos y amputaciones.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>

<p>Las pinzas de largo alcance son indicadas para personas que tienen dificultades para el "largo alcance", son útiles para evitar posturas extremas de flexión de las articulaciones de cadera y rodillas, y también para alcanzar y asear superficies superiores e inaccesibles para los recorridos articulares. Estos problemas pueden ser causados por alteración de la coordinación motora, falta de fuerza muscular y/o limitación del recorrido articular.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
OCIO		
<p>Barajador de cartas : Su uso libera ambas manos de una presión tridigital o tetradigital y las desviación cubitales que se realiza al mezclar los naipes. Se indica a personas con alteración de la coordinación motora, falta de fuerza muscular y limitación del recorrido articular</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
<p>El soporte de cartas se indica a aquellas personas con limitación del movimiento de los miembros superiores. Esto puede estar causado por enfermedades neurológicas, enfermedades reumatológicas, traumatismos y/o amputaciones.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>

<p>El atril de lectura se indican a personas con trastornos de la coordinación motora, falta de fuerza y/o limitación en el recorrido articular. Esto puede estar originado por enfermedades neurológicas, enfermedades reumatológicas, traumatismos y amputaciones.</p>		<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>
<p>Para el uso del ordenador, dependiendo de las necesidades de cada persona se indicará la adaptación más adecuada.</p> <p>Las adaptaciones de acceso al ordenador se indican en función de las necesidades de cada persona. Estas necesidades pueden ser debidas a enfermedades neurológicas, reumatológicas, traumatismos y amputaciones.</p>	 	<p>¿Lo necesita? SI NO</p> <p>¿Lo utiliza? SI NO</p>

Anexo 8. Folleto informativo

Los **PRODUCTOS DE APOYO** son utensilios destinados a facilitar la realización de las actividades diarias. Algunos ejemplos de productos de apoyo son las sillas de ruedas, las barras y los asientos de ducha.

ALIMENTACIÓN

Se entiende por alimentación el proceso de llevar el alimento del plato a la boca.

Esta actividad se puede ver alterada a causa de diferentes motivos, como pueden ser las enfermedades reumatológicas (artrosis, osteoporosis, artritis reumatoidea...), enfermedades neurológicas (Ictus, Alzheimer, Esclerosis múltiple...), amputaciones y traumatismos. Estas patologías pueden causar limitaciones articulares, deformidades en manos y dedos y falta de fuerza o coordinación. Dependiendo de la situación de cada persona, debe elegirse el cubierto más adecuado a sus necesidades.

Cubiertos angulados:

Proporcionan una mayor independencia a las personas con movimientos limitados.



Sujeción palmar: Si no hay posibilidad de agarre.



Cuchillo-tenedor: Indicado para personas con una sola mano funcional.



Plato con reborde: Indicado para personas con una sola mano funcional.



Engrosador: Facilita el agarre cuando hay limitación del rango articular en las pequeñas articulaciones de la mano.



Los **vasos adaptados** con 2 asas y/o boquilla se indican para la facilitación del agarre y mejorar el control del temblor.



USO DEL WC

Entendiendo esta actividad como el proceso de agacharse o incorporarse de la superficie del WC.

Esta actividad se puede ver alterada por enfermedades neurológicas, reumatológicas, traumatismos y amputaciones. Estas patologías pueden causar trastornos del equilibrio, alteración de la coordinación motora, falta de fuerza y/o limitación del recorrido articular.

Alza para el WC**Barras para WC****BAÑARSE/DUCHARSE**

Para esta actividad los productos de apoyo propuestos van dirigidos a la entrada y salida de la ducha o bañera y al lavado del cuerpo.

Los siguientes productos de apoyo facilitan la entrada y salida de la ducha y la bañera. Son indicadas en personas que tengan trastornos del equilibrio, falta de coordinación motora, déficit de fuerza muscular y/o limitaciones del recorrido articular.

Tabla de bañera**Silla giratoria****Silla de ducha**

Esponjas con mango largo:

Productos de apoyo que facilitan el lavado del cuerpo cuando la movilidad de la extremidad superior está limitada, esto puede ser causado por traumatismos, enfermedades neurológicas y reumatológicas.



Barras de ducha: Son unos productos de apoyo cuya función es aumentar la seguridad proporcionando apoyo.



VESTIRSE

Para la actividad del vestido se proponen productos de apoyo encaminados a alcanzar las prendas, vestirse, desvestirse y amarrar las prendas.

Perchas con mango largo: A las perchas normales se le se le añade un mango largo con el fin de permitir su alcance a todas las personas, especialmente a aquellas que tienen dificultad para hacerlo debido a que presentan movilidad reducida, esto puede estar causado por enfermedades neurológicas, reumatológicas y traumatismos.

Este **producto de apoyo facilita el vestido y desvestido** cuando se tiene una sola mano funcional u otras limitaciones del movimiento en los miembros superiores.





Producto de apoyo para facilitar la actividad de vestirse los calcetines o medias :

Este producto de apoyo se indica a aquellas personas con trastornos del equilibrio, falta de coordinación motor y/o limitaciones del recorrido articular.

El **abrocha-botones** se indica a personas con problemas en la movilidad de los dedos. Esto puede estar originado por enfermedades reumatológicas, enfermedades neurológicas, amputaciones y traumatismos, lo que puede provocar déficit de la coordinación motora, falta de fuerza de muscular y limitaciones del recorrido articular.



Si el cierre de las prendas es de **velcro**, esto aumenta la independencia de las personas a la hora de realizar esta tarea. El velcro se indican a personas con dificultades de la coordinación motora, falta de fuerza y/o limitación del recorrido articular.



Las **prendas con goma elástica** facilitan el vestido y desvestido.



MOVILIDAD

Las **camas articuladas regulables en altura** son indicadas en personas con movilidad reducida y tiene beneficios tanto para el usuario como para el cuidador. Estos beneficios son:

- Facilitación de cambio de postura de la persona usuaria.
- Facilitación del aseo en cama.
- Facilitación de transferencias.
- Facilitación de la ergonomía articular de la columna del cuidador.



Alzas para sillas y camas: Se **Tabla de transferencia:** Este indican en personas con dificultad producto de apoyo tiene la función de

para agacharse o incorporarse del asiento. Esta dificultad puede ser causada por trastornos del equilibrio, de la coordinación motora, falta de fuerza y/o limitación en el recorrido articular.



Discos de transferencia: Estos productos de apoyo tienen como objetivo facilitar la transferencia de la persona de una silla a otra o a la cama. Este dispositivo se utiliza en los casos en que la persona pueda mantenerse de pie, pero no puede desplazarse, podría decirse que proporciona mayor ayuda al cuidador.



facilitar el traspaso de la persona de una silla a otra o la cama. Se indica en personas con alteración de la coordinación motora, disminución de fuerza muscular y/o limitación en el recorrido articular. Para utilizar este producto de apoyo es necesario tener equilibrio de tronco y potencia en los miembros superiores.



Grúa: En caso de que la persona no pueda transferirse con ningún otro producto de apoyo, se indica la grúa.



MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Dispensadores de medicamentos: son indicados para facilitar la organización de la toma de medicación, son adecuados cuando existen dificultades relacionadas con la atención y la memoria.



Colchón antiescaras: La función de estos colchones es la prevención de las úlceras. Son indicados en personas con movilidad reducida que tienen dificultades para cambiarse de posición en la cama.



HIGIENE Y ARREGLO PERSONAL

Peine de mango largo: Este producto de apoyo facilita la tarea del peinado en caso de limitación de movimiento en los miembros superiores. Esto puede ser originado por enfermedades reumatológicas, neurológicas y traumatismos.



Adaptaciones de cortauñas:

Esta adaptación se hace con el fin de usar el cortauñas al presionarlo con la palma de la mano. Estas adaptaciones son indicadas en personas con limitación del movimiento y falta de fuerza muscular.



Lavacabezas: se indica con la existencia de dolor en las articulaciones de los hombros, codo o muñeca, hay 2 modelos, uno para utilizar en la silla y otro para la cama.



Dispensador de dentífrico: indicado para la facilitación de esta tarea a personas con una sola mano funcional.



TAREAS DOMÉSTICAS

Tablas con rebordes y sujeción para preparar la comida. Estas tablas son indicadas cuando hay una sola mano funcional. Esto puede estar originado por traumatismos, amputaciones, enfermedades reumatológicas y neurológicas.



Abrelatas y **abrebotellas** en caso de una sola mano funcional, esto puede ser causado por enfermedades reumatológicas y neurológicas, traumatismos y amputaciones.



Pinzas de largo alcance: son indicados para personas que presentan "imposibilidad de alcance", útiles para recoger objetos del suelo, evitando posturas extremas de flexión de las articulaciones de cadera y rodilla, y también para alcanzar y asear superficies superiores e inaccesibles para los recorridos articulares. Estos problemas pueden ser causados por alteración de la coordinación motora, falta de fuerza muscular y/o limitación del recorrido articular.



OCIO

Barajador de cartas: Este producto de apoyo es beneficioso para personas con alteración de la coordinación motora, falta de fuerza muscular y limitación del recorrido articular.

El **soporte de cartas** se indica a aquellas personas con limitación del movimiento de los miembros superiores. Esto puede estar causado por enfermedades neurológicas, enfermedades reumatológicas, traumatismos y/o amputación.



Atril de lectura: se indican a personas con trastornos de la coordinación motora, falta de fuerza y/o limitación en el recorrido articular. Esto puede estar originado por enfermedades neurológicas, enfermedades reumatológicas, traumatismos y amputaciones.



Adaptaciones de acceso al ordenador: se indicarán en función de las necesidades de cada persona, estas necesidades pueden ser déficit visual, trastornos de la coordinación motora, falta de fuerza y/o limitación en el recorrido articular.

Esto puede estar originado por enfermedades neurológicas, enfermedades reumatológicas, traumatismos y amputaciones.



Anexo 9. Hoja de información al participante

ESTUDIO: Adaptaciones y productos de apoyo para personas con dependencia y cuidadores: Un estudio de las necesidades y uso en el ámbito rural.

AUTORA: Estefanía Martínez Carreira, estudiante de 4º de Grado en Terapia Ocupacional (Universidade da Coruña).

Este documento tiene por objetivo ofrecerle información sobre el estudio en el que se le invita a participar. Si decide participar, debe recibir información personalizada de la autora del trabajo, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que necesite para comprender los detalles del mismo.

La participación en este trabajo es completamente voluntaria, confidencial y anónima.

¿Cuál es el propósito de este trabajo?

El estudio en el que va a participar es un Trabajo Fin de Grado, realizado en el último curso de la titulación de Terapia Ocupacional, de la Universidade da Coruña.

Este trabajo pretende analizar las necesidades de adaptaciones del hogar y de productos de apoyo en los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio del ayuntamiento de Outes.

Los objetivos son evaluar el conocimiento de los participantes en relación al tema de estudio y analizar en el domicilio las necesidades de adaptaciones y productos de apoyo para el desempeño diario. A partir de los resultados de la valoración, se realizará un asesoramiento sobre adaptaciones y tecnología de apoyo, para promover la autonomía y la calidad de vida del participante.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

Este estudio está dirigido a aquellas personas que sean usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio(SAD) y vecinos del ayuntamiento de Outes.

¿En qué consiste mi participación?

Se le realizará una entrevista en la que se completarán un cuestionarios de evaluación y diversas escalas:

- Índice de Barthel: valora el nivel de independencia de la persona en relación a las actividades básicas de la vida diaria.
- Escala de Lawton & Brody: mide la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Evaluación del hogar en Terapia Ocupacional: Informe de recogida de datos sobre la accesibilidad en el hogar.
- Análisis del conocimiento de productos de apoyo: Cuestionario que recoge información sobre los conocimientos del participante en relación a los productos de apoyo.

Su participación tendrá una duración total estimada de 1 hora.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

Tras la valoración pertinente, se le prestará asesoramiento sobre adaptaciones del hogar y productos de apoyo en su hogar, con el objetivo de maximizar su independencia y calidad de vida.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del trabajo.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

Los resultados del estudio se presentarán como Trabajo Fin de Grado y en publicaciones del ámbito científico, garantizando, en todo caso, la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

El trato y comunicación de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Esta ley tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 10. Documento de consentimiento para la participación en el estudio

ESTUDIO: Intervención domiciliaria del terapeuta ocupacional sobre modificaciones y productos de apoyo.

Yo,

- Leí la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude hablar con Estefanía Martínez Carreira y hacer todas las preguntas sobre el trabajo.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Presto libremente mi conformidad para participar neste estudio.

Fdo.: El/la participante,

Fdo.: La investigadora,

Nombre y apellidos: _____ Nombre y apellidos: _____

Fecha:

Fecha:

Anexo 11. Documento de consentimiento para familiar/representante legal para la participación en el estudio

ESTUDIO: Intervención domiciliaria del terapeuta ocupacional sobre modificaciones y productos de apoyo.

Yo, _____ familiar/representante legal de _____.

- Leí la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude hablar con Estefanía Martínez Carreira y hacer todas las preguntas sobre el trabajo.
- Comprendo que la participación es voluntaria.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fdo.: El/la representante legal/familiar,

Fdo.: La investigadora,

Nombre y apellidos: _____ Nombre y apellidos: _____

Fecha:

Fecha: