



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Facultade de Ciencias da Saúde

Grao en Terapia Ocupacional

Curso académico 2015-2016

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**Proxecto de intervención de Terapia Ocupacional
en persoas maiores e os seus cuidadores
principais nun entorno rural**

Tamara Iglesias Carou

Xuño 2016

TITORES:

Prof. Dr. José Carlos Millán Calenti

Profa. Dna. M^a Pilar Marante Moar

INDICE

1. TÍTULO E RESUMO:	3
1.1. TÍTULO:.....	3
1.2. RESUMO:.....	3
1.3. RESUMEN:.....	5
1.4. ABSTRACT:.....	5
2. ANTECEDENTES E ESTADO ACTUAL DO TEMA:	6
2.1. ENVELLECIMENTO E DEMOGRAFÍA:.....	6
2.2. ENVELLECIMENTO ACTIVO:.....	7
2.3. DEPENDENCIA E PERSOAS MAIORES:	7
2.4. RECURSOS NA NOSA SOCIEDADE:	8
2.5. SITUACIÓN NO MEDIO RURAL:	9
2.6. PAPEL DO TERAPEUTA OCUPACIONAL:	10
3. BIBLIOGRAFÍA MÁIS RELEVANTE:	14
4. HIPÓTESE:.....	17
5. OBXECTIVOS:.....	18
6. METODOLOXÍA:.....	19
6.1. Tipo de estudo:	19
6.2. Ámbito de estudo:.....	19
6.3. Período de estudo:	19
6.4. Mostra do estudo:	20
6.5. Criterios de inclusión e exclusión:.....	20
6.6. Instrumentos de avaliación:	21
6.6.1. Persoas maiores:.....	21

6.6.2. Cuidadores principais:	24
6.7. Análise estatístico:.....	25
6.8. Limitacións:.....	25
7. PLAN DE TRABALLO	26
7.1. Etapas:	27
8. ASPECTOS ÉTICOS	30
9. RESULTADOS ESPERADOS:	31
10. PLAN DE DIFUSIÓN DOS RESULTADOS.....	32
11. FINANCIAMENTO DA INVESTIGACIÓN:	33
11.1. Recursos necesarios:	33
11.2. Posibles fontes de financiamento:	35
12. AGRADECIMENTOS:.....	36
13. ANEXOS:.....	37
13.1. ANEXO 1: ENTREVISTA PERSOAS MAIORES:.....	37
13.2. ANEXO 2: ÍNDICE DE BARTHEL:.....	39
13.3. ANEXO 3: ESCALA DE LAWTON E BRODY:.....	42
13.4. ANEXO 4: ESCALA DE TINETTI:.....	44
13.5. ANEXO 5: MINI MENTAL:	47
13.6. ANEXO 6: ENTREVISTA COIDADORES PRINCIPAIS:.....	49
13.7. ANEXO 7: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT:	50
13.8. ANEXO 8: CONSENTIMENTO INFORMADO:	53

1. TÍTULO E RESUMO:

1.1. TÍTULO:

Proxecto de intervención de Terapia Ocupacional en persoas maiores e os seus cuidadores principais nun entorno rural.

1.2. RESUMO:

A través deste traballo prantéxase presentar un proxecto de intervención de Terapia Ocupacional para persoas maiores, así como para os seus cuidadores principais, dentro dun entorno rural. Preténdese intervir sobre elas mediante a T.O., co obxectivo de avaliar os resultados desta actuación na que se busca mellorar a independencia e a calidade de vida destes usuarios na implicación diaria das súas ocupacións.

O tipo de metodoloxía que se emprega nesta publicación é un estudo prospectivo, analítico experimental.

Inténtase dar a coñecer esta disciplina e o papel destes profesionais nun ámbito rural no que é totalmente descoñecida, así como conseguir unha maior independencia das persoas maiores no desenvolvemento das súas actividades cotiás e, á súa vez, unha diminución na sobrecarga dos seus cuidadores principais.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, persoas maiores, cuidadores principais, entorno rural.

Tipo de traballo: Proxecto de investigación.

1.3. RESUMEN:

A través de este trabajo se plantea presentar un proyecto de intervención de Terapia Ocupacional para personas mayores, así como para sus cuidadores principales, dentro de un entorno rural. Se pretende intervenir sobre ellas mediante la T.O., con el objetivo de evaluar los resultados de esta actuación en la que se busca mejorar la independencia y la calidad de vida de estos usuarios en la implicación diaria de sus ocupaciones.

El tipo de metodología que se utiliza en esta publicación es un estudio prospectivo, analítico experimental.

Se intenta dar a conocer esta disciplina y el papel de estos profesionales en un ámbito rural en el que es totalmente desconocida, así como conseguir una mayor independencia de las personas mayores en el desenvolvimiento de sus actividades cotidianas y, a su vez, una disminución en la sobrecarga de sus cuidadores principales.

1.4. ABSTRACT:

Through this work it is proposed to present an occupational therapy intervention project for older people and their primary caregivers, in a rural environment. It is expected to intervene on them by O.T., with the aim of evaluating the results of this action, which look for improve the independence and quality of the life of these users in the daily involvement of their occupations.

The type of methodology used in this publication is a prospective, analytical experimental study.

It is tried to make known this discipline and the role of the professionals who make their job in a rural area which it is completely unknown, achieve a greater independence of older people in the development of their daily activities and a diminution in work overload their main caregivers.

2. ANTECEDENTES E ESTADO ACTUAL DO TEMA:

2.1. ENVELLECIMENTO E DEMOGRAFÍA:

O proceso de cambios morfofuncionais que se observa nos seres vivos en relación ao paso do tempo é denominado envellecemento ¹. Este fenómeno é mundialmente inevitable e predicible, podendo considerarse como un éxito das políticas de saúde pública e o desenvolvemento socioeconómico. Isto constitúe un reto para a sociedade que debe adaptarse para mellorar ao máximo posible a súa saúde e a capacidade funcional das persoas maiores, a participación social e a súa seguridade.²

As persoas maiores na Comunidade Autónoma de Galicia, considerando dentro desta clasificación as persoas que teñen 65 anos ou máis, a 1 de Xaneiro de 2015 segundo o Instituto Galego de Estatística (IGE), suman un total de 655.841 persoas, o que supón un 24,01% da poboación total.³

Obsérvase que o censo desta comunidade está, cada vez, máis envellecido, sendo o índice de envellecemento desta dun 146,1%. Isto é debido ao descenso das taxas de natalidade, que provoca que as persoas adultas sexan un grupo maior que a poboación nova. Se a isto lle sumamos que a esperanza de vida ao nacer na nosa comunidade é de 82,59 anos (datos do 2013 segundo o Instituto Galego de Estatística), obsérvase que os anciáns son o grupo de persoas máis destacable en número de Galicia ⁴. Segundo a Organización Mundial da Saúde (OMS), entre o 2000 e o 2050, a proporción mundial de habitantes maiores de 60 anos duplicarase, pasando de ser un 11% a un 22%.²

Isto da lugar ao fenómeno coñecido como “inversión da pirámide poboacional” que conleva a que a sociedade sexa máis dependente, xa que cantas máis persoas maiores existen, máis patoloxías asociadas á idade se atopan. Estas patoloxías conlevan a necesitar da axuda dunha terceira persoa como consecuencia da dependencia que ocasionan.¹

2.2. ENVELLECIMIENTO ACTIVO:

No ano 2011, o IMSERSO publica o Libro Branco sobre o envellecemento activo (proceso a través do cal se mellora a calidade de vida das persoas a medida que envellecen, favorecendo as oportunidades de desenvolver unha vida saudable, participativa e segura). Esta idea xorde con motivo do ano europeo do envellecemento activo e da solidaridade interxeracional, no 2012. Esta publicación ten o fin de definir a situación das persoas maiores en España así como, o obxectivo de avanzar nas ideas e posibilidades para encarar con éxito o proceso do envellecemento activo⁵. Hai unha serie de medidas e actuacións preventivas específicas para promover o envellecemento activo como son: fomentar e dinamizar a formación de asociacións de persoas maiores para posibilitar a súa participación na comunidade e para enriquecer as actuacións das asociacións xa existentes; programas de dinamización interxeracional actuando como modelos para as xeracións máis xóvenes para mellorar o autoconcepto e, incluso, o concepto social do envellecer; impulsar a participación das persoas maiores nos recursos comunitarios; e, promocionar o voluntariado como forma de compromiso social, intervindo as persoas maiores como receptoras e como emisoras deste voluntariado.⁶

2.3. DEPENDENCIA E PERSOAS MAIORES:

A medida que as persoas envellecen, sofren unha maior cantidade de enfermidades, incluso varias ó mesmo tempo. Isto conleva a que diminúa a calidade de vida destas e entren nunha situación de dependencia. Esta é unha situación multicausal que, debido aos cambios sufridos no proceso de envellecemento, perxudica a autoestima das persoas, as relacións sociais e a súa participación en diferentes actividades, ou o que é o mesmo, afecta na súa vida cotiá.⁷

Para moitas persoas, o estilo de vida, a resiliencia e un bo apoio social do que se benefician, poden modificar o declive funcional que sofren, así como o comezo dalgunha enfermidade.⁸

Ademais disto, os programas de intervención e de prevención son eficaces, retrasando a perda de autonomía das persoas e podendo evitar consecuencias negativas na vida diaria das mesmas.⁷

2.4. RECURSOS NA NOSA SOCIEDADE:

En España, e na nosa comunidade, existen diferentes recursos adicados ás persoas maiores, así como tamén, programas de atención ás mesmas que prantexan como un fin o envellecemento activo. Estes programas teñen como obxectivo a promoción da saúde e a prevención da enfermidade. Os recursos existentes clasifícanse en: recursos para a atención de problemas biomédicos, recursos para a atención de patoloxías crónicas que cursen con necesidades de atención especiais e recursos sociais. Tanto estes recursos como os programas de atención teñen o obxectivo común de conseguir un axeitado estado de benestar das persoas ás que van dirixidos.¹

Os tipos de recursos que atopamos en España para as persoas maiores son a Teleasistencia, o Servizo de Axuda a Domicilio, os Centros de Día e os Servizos de Atención Residencial. Existen un total de 3.246 Centros de Día dos que tan só 167 pertencen á nosa Comunidade Autónoma. Estes últimos teñen unha ocupación do 82% e ofertan prazas de financiación privada (34%) e de financiación pública (66%).⁹

Os Centros de Día pertencen ós Servizos de Atención Diurna que teñen como obxectivo evitar que as persoas usuarias se afasten do seu entorno e permiten a permanencia dos mesmos nos seus fogares. Isto entra dentro do enfoque do envellecemento activo.⁹

O Servizo de Axuda a Domicilio ten como principal obxectivo mellorar e/ou manter a calidade de vida das persoas maiores no seu entorno cotiá

como é a vivenda xa que o desexo dos nosos maiores é envellecer nas súas casas e ser atendidos polos seus familiares. Isto, ás veces, non pode levarse a cabo xa que os familiares non poden adicar todo o seu tempo a eles por motivos de traballo, principalmente. Os servizos que se ofertan son:⁶

- Servizos de axuda e apoio no domicilio: Deben adaptarse a cada usuario, tendo en conta as peculiaridades de cada caso e dos entornos deste. O obxectivo é garantir o coidado da persoa no seu fogar.
- Servizos de intervencións na vivenda: Coa finalidade de ofertar comodidade e accesibilidade para a persoa maior, adaptando o entorno o mellor posible e conseguindo unha mellor calidade de vida e independencia da mesma nas actividades da vida diaria.
- Servizos de apoio aos cuidadores: Co principal obxectivo de orientar e informar ao cuidador para mellorar a calidade de vida, tanto dos usuarios como deles mesmos.

2.5. SITUACIÓN NO MEDIO RURAL:

Algúns estudos mostran que este tipo de persoas coñecen ou descoñecen os recursos que se ofrecen dependendo das zonas xeográficas nas que residan, sendo as persoas do medio rural as que os descoñecen e, as persoas do medio urbano son as que teñen máis información sobre ditos medios. A razón pola que ocorre isto é que no ámbito rural existe unha falta de recursos asistenciais para as persoas maiores en situación de dependencia ou unha inadecuación dos mesmos. Ademais disto, a situación xeográfica de certos municipios rurais ten moita importancia neste aspecto xa que, nalgúns deles, os accesos son complicados e impiden ou dificultan o paso dos medios de transporte. Por este motivo, no rural, todo o peso da atención que necesitan as persoas maiores en situación de dependencia recae na familia.⁶

Débese ter en conta que o 86% dos municipios españois son de carácter rural e sábese que tanto a forma de vida coma o envellecemento nestes lugares é diferente ao que ten lugar no entorno urbano. O rural caracterízase por estar formado por pequenos núcleos de poboación dentro dos cales todos os habitantes dos mesmos se coñecen. Os roles xogan un papel importante así como o status adscrito de cada persoa, antepoñéndose ao recoñecemento dos logros persoais.^{1,10}

Por outra parte, existen diferenzas entre as persoas maiores que dependen do seu hábitat e do envellecemento rural. Móstrase que as persoas maiores do rural, ademais de ser un número superior que as persoas maiores do urbano, envellecen de forma diferente. É importante destacar que as persoas maiores do entorno rural están máis envellecidas e a súa esperanza de vida é maior, no rural abundan máis as mulleres que os homes e, tamén, neste entorno pódese suplir mellor a soidade destas persoas debido ás relacións sociais existentes cos seus veciños e demais xente do seu entorno social. Outra característica que inflúe na utilización dos recursos existentes na nosa comunidade é que, no entorno rural está aceptado e moi integrado na sociedade o feito de formar familias grandes e vivir na mesma casa varias xeracións. Por este motivo, as persoas maiores están sempre a cargo dos cuidadores familiares.^{1,10}

No concello coruñés de Rianxo, no que se prantexa este proxecto, o 24,12% da poboación ten 65 anos ou máis, o que supón unha cifra máis elevada que a media galega (24,01%)¹¹. Neste concello non existe ningún dos recursos mencionados con anterioridade dirixidos a este tipo de persoas.

2.6. PAPEL DO TERAPEUTA OCUPACIONAL:

A Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionais define esta profesión como: *“Unha profesión que se ocupa da promoción da Saúde e do Benestar a través da ocupación. O principal obxectivo da terapia*

*ocupacional é capacitar ás persoas para participar nas actividades da vida diaria. Os terapeutas logran este resultado mediante a habilitación dos individuos para realizar aquelas tarefas que optimizarán a súa capacidade para participar, ou mediante a modificación do entorno para que este reforce a participación”.*¹²

Os tres pilares fundamentais sobre os que se fundamenta a intervención de Terapia Ocupacional (TO) son: a ocupación, a persoa e o entorno. A ocupación está formada por un grupo de actividades con significado persoal e sociocultural para as persoas. Está determinada pola cultura e promove a participación na sociedade. O uso da ocupación como ferramenta terapéutica para modificar o estado de saúde é o elemento que nos distingue do resto de profesións. En canto á persoa, unha das características que nos fai humanos é a nosa natureza ocupacional. A ocupación desempeña un papel importante nas vida das persoas converténdose nunha necesidade vital. Por último, o entorno é considerado dende a nosa profesión como un instrumento para maximizar a función do usuario. O comportamento ocupacional é un comportamento medioambiental. A ocupación é entendida como a interacción entre o ser humano e o seu entorno.¹³

Esta profesión concibe á persoa maior como un membro activo e participativo dentro dos seus entornos: social, cultural e espiritual. O principal obxectivo é o de mellorar a súa capacidade para realizar coa maior independencia posible as actividades da vida diaria e para cumprir coas súas ocupacións, tanto no seu fogar coma na comunidade.¹³

A poboación de persoas maiores é a máis sensible a sufrir unha disfunción ocupacional ou unha perda da capacidade para desempeñar diferentes ocupacións. Segundo a enquisa das condicións de vida que realizou o IMSERSO no 2006, o 24,9% das persoas maiores do noso país necesita axuda na realización das actividades da vida diaria (AVD). Sendo, dese 24,9%, o 3,3% as persoas que teñen unha dependencia

completa e requiren atención na totalidade das actividades da vida diaria (AVD).¹⁴

A ocupación baséase en dous pilares fundamentais para as persoas, como son o traballo e a familia polo que, a xubilación, que cerra unha etapa e un período das nosas vidas, conleva a un cambio na nosa ocupación. Este cambio ten como consecuencia a perda de diferentes hábitos e rutinas establecidos durante a maior parte da nosa vida, a perda de roles tamén está presente e a organización do tempo vese perxudicada. Isto pode levar a un estado de inactividade por parte das persoas xa que non saben como afrontar esta nova situación e como organizar o tempo e as ocupacións. Como consecuencia disto pode verse afectada a independencia do usuario nas actividades da vida diaria polo que, a Terapia Ocupacional debe actuar a través da “utilización terapéutica das actividades de autocoidado, traballo e lúdicas para incrementar a función independente, mellorar o desenrolo e previr a discapacidade. Pode incluír a adaptación das tarefas ou o ambiente para lograr a máxima independencia e mellorar a calidade de vida” (Definición de Terapia Ocupacional da Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionais; AOTA, 1986).¹⁵

Cando sexa necesario, estes profesionais asesorarán sobre produtos de apoio e adaptacións ao usuario para que poida seguir sendo independente na súa vida cotiá. A TO pode habilitar ás persoas maiores en diversos aspectos vitais tendo en conta e dependendo das súas capacidades e intereses. Mediante a intervención desta disciplina, estas persoas poden establecer estratexias compensatorias para poder reanudar as súas actividades do día a día. En canto ao aislamiento social que sofren as persoas maiores, os terapeutas ocupacionais favorecen o mantemento das actividades sociais nas que participan e forman parte delas; e promoven novos intereses.¹³

A T.O. é unha profesión que dota á persoa das súas experiencias da vida cotiá que teñen como fin manter unha ocupación formal e rescatar as condicións de saúde.¹⁶

3. BIBLIOGRAFÍA MÁIS RELEVANTE:

1. Millán JC. Gerontología y Geriatría. Valoración e Intervención. Madrid: Editorial Panamericana; 2011.
2. Organización Mundial da Saúde. Informe mundial sobre o envelhecimento e a saúde. [Internet]. 2015 [acceso 9 de novembro de 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1
3. Instituto Galego de Estatística [Internet]. Santiago de Compostela; 2015 [acceso 15 de novembro de 2015]. Disponible en: [http://www.ige.eu/igebdt/esq.jsp?paxina=002001&c=0201001002&ruta=verPpalesResultados.jsp?OP=1&B=1&M=&COD=1373&R=2%5Ball%5D&C=1%5Ball%5D&F=T\[1:0\];9912:12&S=](http://www.ige.eu/igebdt/esq.jsp?paxina=002001&c=0201001002&ruta=verPpalesResultados.jsp?OP=1&B=1&M=&COD=1373&R=2%5Ball%5D&C=1%5Ball%5D&F=T[1:0];9912:12&S=)
4. Instituto Galego de Estatística [Internet]. Santiago de Compostela; 2014 [acceso 15 de novembro de 2015]. Disponible en: <http://www.ige.eu/estatico/educacion/Xeografia/Estrutura/Teoria.htm>
5. Instituto de Maiores e Servizos Sociais. Libro Branco sobre o envelhecimento activo [Internet]. Madrid; Unidade de Información de Maiores e Servizos Sociais; 2011 [acceso 22 de novembro de 2015]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
6. Instituto de Maiores e Servizos Sociais. Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas. Boletín sobre el envejecimiento. 1ªed. Madrid: Grafo S.A.; 2004; (11).
7. Triadó C, Villar F. coordinadores. Psicología de la vejez. 1º ed. Madrid: Alianza Editorial, S. A.; 2006.

8. Organización Mundial da Saúde. Envelhecimento activo: un marco político. Revista Española de Xeriatría e Xerontoloxía [Internet]. 2002 [acceso 20 de novembro de 2015]; 37 (2): 74-105. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>
9. Instituto de Maiores e Servizos Sociais. Os Servizos Sociais dirixidos ás persoas maiores en España [Internet]. Madrid; Unidade de Información de Maiores e Servizos Sociais; 2015 [15 de decembro de 2015]. http://www.espaciomayores.es/espaciomayores_01/esprec/ssppmm_esp/2012/index.htm
10. Monreal P, del Valle A, Serda B. Los grandes olvidados: Las Personas Mayores en el Entorno Rural. Intervención psicosocial [Internet]. 2009; 18(3): 269-277.
11. Instituto Nacional de Estadística. [Internet]. Cifras de poboación e censos demográficos. Madrid; 2014 [acceso 28 de decembro de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es>
12. World Federation Occupational Therapists [Internet]. 2004 [acceso 15 de xaneiro de 2016]. Disponible en: <http://www.wfot.org/ResourceCentre/tabid/132/did/43/Default.aspx>
13. Corregidor AI. Terapia Ocupacional en geriatría y gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2010. (3-24).
14. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Observatorio de mayores. A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Vida cotidiana: aportaciones y actividades. Madrid, 2006.
15. Asociación Profesional Castellano Manchega de Terapeutas Ocupacionales. Guía de Promoción de la Autonomía y Prevención

de la Dependencia de las Personas Mayores en el Medio Rural: Programas de Terapia Ocupacional. 2011.

16. Moruno P, Talavera M. Terapia Ocupacional en Salud Mental. London: Elsevier Health Sciences Spain; 2011.
17. Cid J, Damián J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev Esp Salud Publica. 1997;71(2):127-137.
18. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living. Gerontologist. 1969; 9(3): 179-186.
19. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatric Soc. 1986; 34(2): 119-126.
20. Blesa R, Puyol M, Aguilar M, Santacruz P, Bertran I, Hernández G, Sol JM, Peña J. NORMACODEM Group. Clinical validity of the "mini-mental state" for Spanish speaking communities. Neuropsychologia. 2001; 39(11): 1150-7.
21. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, Taussing MI. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev Gerontol. 1996; 6: 338-346.
22. Lei Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial do Estado, nº 298, do 14 de decembro de 1999.
23. American Occupational Therapy Association. Core values and attitudes of occupational therapy practice. American Journal of Occupational Therapy. 1993; 47: 1085-1086.
24. American Occupational Therapy Association. Guidelines to the occupational therapy code of ethics. American Journal of Occupational Therapy. 1998; 52: 881-884.

4. HIPÓTESE:

A divulgación da Terapia Ocupacional (TO) e a posta en marcha dun programa de intervención en persoas maiores no medio rural pode manter ou mellorar a independencia das mesmas no desempeño das súas ocupacións, así como, nos seus cuidadores principais, diminuír a sobrecarga que sofren.

5. OBXECTIVOS:

Distinguiranse entre os obxectivos acadados nos usuarios e os acadados nos cuidadores. Asímesmo, dentro de cada grupo, diferenciarase o obxectivo principal dos obxectivos secundarios.

PRINCIPAL OBXECTIVO:

- a) Dar a coñecer a figura do terapeuta ocupacional e a súa disciplina nun concello do ámbito rural.

USUARIOS

a) Principal

- a. Manter e/ou aumentar a independencia nas áreas de ocupación.

b) Secundarios

- a. Mellorar e/ou manter as destrezas nas actividades da vida diaria.
- b. Establecer hábitos e/ou rutinas para o desempeño nas actividades da vida diaria.
- c. Fomentar a independencia e participación en actividades de ocio e relacións interpersoais.

COIDADORES PRINCIPAIS

a) Principal

- a. Diminuír a sobrecarga do cuidador.

b) Secundarios

- a. Adquirir destrezas no coidado do usuario.
- b. Conseguir hábitos de hixiene postural.

6. METODOLOXÍA:

6.1. Tipo de estudo:

Neste proxecto emprégase un estudo prospectivo, analítico experimental.

6.2. Ámbito de estudo:

Este estudo será levado a cabo no Concello de Rianxo, na provincia de A Coruña. Nesta localidade, no 2012, as persoas de 65 anos ou máis supón o 24,12% da poboación total.

Neste municipio non existe ningún dos recursos existentes na nosa sociedade para as persoas maiores, polo que se prantexa este estudo co fin de observar os beneficios da T.O. sobre estas persoas no ámbito rural.

Este desenrolárase no Fogar dos Xubilados, un local adicado ó desenrolo dunha asociación creada co fin de ofrecer actividades de ocio e tempo libre para as persoas maiores.

6.3. Período de estudo:

O estudo desenvolverase nun período de oito meses, de outubro do 2016 ata maio de 2017. O primeiro mes será adicado á selección da mostra de estudo. No mes de novembro terá lugar a avaliación inicial dos usuarios que participarán neste traballo e a intervención só terá lugar nos meses de decembro, xaneiro e febreiro. No seguinte mes realizarase a avaliación final dos participantes e, tanto no mes de abril como no de maio, traballarase na elaboración da memoria final.

6.4. Mostra do estudo:

As persoas que serán obxecto de estudo son todas aquelas persoas con 65 ou máis anos e que estean empadroadas no Concello de Rianxo, así como os cuidadores principais das mesmas.

O tamaño da mostra determinarase no momento no que se coñeza o número de persoas interesadas polo proxecto, aplicando os criterios de inclusión e exclusión que se expoñen a continuación. Para o desenvolvemento deste estudo precísase un número mínimo de 5 participantes, así como un máximo de 20 usuarios, tanto de persoas maiores como de cuidadores, xa que hai que ter en conta que existe só unha figura profesional.

6.5. Criterios de inclusión e exclusión:

Para a selección da mostra teranse en conta diversos criterios:

- Criterios de inclusión:
 - Ter 65 anos ou máis
 - Estar empadroado no Concello de Rianxo
 - Comprometerse a participar activamente nas sesións propostas
 - Entregar cumprimentado o consentimento informado
- Criterios de exclusión:
 - Acadar unha puntuación de 80 ou máis no Índice de Barthel
 - Obter na Escala de Lawton & Brody unha calificación de 6 puntos ou maior
 - Adquirir unha valoración maior ou igual a 25 na Escala de Tinetti

- Conseguir unha nota de 24 ou máis no Mini Mental State Examination

6.6. Instrumentos de avaliación:

6.6.1. Persoas maiores:

Todos os participantes no estudo serán avaliados nun primeiro momento para coñecer o seu estado actual con respecto ás ocupacións que desempeñan. Esta avaliación consta dunha primeira entrevista individual e privada entre a terapeuta ocupacional e as persoas maiores onde se recollen os datos persoais necesarios (Anexo 1). Os datos desta entrevista serán corroborados sempre polos cuidadores principais. Por outra banda, realizarase unha entrevista aos seus cuidadores principais co fin de saber se son susceptibles de participar no programa de Terapia Ocupacional.

Ademais disto, pasaranse diferentes escalas de valoración a través das que se obterán os datos precisos sobre o desempeño ocupacional de cada persoa. Estas escalas administraránse ós usuarios na avaliación inicial e na final:

- **Índice de Barthel:** Mediante esta escala mídese a dependencia ou independencia dunha persoa á hora de realizar as actividades básicas da vida diaria (ABVD). Avalíanse 10 ítems: comida, aseo, vestido, arranxo, deposición, micción, ir ao retrete, traslado da cama ao sillón e viceversa, deambulación e subir e baixar escaleiras. As puntuacións asignadas a cada ítem son 0, 5, 10 e 15, dependendo da independencia do usuario no desempeño dos mesmos, do grado de axuda preciso ou da súa dependencia total nestes. A calificación final varía entre 0 e 100, sendo 0 (máxima dependencia) e 100 (máxima independencia); os puntos de corte dentro da puntuación son:

- Os resultados menores de 20 apuntan a unha dependencia total.
- As puntuacións que se atopen entre 20-35 indican unha dependencia grave.
- Entre 40-55 sinalan unha dependencia moderada do usuario.
- As calificacións maiores ou iguais a 60 suxiren unha dependencia leve.
- As puntuacións iguais a 100 supoñen unha independencia total (90 en persoas en cadeiras de rodas).

O tempo medio de aplicación é de 5 minutos.¹⁸ (Anexo 2)

- **Escala de Lawton & Brody:** Nesta escala avalíase o desempeño do usuario nas actividades instrumentais da vida diaria (AIVD). Consta de 8 ítems, nos que a máxima puntuación é 1, segundo o grado de independencia do usuario nestas actividades. Estes ítems son: capacidade para usar o teléfono, ir de compras, preparación da comida, coidar da casa, lavar a roupa, utilización do medio de transporte, responsabilidade sobre a medicación e capacidade de utilizar o diñeiro. A puntuación total varía de 0 a 8, sendo 0 (máxima dependencia) e 8 (independencia total).

O tempo medio requirido para o emprego desta escala é de 4 minutos.¹⁹ (Anexo 3)

- **Escala de Tinetti:** Esta escala mide o risco de caídas que pode ter unha persoa e divídese en dúas partes, nunha valórase a marcha do usuario e na outra o equilibrio deste.
 - Escala Tinetti para o equilibrio: Consta de 9 ítems: equilibrio sentado, levántase, intenta levantarse, equilibrio inmediato de pé (15 seg.), equilibrio de pé, tocado (de pé, empúxase

levemente 3 veces polo esternón), ollos cerrados (de pé), xiro de 360º e sentándose. O avaliador camiña detrás do usuario pedíndolle que responda ás cuestións prantexadas. A puntuación total desta subescala é 16.

- Escala Tinetti para a marcha: Consta de 7 ítems: inicio da marcha, lonxitude e altura do paso, simetría do paso, continuidade dos pasos, pasos, tronco e posición ao andar. O avaliador permanece de pé enfronte ao usuario cara o lado dereito. A puntuación total desta subescala é 12.

A puntuación total da escala proporciona o risco de caídas e é a suma das puntuacións das dúas subescalas, sendo 28 o máximo a acadar. A maior puntuación, menor risco polo que supón:

- Unha puntuación menor de 19 indica un risco alto de caídas.
- Unha puntuación que oscila entre 19 e 24 suxire risco de caídas.

O tempo medio de execución desta escala oscila entre os 8 e os 10 minutos.²⁰ (Anexo 4)

- **Escala Mini Mental State Examination (MMSE):** Mediante esta escala avalíase o estado cognitivo da persoa. Consta de 6 ítems: orientación temporal, orientación espacial, fixación recordo, atención cálculo, recordo diferido e linguaxe. Cada un destes ítems componse de diferentes apartados que conforman a nota total de cada un deles, sendo esta diferente para todos. A puntuación final da escala ven dada pola suma das calificacións dos ítems e é dun máximo de 30 puntos:
 - De 27 ou máis sinala un estado cognitivo normal.
 - De 24 ou menos mostra unha sospeita patolóxica. Dentro disto:

- De 9 a 12 puntos indica demencia.
- De 12 a 24 supón deterioro.

O tempo medio que se precisa para o uso desta escala é de 10 minutos.²¹ (Anexo 5)

6.6.2. Coidadores principais:

Realizarase un primeiro contacto individual cos coidadores principais no que se elaborará unha entrevista (Anexo 6) que lle aportará á terapeuta ocupacional algúns datos necesarios para a posta en marcha da intervención. Estes datos estarán relacionados coa calidade de vida que teñen dende que adoptaron este rol.

A continuación, pasarase unha escala para coñecer a sobrecarga que presentan os coidadores principais. Esta escala será administrada tanto na avaliación inicial como na avaliación final.

- **Escala de Zarit:** Consta de 22 ítems a través dos cales se consegue coñecer a sobrecarga dos coidadores principais. Cada un destes apartados debe ser valorado polo coidador clasificando as respostas como: 1= nunca, 2= case nunca, 3= a veces, 4= frecuentemente e 5= case sempre. O resultado desta escala conséguese sumando as puntuacións aportadas polo coidador en todos os ítems, estando a puntuación final entre 22 e 110:
 - <46: “non sobrecarga”
 - 47-55: “sobrecarga leve”
 - >56: “sobrecarga intensa”

O tempo medio de administración desta escala ronda os 5 minutos.²² (Anexo 7)

6.7. Análise estatístico:

Os datos acadados na intervención serán recollidos e analizados co fin de obter os resultados esperados. Espérase que exista unha diferenza cuantitativa entre as variables a estudar que ampare a hipótese establecida nun primeiro momento. Isto lévase a cabo mediante o programa estatístico IBM SPSS Statistics 22.0.

6.8. Limitacións:

Débase ter en conta as diversas limitacións que se poden dar no desenvolvemento deste proxecto.

Un dos inconvenientes que pode ter lugar é que o financiamento proposto para a posta en marcha non sexa aceptado pola parte financiadora.

Por outra banda, a aceptación do proxecto por parte das persoas maiores e do Concello pode non ser a esperada xa que se trata dunha profesión descoñecida nesta zona.

7. PLAN DE TRABAJO

ACTIVIDADES A REALIZAR	Nov. 2015 – Xuño 2016	Xullo 2016	Agosto 2016	Setembro 2016	Outubro 2016	Novembro 2016	Decembro 2016	Xaneiro 2017	Febreiro 2017
Revisión bibliográfica	X								
Difusión do proxecto		X							
Selección da mostra		X							
Avaliación inicial			X						
Intervención				X	X	X			
Avaliación final							X		
Elaboración memoria final								X	X

7.1. Etapas:

- Revisión bibliográfica: A búsqueda de información sobre o tema e a elaboración do proxecto lévase a cabo dende o mes de novembro de 2015 ata xuño de 2016.
- Plan de difusión do proxecto: Primeiramente procedese a contactar co Concello de Rianxo, coa concelleira de Benestar Social, Igualdade e Diversidade, para prantexar dito proxecto. Unha vez que se dispón a desenvolvelo, o Concello encárgase de todo o referente á publicidade e á subscrición dos participantes no mesmo.

Realizaranse unhas xornadas de información durante a primeira fin de semana de xullo do 2016, venres en horario de tarde e sábado en horario partido de mañá e de tarde, xa que se busca que acuda o maior número de persoas posible. Estas xornadas tamén son publicitadas polo Concello de Rianxo. Con isto preténdese dar a coñecer a figura do terapeuta ocupacional así como esta disciplina e, ao mesmo tempo, tamén se informará do estudo que se vai levar a cabo neste mesmo concello. Despois destas xornadas, as persoas interesadas en participar no estudo deben acudir á concellería mencionada anteriormente xa que é, nesta, onde se realiza todo o papeleo referente a inscricións. Estas serán enviadas á Terapeuta Ocupacional para a posterior selección da mostra.

- Selección da mostra: A mostra seleccionase seguindo os criterios de inclusión mencionados anteriormente. A este proceso adícase o mes de xullo de 2016.
- Avaliación inicial: Despois de ter escollida a mostra do estudo prantéxase avaliar a cada un dos suxeitos. En canto ás persoas maiores, primeiramente, realízase a entrevista inicial de maneira individual con cada unha delas, sendo revisada sempre polos seus

coidadores principais. A continuación, pasaranse diferentes instrumentos de avaliación, mencionados con anterioridade, para determinar o desempeño ocupacional dos usuarios. Cos datos recollidos proséguese a definir máis a mostra de estudo tendo en conta os criterios de exclusión establecidos. No referente aos coidadores principais, realízase unha entrevista, con cada un deles, de maneira individual e, a continuación, pasaráselle unha escala para coñecer a sobrecarga que presentan.

Isto está prantexado para desenvolverse durante o mes de agosto de 2016.

- Intervención: A duración desta etapa será de tres meses, dende setembro ata novembro de 2016.
 - A intervención realizada coas persoas maiores terá lugar durante tres días á semana, sendo cada sesión de unha hora. Cada día da semana estará adicado ó desempeño dunha área de ocupación, sendo o ocio, a participación social e as actividades da vida diaria, tanto básicas como instrumentais, as estudadas neste proxecto. A participación social estará presente en todo momento polo que, un día será adicado ás actividades básicas da vida diaria (ABVD), outro estará asignado para as actividades instrumentais da vida diaria (AIVD) e o último día da semana levaranse a cabo diferentes talleres de ocio.
 - A actuación que se levará a cabo cos coidadores principais dos usuarios será unicamente dunha sesión á semana cunha duración dunha hora. Nesta proporcionaráselle formación sobre hábitos ou rutinas de hixiene postural para evitar a sobrecarga do coidador.

Toda intervención, tanto coas persoas maiores como cos seus cuidadores principais, estará deseñada en base aos intereses mostrados por eles.

- Avaliación final: Neste período vólvense a pasar as mesmas escalas que na avaliación inicial para comparar as solucións. As diferenzas existentes entre estas son as que compoñen os resultados finais do proxecto. Este proceso lévase a cabo durante o mes de decembro de 2016.
- Elaboración da memoria final: Despois da recollida de todos os datos comezase a elaborar a memoria final do proxecto a través da cal se mostra a efectividade da intervención, afirmando a hipótese inicial. Este escrito realízase durante un período de tempo de dous meses, en xaneiro e febreiro de 2017.

8. ASPECTOS ÉTICOS

Ao comezo deste proceso de intervención entregaráselle aos participantes, tanto ás persoas maiores como aos seus cuidadores principais, un consentimento informado que deberán cumprimentar para poder formar parte da mesma. (Anexo 8)

Asímesmo, os datos persoais facilitados polos usuarios serán empregados segundo o indicado na Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal.²³

Por outro lado, a práctica profesional neste proxecto estará sometida ao establecido no Código Ético, Valores e Actitudes da Práctica de Terapia Ocupacional²⁴ e a Guía Código Ético da Terapia Ocupacional.²⁵

9. RESULTADOS ESPERADOS:

Coa posta en marcha deste estudo preténdense conseguir uns resultados que avalen a hipótese prantexada. Estes resultados son:

- Dar a coñecer a TO e o papel do Terapeuta Ocupacional nun entorno rural no que é descoñecida.
- Mellorar ou manter a independencia dos participantes no desempeño das súas actividades diarias, tanto básicas como instrumentais.
- Mellorar ou manter a independencia das persoas maiores na realización das súas actividades de ocio.
- Conseguir unha mellora na área de ocupación de participación social, adquirindo unha mellor fluidez nas relacións interpersoais.
- Conseguir unha diminución na sobrecarga que sofren os cuidadores principais das persoas maiores dentro dun ámbito rural.

10. PLAN DE DIFUSIÓN DOS RESULTADOS

Darase a coñecer os resultados acadados no proxecto a través da publicación dos mesmos en diferentes revistas, así como a súa exposición en diversos congresos:

- Revistas:
 - Revista de Terapia Ocupacional Galicia (TOG)
 - American Journal of Occupational Therapy, factor de impacto 2.021
 - Australian Occupational Therapy Journal, factor de impacto 0.846
 - Revista Española de Xeriatría e Xerontoloxía
 - European Geriatric Medicine, factor de impacto 0.629
- Congresos:
 - Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional
 - Congreso Internacional de Terapia Ocupacional
 - Congreso da Sociedade Española de Xeriatría e Xerontoloxía
 - Congreso Internacional de Xeriatría e Xerontoloxía
 - Congreso Mundial de Terapia Ocupacional

11. FINANCIAMENTO DA INVESTIGACIÓN:

Neste apartado diferéncianse dous tipos de financiamento, aquel que engloba todo tipo de recursos que serán necesarios para o desenvolvemento do estudo e as posibles fontes que poden achegar o diñeiro necesario para o mantemento deste proxecto.

11.1. Recursos necesarios:

- Infraestrutura necesaria:

Este estudo desenvolverase no local do Clube de Xubilados, destinado á actividade realizada e contratada polos membros desta asociación.

Neste local non existen barreiras arquitectónicas de acceso polo que é axeitado a este colectivo e, ademais, permite un maior achegamento deste proxecto a esta comunidade.

- Recursos humanos necesarios:

O persoal que levará a cabo este proxecto é, unicamente, unha terapeuta ocupacional que se encargará de realizar todas as etapas prantexadas, dende o plan de difusión do estudo ata a elaboración da memoria final cos resultados acadados.

- Material funxible:

Diferentes materiais como son os folios, os lapis, as gomas de borrar, as tesoiras e os lapis de cores non poden ser contabilizados ata saber o número exacto de usuarios que participarán no estudo.

Outros materiais como son aqueles que se clasifican dentro de xogos de ocio (bingo, baralla española) son cedidos polo propio

clube xa que se atopan dentro das instalacións que se van empregar.

- **Material inventariable:**

As mesas e as cadeiras que se precisan para o benestar e a comodidade dos usuarios é material ofertado polo propio clube xa que se atopa nas instalacións onde se vai desenrolar o estudo.

O material informático que se precisa é prestado polo propio concello: un ordenador portátil, unha fotocopiadora e un proxector.

- **Viaxes e dietas:**

Os desprazamentos da terapeuta ocupacional ata o Clube de Xubilados para o desenvolvemento do estudo serán abonados indistintamente da remuneración mensual.

O orzamento preciso para todos estes materiais especifícase detalladamente na seguinte táboa:

Recursos necesarios		Orzamento
Infraestrutura	Local do Clube de Xubilados	Sin custo
Recursos humanos	1 Terapeuta Ocupacional a xornada completa	1.596€/mes
Material funxible	Material de oficina (folios, lápiz, gomas, tesoiras, ...)	100€

	Xogos de ocio (bingo, baralla española)	0€
Material inventariable	Mesas e cadeiras	0€
	Material informático (ordenador, proxector e impresora)	0€
Viaxes e dietas	Desprazamentos ao Clube de Xubilados	150€
Orzamento final		13.018€

11.2. Posibles fontes de financiamento:

- Concello de Rianxo: Solicitarase unha subvención a este concello para poder levar a cabo o desenvolvemento do estudo neste mesmo.
- Afundación: A fundación Abanca aposta pola promoción do envellecemento activo, favorecendo a calidade de vida das persoas maiores. Ademais apoia todos os proxectos de investigación que se prantexan na nosa sociedade cos mesmos fins que as súas prioridades.
- Obra Social LaCaixa: Convoca axudas para promover o envellecemento activo dos nosos maiores previndo a dependencia dos mesmos.
- Subvencións de Réxime Xeral na área de atención a persoas maiores do Instituto de Maires e Servizos Sociais (IMSERSO): Ofrece subvencións co fin de manter e proporcionar programas para as persoas maiores.

12. AGRADECIMENTOS:

Quero agradecer, primeiramente, aos meus titores e guías durante todo este proceso de creación dun futuro proxecto.

Por outra banda, quero agradecer á miña familia por todo o apoio que me deron ó longo desta etapa que chega ó seu fin.

Finalmente, tamén quero agradecer á miña parella, ás miñas amigas e ás miñas compañeiras de piso por animarme sempre que foi necesario.

13. ANEXOS:

13.1. ANEXO 1: ENTREVISTA PESSOAS MAIORES:

- Nombre:
- Fecha:
- Edad:
- Fecha de nacimiento:
- Lugar de nacimiento:
- Lugar de residencia:
- Estado civil:
- Nombre del cónyuge:
- Con quien vive:
- Cuantos hijos tiene (nombre):
- Cuantos nietos tiene (nombre):
- Utiliza algún producto de apoyo (gafas, bastón, ...):

- Donde vivió la mayor parte de su vida:
- En su infancia, con quien vivía:
- Como era el sitio donde vivía:
- Cuantos hermanos tiene:
- Edad hasta la que fue a la escuela:
- Edad a la que empezó a trabajar y en qué:
- Le hubiese gustado trabajar en otra cosa:

- Actividades de tiempo libre antes:
- Actividades de tiempo libre ahora:
- Roles:
- Intereses:
- Que día es hoy:
- Dónde nos encontramos:
- Como está de salud:

- Cuántas horas duerme:
- Siente que descansa por las noches:
- En la actualidad, en el tiempo libre, que actividades realiza:
- Las realiza solo o en compañía:
- Hace lo mismo que hace algunos años:
- Hay algo que le gustaría hacer que no hace:
- Cuáles son sus intereses:

13.2. ANEXO 2: ÍNDICE DE BARTHEL:

Comida

10. Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.

5. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo.

0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

Aseo

5. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.

0. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.

Vestido

10. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.

5. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.

0. Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.

Arreglo

5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.

0. Dependiente. Necesita alguna ayuda.

Deposición

10. Continente. No presenta episodios de incontinencia.

5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.

0. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.

Micción

10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc)

5. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos.

0. Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.

Ir al retrete

10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.

5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.

0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.

Traslado cama /sillón

15. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.

10. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.

5. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.

0. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.

Deambulaci3n

15. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.

10. Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.

5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisi3n.

0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.

Subir y bajar escaleras

Intervención de Terapia Ocupacional no ámbito rural

10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.
Total:

Máxima puntuación: 100 puntos

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
> o igual de 60	Leve
100	Independiente

13.3. ANEXO 3: ESCALA DE LAWTON E BRODY:

Paciente.....Edad.....Sexo.....	
Anotar con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria	
A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	Puntos
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	1
4. No usa el teléfono	0
B. IR DE COMPRAS	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
D. CUIDAR LA CASA	
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
E. LAVADO DE ROPA	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0
F. MEDIO DE TRANSPORTE	

Intervención de Terapia Ocupacional no ámbito rural

1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja	0
G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc	1
3. Incapaz de manejar el dinero	0

Máxima dependencia: 0 puntos

Independencia total: 8 puntos

13.4. ANEXO 4: ESCALA DE TINETTI:

ESCALA DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO:

Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos.

1. Equilibrio sentado	Se recuesta o resbala de la silla	0
	Estable y seguro	1
2. Se levanta	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero usa los brazos	1
	Capaz sin usar los brazos	2
3. Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero requiere más de un intento	1
	Capaz de un solo intento	2
4. Equilibrio inmediato de pie (15 seg)	Inestable (vacila, se balancea)	0
	Estable con bastón o se agarra	1
	Estable sin apoyo	2
5. Equilibrio de pie	Inestable	0
	Estable con bastón o abre los pies	1
	Estable sin apoyo y talones cerrados	2
6. Tocado (de pie, se le empuja levemente por el esternón 3 veces)	Comienza a caer	0
	Vacila se agarra	1
	Estable	2
7. Ojos cerrados (de pie)	Inestable	0
	Estable	1
8. Giro de 360 °	Pasos discontinuos	0
	Pasos continuos	1
	Inestable	0
	Estable	1
9. Sentándose	Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla	0
	Usa las manos	1
	Seguro	2

PUNTUACIÓN TOTAL DEL EQUILIBRIO (máx. 16 puntos).

ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA:

Con el paciente caminando a su paso usual y con la ayuda habitual (bastón o andador).

Intervención de Terapia Ocupacional no ámbito rural

1. Inicio de la marcha	Cualquier vacilación o varios intentos por empezar	0
	Sin vacilación	1
2. Longitud y altura del paso	A) Balanceo del pie derecho	
	No sobrepasa el pie izquierdo	1
	Sobrepasa el pie izquierdo	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1
	B) Balanceo del pie izquierdo	
	No sobrepasa el pie derecho	0
	Sobrepasa el pie derecho	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1
3. Simetría del paso	Longitud del paso derecho desigual al izquierdo	0
	Pasos derechos e izquierdos iguales	1
4. Continuidad de los pasos	Discontinuidad de los pasos	0
	Continuidad de los pasos	1
5. Pasos	Desviación marcada	0
	Desviación moderada o usa ayuda	1
	En línea recta sin ayuda	2
6. Tronco	Marcado balanceo o usa ayuda	0
	Sin balanceo pero flexiona rodillas o la espalda o abre los brazos	1
	Sin balanceo, sin flexión, sin ayuda	2
7. Posición al caminar	Talones separados	0
	Talones casi se tocan al caminar	1

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA MARCHA (máx. 12).

PUNTUACIÓN TOTAL GENERAL (máx. 28).

Intervención de Terapia Ocupacional no ámbito rural

El tiempo aproximado de aplicación de esta prueba es de 8 a 10 minutos. El entrevistador camina detrás del paciente y le solicita que responda a las preguntas relacionadas a la marcha. Para contestar lo relacionado con el equilibrio, el entrevistador permanece de pie junto al paciente (enfrente y a la derecha).

La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado.

Interpretación:

A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación para la marcha es 12, para el equilibrio es 16. La suma de ambas puntuaciones proporciona el riesgo de caídas.

A mayor puntuación=menor riesgo

Menos de 19 = riesgo alto de caídas

De 19 a 24 = riesgo de caídas

13.5. ANEXO 5: MINI MENTAL:

Nombre: Varón [] Mujer []
 Fecha: F. nacimiento: Edad:
 Estudios/Profesión: Núm. Historia:
 Observaciones:

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (máx. 5)				
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1		ORIENTACIÓN ESPACIAL (máx. 5)			
Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)			Núm. de repeticiones necesarias FIJACIÓN RECUERDO inmediato (máx. 3)		
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)				ATENCIÓN CÁLCULO (máx. 5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)					RECUERDO DIFERIDO (máx. 3)
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1. REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni	LENGUAJE (máx. 9)				

<p>pero" (o "en un tragal había 5 perros") 0-1.</p> <p>ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1.</p> <p>LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1.</p> <p>ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1.</p> <p>COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.</p>			
<p>Puntuaciones de referencia:</p> <p>27 ó más: normal</p> <p>24 ó menos: sospecha patológica</p> <p>12-24: deterioro</p> <p>9-12: demencia</p>	<p>PUNTUACIÓN TOTAL (máx. 30 puntos)</p>		

a.e.g.(1999)

13.6. ANEXO 6: ENTREVISTA CUIDADORES PRINCIPALIS:

- Nombre:
- Fecha:
- Edad:
- Fecha de nacimiento:
- Lugar de nacimiento:
- Lugar de residencia:
- Estado civil:
- Nombre del cónyuge:
- Vive con la persona mayor a su cargo:
- Quien forma la unidad familiar:
- Cuantos hijos tiene (nombre):
- Utiliza algún producto de apoyo (gafas, bastón, ...):
- Profesión:
- Actividad laboral en la actualidad:
- Notó diferencias en el desempeño de su vida desde que adoptó el rol de cuidador/a principal? (actividades de la vida diaria, trabajo, descanso, ocio y tiempo libre y participación social):
- Notó diferencias en su estado de ánimo desde que adoptó el rol de cuidador/a principal?

13.7. ANEXO 7: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT:

A continuación se presentan una lista de frases que reflejan cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre NUNCA, CASI NUNCA, A VECES, FRECUENTEMENTE y CASI SIEMPRE. No existen respuestas correctas o incorrectas.

1 = NUNCA

2 = CASI NUNCA

3 = A VECES

4 = FRECUENTEMENTE

5 = CASI SIEMPRE

CON QUÉ FRECUENCIA (rodee con un círculo la opción elegida)

1. ¿Siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
2. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?	1	2	3	4	5
3. ¿Se siente estresada/o al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades? (Ej.: con su familia o en el trabajo)	1	2	3	4	5
4. ¿Se siente avergonzada/o por el	1	2	3	4	5

comportamiento de su familiar?					
5. ¿Se siente irritada/o cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?	1	2	3	4	5
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	1	2	3	4	5
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?	1	2	3	4	5
9. ¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar?	1	2	3	4	5
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?	1	2	3	4	5
12. ¿Cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5
13. ¿Se siente incómoda/o por invitar a amigos a casa, a causa de su familiar?	1	2	3	4	5
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?	1	2	3	4	5

15. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	1	2	3	4	5
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	1	2	3	4	5
18. ¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otra persona?	1	2	3	4	5
19. ¿Se siente insegura/o acerca de lo que debe hacer con su familiar?	1	2	3	4	5
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	1	2	3	4	5
21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?	1	2	3	4	5
22. En general ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5

Martín M, Salvado I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev Gerontol. 1996;6:338-346

13.8. ANEXO 8: CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Eu,, con DNI,
informo que acudín ás xornadas de información sobre este proxecto de
investigación e estou dacordo co exposto a continuación:

- Estou informado/a do proceso no que vou participar, así como os resultados beneficiosos que se esperan acadar.
- Estou ao tanto de que os meus datos persoais estarán protexidos e serán tratados baixo a Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal.
- Coñezo o papel do Terapeuta Ocupacional neste ámbito e todos os beneficios que se poden acadar nas intervencións.
- Comprométome a participar activa e voluntariamente no estudo, podendo retirarme en calquera momento si así o desexo.

Por todo o exposto anteriormente, acepto a participar neste estudo.

Fdo. Participante:

Fdo. Terapeuta Ocupacional:

En Rianxo, a de Xullo de 2016.