



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

GRAO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico 2015 – 2016

TRABAJO FIN DE GRADO

**Terapia Ocupacional en Atención Primaria.
Una necesidad expresada.**

Lucía Villalón Gutiérrez

Junio 2016

DIRECTORA

Dña. María Carmen Hervás del Valle.

- Profesora del Grado de Terapia Ocupacional.
- Terapeuta Ocupacional en el Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. CHUAC.

INDICE DE CONTENIDOS

Resumen	6
Resumo	8
Abstract	10
1. Introducción	11
1.1 Antecedentes y estado actual de la Terapia Ocupacional en Atención Primaria.	11
1.2 Conceptos: Atención Primaria de Salud y Equipo de Atención Primaria.	12
1.3 Atención Primaria de Salud y Terapia Ocupacional.	13
1.4 Necesidad expresada.	16
1.5 Concepto e intervención del Terapeuta Ocupacional.	17
2. Bibliografía	19
3. Hipótesis	25
4. Objetivos	26
4.1 Objetivo general.	26
4.2 Objetivos específicos.	26

5. Metodología	
5.1 Abordaje metodológico. Tipo de estudio.	27
5.2 Papel del investigador.	34
5.3 Población de estudio, criterios de inclusión y exclusión.	34
5.4 Búsqueda bibliográfica.	35
5.5 Entrada al campo.	36
5.6 Método de recogida de datos.	36
5.7 Análisis de los datos.	39
5.8 Rigor metodológico.	40
5.9 Aplicabilidad.	41
5.10 Limitaciones del estudio.	41
6. Plan de trabajo	42
7. Aspectos éticos	44
8. Plan de difusión de resultados	45
9. Financiación de la investigación	47
10. Agradecimientos	51

11. Anexos

Anexo I: Hoja de información para los participantes en el estudio.	53
Anexo II: Consentimiento informado para los participantes en el estudio.	55
Anexo III: Entrevista a los participantes en el estudio.	57
Anexo IV: Cuestionario de barreras en el hogar.	58
Anexo V: Índice de Barthel.	64
Anexo VI: Índice de Katz.	66
Anexo VII: Escala de Tinetti.	67

RESUMEN

➤ **Introducción:**

La Atención Primaria en El Sistema Nacional de Salud, es el nivel asistencial en el que se establece el primer contacto del individuo con dicho Sistema (de ahora en adelante SNS). Es un nivel básico de atención sanitaria que garantiza la atención integral y continua a lo largo de la vida de las personas. Combina funciones como son: Promoción, Educación, Integración y Rehabilitación.

➤ **Objetivos:**

El objetivo general se corresponde con identificar el número de pacientes de una población a estudio, la del Área Sanitaria I de Asturias, que podrían beneficiarse de la intervención de un Terapeuta Ocupacional integrado en los equipos de Atención Primaria del Área Sanitaria.

Los objetivos específicos son identificar los pacientes incluidos en los cinco grupos creados para este estudio y que se corresponden con las cinco patologías que producen más alteraciones en la capacidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria:

- Pacientes con diagnóstico de accidente cerebro-vascular. (ACV)
- Pacientes con diagnóstico de demencia.
- Pacientes con diagnóstico de fractura de cadera. (PTC y PTR)
- Pacientes con diagnóstico de enfermedad de parkinson.
- Pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (EPOC)

➤ **Metodología:**

Se realizó un estudio mixto, de las cinco patologías seleccionadas en la población a estudio, entre el periodo de tiempo del 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2014. La información se obtiene

mediante la explotación del sistema de información sanitaria del Área sanitaria I.

➤ **Palabras Clave:** Terapia ocupacional, Atención Primaria, Necesidad expresada.

- Proyecto de investigación.

RESUMO

➤ **Introdución:**

A Atención Primaria no Sistema Nacional de Saúde, é o nivel asistencial no que se establece o primeiro contacto do individuo co o devandito Sistema (de agora en diante SNS). É un nivel básico de atención sanitaria que garante a atención integral e continua ao longo da vida das persoas. Combina funcións que sexan: Promoción, Educación, Integración e Rehabilitación.

➤ **Obxectivos:**

O obxectivo xeral correspóndese con identificar o número de pacientes dunha poboación a estudo, a da área Sanitaria I de Asturias, que poderían beneficiarse da intervención dun Terapeuta Ocupacional integrado nos equipos de Atención Primaria da área. Os obxectivos específicos son identificar os pacientes incluídos nos cinco grupos creados para este estudo e que se corresponden coas cinco patoloxías a priori máis discapacitantes:

-Pacientes con diagnóstico de accidente cerebro-vascular (ACV).

-Pacientes con diagnóstico de demencia.

-Pacientes con diagnóstico de fractura de cadeira. (PTC e PTR).

-Pacientes con diagnóstico de enfermidade de parkinson.

-Pacientes con diagnóstico de enfermidade pulmonar obstrutiva crónica. (EPOC).

➤ **Metodoloxía:**

Realizouse un estudo mixto de prevalencia das cinco patoloxías seleccionadas na poboación a estudo, entre el periodo de tempo del 1 de xaneiro de 2014 e o 31 de decembro de 2014. A información obtense mediante a explotación do sistema de información sanitaria da Área Sanitaria I.

- **Palabras Chave:** Terapia ocupacional, Atención Primaria, Necesidad expresada.

ABSTRACT

- **Background:**

The Primary care in The National System of Health, is the welfare level in which the first contact of the individual is established by the said System (henceforth SNS). It is a basic level of sanitary attention that guarantees the integral and constant attention along the life of the persons. It Combines functions as are: Promotion, Education, Integration and Rehabilitation.

- **Objectives:**

The overall objective corresponds to identify the number of patients of a population to study, the Área Sanitaria I de Asturias, which could benefit from the intervention of an Occupational Therapist in the Area of primary care teams. The specific objectives are to identify the patients included in the five groups created for this study and that most disabling correspond to five pathologies priori:

- Patients with diagnosis of cerebrovascular accident (CVA).
- Patients with a diagnosis of dementia.
- Patients with diagnosis of fracture of hip. (PTC and PTR).
- Patients with a diagnosis of parkinson's disease.
- Patients with a diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease. (COPD).

- **Methodology:**

A joint study was conducted of prevalence of the five diseases in the population study on 1 January 2014 to 31 December 2014. Information is obtained through the exploitation of the health information system in the Area of health I.

- **Key words:** Occupational therapy, Primary Care, Expressed need.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes y estado actual de la Terapia Ocupacional en Atención Primaria

La Atención Primaria, es el nivel asistencial en el que se establece el primer contacto del individuo con El Sistema Nacional de Salud (SNS).

Es un nivel básico de atención sanitaria que garantiza la atención integral y continua a lo largo de la vida de las personas. ¹

La **Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales**, World Federation of Occupational Therapists (WFOT), define a la Terapia Ocupacional como una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los Terapeutas Ocupacionales 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.²

Con un trabajo conjunto en Atención Primaria, se pretende complementar funciones de Promoción, Educación, Integración, Prevención y Rehabilitación.

La atención se presta mediante equipos multidisciplinares (Médicos, Enfermeros, Terapeutas Ocupacionales, Fisioterapeutas, Personal Administrativo), denominados Equipos de Atención Primaria (a partir de ahora EAP), que desarrollan actividades dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, con un enfoque bio-psicosocial, en centros de trabajo denominados Centros de Salud.³

En este trabajo se pretende exponer la “necesidad” de que el Terapeuta Ocupacional pase a formar parte de los Equipos de Atención Primaria, desarrollando las funciones que le son propias de: educación, prevención, rehabilitación y adaptación, actuando en aquellas patologías que causan mayor diversidad funcional, atendidas en el nivel básico de salud.

1.2 Conceptos clave: Atención Primaria de Salud y Equipos de Atención Primaria

Atención Primaria de Salud (APS), puede ser definida desde diferentes perspectivas:

La conferencia de ALMA-ATA (1.978) la definió como “la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueda soportar”⁴

“La atención primaria es parte integrante del sistema nacional de salud, y representa el primer nivel de contacto de los individuos, familias y la comunidad con el sistema, acercando la atención de salud allí donde residen y trabajan las personas.”⁴

La APS puede y debe actuar como puente entre el sistema sanitario y otros elementos responsables del desarrollo económico y social de la comunidad.

Equipo de Salud de Atención Primaria (EAP), “es el pilar fundamental de la organización del trabajo en el centro de salud, debe ser multidisciplinar y no centrado de forma exclusiva en los profesionales médicos”.⁵ Esta afirmación implica la necesidad de reconocer el papel esencial de todos y cada uno de los componentes del equipo de salud en el desarrollo de las funciones y tareas propias de la atención primaria de salud.

Prácticamente no existen unidades de Terapia Ocupacional en Atención Primaria de Salud en ninguna Comunidad Autónoma. De hecho en el año 2005 según García Valdecasas, en un estudio llevado a cabo y citado en el trabajo “Terapia ocupacional en la cartera de servicios de Atención Primaria: ¿es posible?”. Solo un 1,8% de los de los Terapeutas

Ocupacionales trabajan en equipos multidisciplinares de Atención Primaria.⁶

Hoy en día el papel del Terapeuta Ocupacional en el Sistema Nacional de Salud (SNS) se desarrolla fundamentalmente en el ámbito hospitalario.

1.3 Atención Primaria de Salud y Terapia Ocupacional

El modelo asistencial en vigor en nuestro Servicio Nacional de Salud, está centrado más en la enfermedad que en la prevención, y las políticas sanitarias invierten más en la atención hospitalaria que en el nivel básico de atención.^{6,7}

En las últimas décadas la esperanza de vida de la población española se ha incrementado de forma llamativa. En la Comunidad Autónoma de Asturias, y en concreto en el Área Sanitaria I, el porcentaje de población mayor de 65 años alcanza el 28%.⁸

En el ámbito médico cuando se habla de diversidad funcional se habla de discapacidad.

Es precisamente en el grupo de personas mayores de 65 años en el que encontramos habitualmente algún tipo de limitación funcional, en relación con la movilidad, las capacidades cognitivas y para el desempeño de las actividades de la vida diaria. Así mismo las enfermedades que causan más diversidad funcional son obviamente más prevalentes en el grupo de pacientes mayores de 65 años.

Teniendo en cuenta todos estos conceptos que definen la atención primaria, debería ser en este nivel de atención y a través de actividades de promoción y prevención de la salud, actividades comunitarias y tratamiento rehabilitador, el medio adecuado para el desempeño del Terapeuta Ocupacional, integrándose como un miembro más en el equipo de AP.

En el ámbito de la consulta de Atención Primaria, es habitual la demanda de atención para cubrir las necesidades que se generan ante la discapacidad en sus diferentes grados, los procesos que los causan y los

entornos en los que se producen. La organización asistencial en el ámbito de la AP, no está diseñada ni dispone de los recursos adecuados para responder a dicha demanda. En el espacio geográfico del Área Sanitaria I de Asturias, no se dispone de ningún recurso público en AP que contemple al Terapeuta Ocupacional como profesional de referencia para la atención de la discapacidad en todos sus aspectos asistenciales, preventivos, rehabilitadores y ocupacionales.⁸

“En Asturias las cifras de población y de personas reconocidas con un grado de discapacidad igual o superior al 33% alcanza el 7,95% (informe a 31/12/2013 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).”⁹

La edad, como se ha mencionado en párrafos anteriores, se demuestra como un factor determinante en la aparición de algún grado de discapacidad. Además hay que destacar el despoblamiento, la dispersión geográfica y la lejanía de las zonas rurales de los entornos urbanos en que se concentran la mayoría de los dispositivos asistenciales y tecnológicos.

“En España la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, supuso la creación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).”¹⁰

La Orden de 2 de enero de 2012 desarrolla el Decreto 15/2010 de 4 de febrero en que se regula el derecho a las prestaciones del SAAD.¹¹

En el catálogo de estas prestaciones se contemplan los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal, ámbito en que la Terapia Ocupacional encuentra el espacio específico para el desempeño profesional, desarrollo e implantación en los diferentes dispositivos asistenciales, públicos y privados.

Papel del Terapeuta Ocupacional

El terapeuta ocupacional para la prevención y la promoción de la salud, deberá llevar a cabo actividades graduadas, implicándose a la hora de elaborar, aplicar y evaluar diferentes proyectos. Algunos de los objetivos llevados a cabo por el terapeuta ocupacional junto con otros profesionales en este ámbito, mencionados en la Revista TOG, son:

- Intervención en la planificación de proyectos e implantación de cursos de preparación para la jubilación.
- Intervención en la planificación de proyectos dirigidos a la eliminación de barreras arquitectónicas y a mejorar el acceso a los recursos en la comunidad y en el domicilio.
- Orientación sobre indicaciones y contraindicaciones preventivas en la realización de actividades de la vida diaria y en otras actividades ocupacionales, para posibilitar la ejecución efectiva y adecuada de las mismas, haciendo uso máximo de las capacidades potenciales del individuo, posibilitando la prevención de accidentes.
- Realización de visitas domiciliarias, evaluando y sugiriendo adaptaciones que faciliten el desempeño ocupacional, y prevengan situaciones cotidianas de riesgo de caídas y accidentes en el hogar.
- Planificación de actividades que contribuyan en la integración de las personas mayores en la comunidad.
- Planificación, implementación y evaluación de programas de estimulación y entrenamiento de la memoria con carácter preventivo.
- Elaboración de indicaciones y contraindicaciones acerca de la realización de actividades físicas, orientando hacia la elección adecuada, y adaptando las actividades, para que permitan fomentar la salud psicofísica y el bienestar general.¹²

- Planificación y coordinación de actividades de orientación del tiempo libre.
- Planificación y coordinación de actividades de tiempo libre dirigidas a grupos de mayores o a grupos intergeneracionales, para realizar actividades que les permitan reafirmar las posibilidades de realización personal y generar proyectos vitales.
- Participación en la planificación, aplicación y evaluación de programas de educación para la salud para personas mayores y sus familiares.
- Participación con equipos multidisciplinares en la elaboración, aplicación y evaluación de programas que planteen nuevas alternativas, tanto a nivel institucional como a nivel comunitario que ayuden a la resolución de las problemáticas de las personas mayores.¹²

1.4 Necesidad expresada

Según John Bradshaw (educador y escritor), “la necesidad expresada, es aquel tipo de necesidad sentida que se manifiesta mediante una solicitud de cualquier tipo de servicio o ayuda para cubrir estas necesidades”.¹³

En el ámbito sanitario la necesidad expresada, es la demanda de servicios y cuidados sanitarios solicitados por la comunidad.¹⁴

Los autores Cullis y West (1979), definen la necesidad como “la evaluación médica del tratamiento necesario para que el paciente alcance un estándar de salud”.¹⁵

Las intervenciones para la mejora de la salud, se realizan como respuesta a una necesidad. Cualquiera que sea el concepto de necesidad, la utilización adecuada de los servicios de salud resulta imprescindible para cumplir con el objetivo de responder a las necesidades de salud identificadas.

Según Avedis Donabedian “la adecuación es el grado en que el conocimiento y las técnicas disponibles se utilizan en la gestión de la salud y la enfermedad”.¹⁶

La situación ideal es aquella en la que existe una unión entre la provisión de servicios, la demanda y las necesidades reales.

1.5 Concepto e intervención del TO

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (World Federation of Occupational Therapists, WOFT), define la Terapia Ocupacional como “una profesión socio sanitaria centrada en la **Persona**, que se ocupa de la promoción de la salud y del bienestar de las personas a través de la **ocupación**”.¹⁷

Las ocupaciones se entienden como “actividades cotidianas que la gente realiza como individuos, en familia y con la comunidad para ocupar el tiempo y traer significado y propósito a la vida. Las ocupaciones incluyen cosas que la gente necesita, quiere y se espera que hagan”.¹⁸

Los Terapeutas Ocupacionales buscan entender los mecanismos que sostienen el desempeño de las acciones cotidianas de los individuos, la naturaleza del significado de las actividades, tareas y papeles que la persona necesita y quiere desempeñar, siendo muy importante considerar y comprender el impacto que tienen estos factores.¹⁹

La intervención se iniciará con una evaluación exhaustiva de la situación personal de cada usuario, (análisis de capacidades y limitaciones de las habilidades y potencialidades, patrones de desempeño, motivación y desempeño en áreas ocupacionales, de su situación actual y previa, así como sus necesidades y expectativas de cambio) y de su entorno (análisis de las dimensiones ambientales o factores que inhiben, limitan y/o potencian y facilitan el desempeño ocupacional de la persona). Esta información será utilizada para elaborar un perfil ocupacional.²⁰

A continuación se realizará el diseño e implementación de programas de estimulación de capacidades y habilidades, de compensación de limitaciones y de intervención en las distintas áreas ocupacionales, con el fin de cumplir los objetivos que se pactarán con la familia y/o el paciente.

Paralelamente se trabajará en la adaptación de actividades y entornos, selección y/o diseño de productos de apoyo y asesoramiento sobre pautas de actuación y estrategias a familiares, cuidadores y/o profesionales, con el fin de lograr la máxima funcionalidad de la persona en los diferentes estadios de su proceso de discapacidad.²¹

El TO desempeñará sus funciones: con apoyo, indicaciones y tratamientos en el centro de salud, y en el domicilio del paciente.

Además realizará contribuciones únicas en la atención domiciliaria, orientando la intervención a las necesidades de cada persona y sobre todo lo que es más importante en el ambiente real del paciente, con la ventaja de poder observar la influencia de su entorno y como afecta a su actividad diaria, pudiendo modificar los elementos o aspectos que le rodean y que le pueden dificultar su autonomía, así como la realización de sus ocupaciones.²²

La opción de intervención en domicilio requerirá de una mayor inversión de tiempo, más el desplazamiento, pero normalmente es más efectiva.²²

2. BIBLIOGRAFIA

1. Mariano FW, Clara PR, Josep DM. Procesos asistenciales y guías de práctica clínica. En: Gonzalo HH, Alfonso MG, Alberto PC, Francisco ZG. Tratado de Medicina Farmaceutica; Editorial Médica Panamericana. 2010, p. 681.
2. World Federation of Occupational Therapists. Definición de Terapia Ocupacional. [monografía digital]; 2012. [fecha de consulta 25 de junio 2015]. Disponible en: <http://www.wfot.org/>
3. Cartera de Servicios de Atención Primaria de Salud de Aragón. <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Ciudadano/AtencionUsuario/OferTaServicios/CARTERA+ATENCION+PRIMARIA.PDF>.
4. Alma Ata D. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma - Ata. URSS; 1978, p 6-12.
www.alma-ata.es
5. Zurro AM. Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Elsevier España; 2011.
6. Lombardo IA, Ayuso DM. Terapia ocupacional en la cartera de servicios de atención primaria: ¿es posible?. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2012 [acceso 20 de Septiembre de 2015]; 9(16): Disponible en: <http://www.revistatog.com/num16/pdfs/original8/pdf>
7. Organización Mundial de la Salud. OMS. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008.

8. Área sanitaria I Servicio de Salud del Principado de Asturias. Memoria de atención primaria 2007-2011.
9. Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad . Informe Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 31 de Diciembre del 2013. Disponible en:
http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/bdepcd_2011.pdf
10. 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, 15 de Diciembre de 2006, nº 299.
11. Rodríguez R G, Crego MG, Diego CV. Aproximación al servicio de asistencia personal y su implantación en España. Alternativas: cuadernos de trabajo social 2014; 21: 119-141.
12. Berrueta Maeztu LM, Ojer Ibiricu MJ, Trébol Urra A. Terapia Ocupacional en geriatría y gerontología. TOG (A Coruña). 2009; 6(4): 215-258 Disponible en:
<http://www.revistatog.com/suple/num4/gerontologia.pdf>
13. Bradshaw J. 'The concept of social need'. New Society. 1972; 30: 640-643.
14. Moreno Cámara, Sara, Palomino Moral, Pedro Ángel, Frías Osuna, Antonio, & Pino Casado, Rafael del. (2015). En torno al concepto de necesidad. *Index de Enfermería*, 24(4), 236-239. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300010>

15. Lázaro P, Fitch, K, Luengo S, Aguilar MD. Algunos problemas metodológicos en la estimación de la necesidad sanitaria. Zaragoza; 1999, p. 431- 432.
16. Donabedian A. Los siete pilares de la calidad. Rev Calidad Asistencial. 2011; 16(1): 96-100.
17. World Federation of Occupational Therapists. Definición de Terapia Ocupacional. [monografía digital]; 2012. [fecha de consulta 25 de junio 2015]. Disponible en: <http://www.wfot.org/>
18. Pellegrini M. Terapia Ocupacional en el Trabajo de Salud Comunitaria. [Terapia-Ocupacional.com] 2004 [consulta 27 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Salud-Comunitaria.shtml>
19. Matilla Mora R. Intervención en el domicilio del anciano desde la terapia ocupacional. [terapia-ocupacional.com] Mayo 2008 [acceso 15 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Domicilio_anciano_terapia_ocupacional.shtml
20. Ayala Alegre J, Hoyos Huertas E, Sánchez Corregidor A I, Piédrola Martínez R, Mora Matilla Rosa D P. Terapia Ocupacional en Atención primaria. Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Sociedad. Madrid; (9), p 72.
21. Agorreta Tejedor E, Urteaga Ceberio G, Fernandez Tobia R. Revisión bibliográfica: intervención de terapia ocupacional en usuarios con patología neurológica y/o disfunción física. TOG (A

Coruña) [revista en Internet]. 2015 [fecha de la consulta]; 12(22): [22p]. Disponible en :
<http://www.revistatog.com/num22/pdfs/revision.pdf>

22. Pavón JG, Lesende IM, Cortés JB, Pajares PR, Pérez FF, Benedito AS, De Pedro Cuesta J. Prevención de la dependencia en las personas mayores: Primera conferencia nacional de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid, 15-16 de junio de 2007. Rev clínica española. 2008; 208(7): 361-e1.
23. Estudios Económicos S.A. Industriales (Sadei). Nomenclator de Entidades de Población de Asturias. 1996
24. <http://noticias.universia.es/ciencia-nt/noticia/2004/06/08/612301/software-profesionales-sanitarios.html>
25. Castellanos Pinedo F, Cid Gala M, Duque San Juan P, Zurdo M. Abordaje integral de la demencia. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2011; 35(2): 39-45.
26. Soriano JB, Miravittles M. Datos epidemiológicos de la EPOC en España. Arch Bronconeumol. 2007; 43 (1): 2-9
27. Brea A, Laclaustra M, Martorell E, Pedragosa À. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en España. Clínica e Investigación en Arteriosclerosis. 2013; 25(5): 211-217.
28. García-Ramos R, Valdés EL, Ballesteros L, Jesus S, Mir P. Informe de la fundación del cerebro sobre el impacto social de la enfermedad de Parkinson en España. Neurología; 2013.

29. Zaragoza JA, Portal L F. Guía de buena práctica clínica en Geriatría. Anciano afecto de fractura de cadera. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Elsevier Doyma, Barcelona; 2007.
30. Osornio L, Montenegro S, Marti G, Toselli L, Otero C, Tavasci I, González Bernaldo de Quirós F. Codificación múltiple de una lista de problemas utilizando la CIAP-2, CIE-10 y SNOMED CT. INFORMEDICA 2004.
31. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. 2003
32. Ley Orgánica 15/1999, de 14 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado, núm. 298, (14-12-1999).
33. Declaración de Helsinki. Asociación Médica Mundial. Hong Kong,1989.
34. Convenio de Colaboración de Organizaciones de Terapia Ocupacional. Código Ético y Deontológico de Terapia Ocupacional. 2015 [20 de Junio de 2015]. Disponible en : <http://www.aptoacam.org/images/media/cedto-para-revision-de-las-organizaciones-de-to-de-espana.pdf>
35. Fundación Mapfre. 2016. https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/salud-prevencion/becas-y-ayudas/convocatorias-actuales/
36. ADACECO. Cuestionario de barreras en el hogar. Asociación de Daño Cerebral de A Coruña.

37. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. Md State Med J. 1965; 14: 61-65.

38. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychological function. JAMA. 1963; 185: 914-919.

39. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1986; 34(2): 119-126.

1. HIPÓTESIS

La realización de esta investigación se basa en identificar la “necesidad” de la figura de un Terapeuta Ocupacional en los dispositivos asistenciales de AP, puesto que existen diversas patologías que afectan al desarrollo óptimo de las diferentes ocupaciones diarias, y que por tanto provocan un deterioro de la salud, bienestar, calidad de vida e integración en la comunidad de las personas.

La presencia del Terapeuta Ocupacional en APS, contribuiría a la prevención de situaciones de riesgo, aparición de trastornos de conducta, compensación de limitaciones, así como al mantenimiento y potenciación de funciones y capacidades.

Para ello resultará imprescindible llevar a cabo una graduación personalizada de las diferentes actividades y una adaptación correcta del entorno.

2. OBJETIVOS

Estudiar la necesidad de la figura de un Terapeuta Ocupacional en Atención Primaria de Salud.

1. Objetivo general

El objetivo general de este estudio, busca detectar las necesidades de intervención de un Terapeuta Ocupacional en el ámbito asistencial de la Atención Primaria de Salud.

2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Identificar y cuantificar cinco procesos asistenciales que generan diversidad funcional, atendidos en atención primaria, y susceptibles de intervención por un Terapeuta Ocupacional.
- Diseñar en colaboración con los participantes del estudio un plan de acción para las demandas más frecuentes.
- Investigar las posibilidades de intervención, en base a las necesidades ocupacionales de la población seleccionada para el estudio.

3. METODOLOGIA

1. Abordaje metodológico. Tipo de estudio.

Se plantea un estudio mixto, ya que se llevarán a cabo entrevistas semiestructuradas y se pasarán diferentes escalas de valoración.

El estudio parte de la hipótesis de que un número importante de usuarios con diversidad funcional, podrían beneficiarse de la intervención de un Terapeuta Ocupacional en el nivel básico de atención sanitaria.

En la actualidad en nuestro país y según el Ministerio de Sanidad y Consumo “es clara la mayor prevalencia y la tendencia al aumento de la dependencia, en aquellos sectores de la población mayor y muy mayor”, además según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) de 1999, “la población total afectada por una discapacidad en la población mayor de 65 años es del 32% y un 63% en los mayores de 85 años”.²³

Se ha seleccionado como población de estudio, la adscrita al Área Sanitaria I de la Comunidad Autónoma de Asturias, situada geográficamente en la región más occidental del Principado.

El número de habitantes que constituirán la muestra del estudio, es de 47.446 habitantes de los cuales 13.830 son mayores de 65 años. La población a estudio presenta un grado de envejecimiento del 28% y una relación de dependencia global del 59,4%.²³

DIAGRAMA DE SECTORES DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO

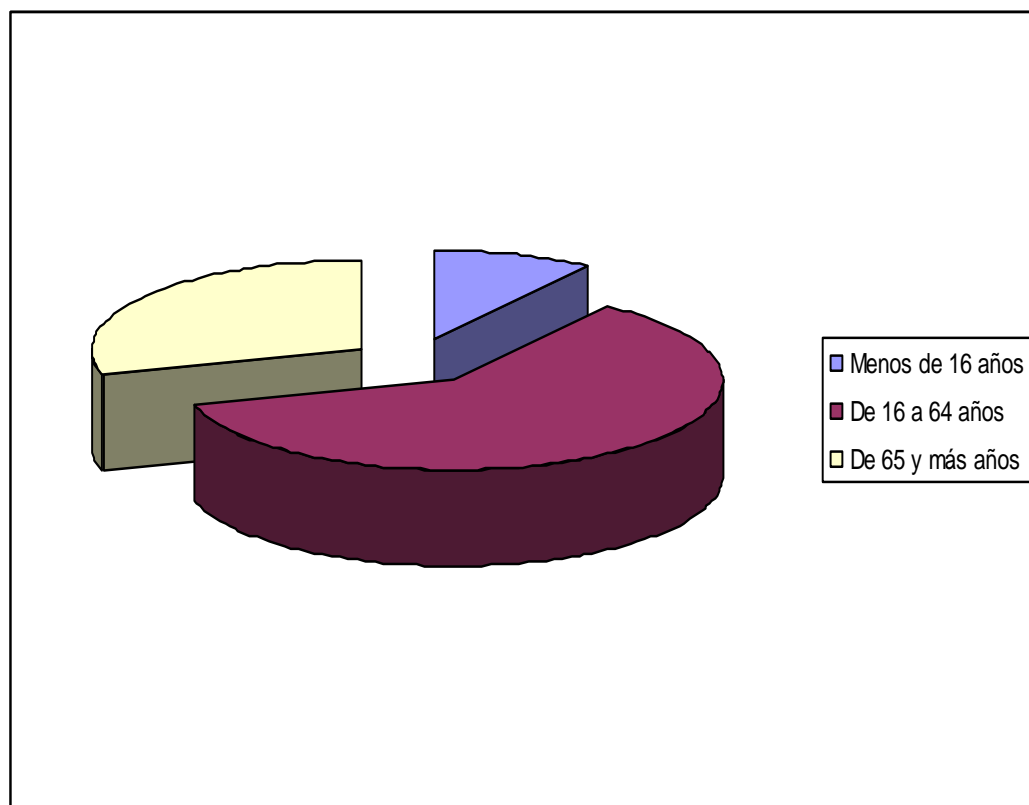
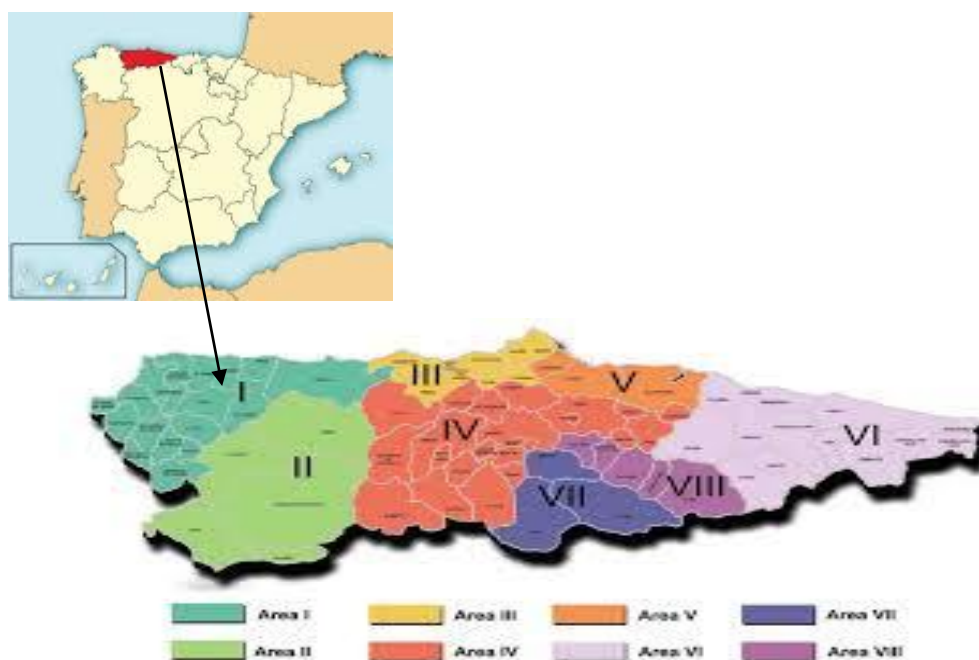


Figura 1, fuente: Elaboración propia.

MAPA SANITARIO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



Figuras 2 y 3, fuente: Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Relación de dependencia global:

Relación entre la población de 0-14 años y ≥ 65 años, sobre la de 15-64 años.

Se trata de una población mayoritariamente rural en las zonas de montaña y dedicada al sector servicios en la zona costera.²³

Estructura física:

Desde el punto de vista de los recursos físicos, el Área Sanitaria la componen 11 zonas básicas de salud:

- 5 En la zona de la costa, donde se asientan 5 Centros de Salud.
- 6 En la zona de la montaña, denominadas “Zonas Especiales de Salud”, donde se encuentran 15 consultorios periféricos y 10 consultorios locales.

También existe 1 centro de Salud Mental y 1 hospital de referencia para esta población a estudio, el Hospital de Jarrio.

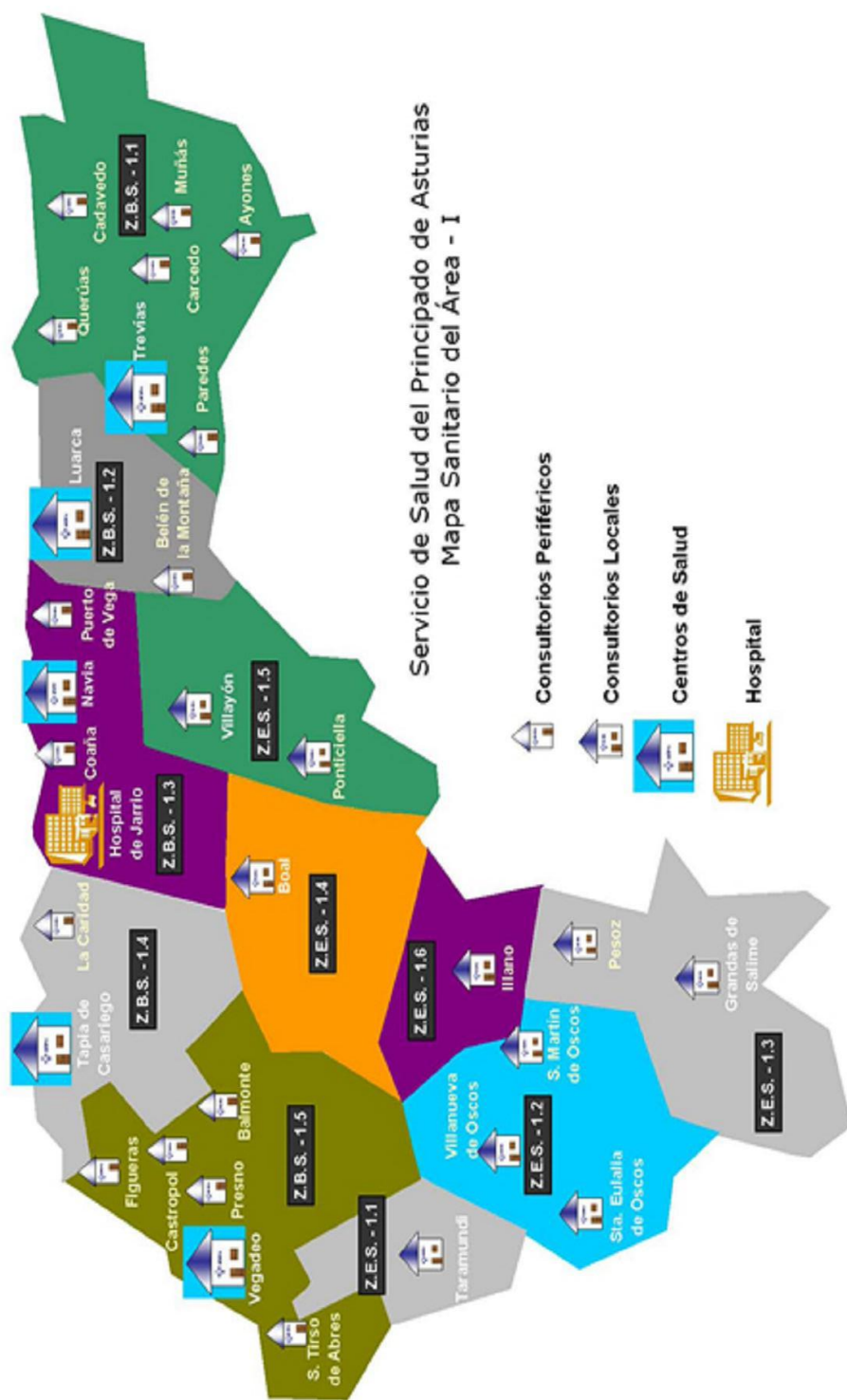


Figura 4, fuente: Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Recursos

En el Área Sanitaria, en el nivel asistencial de AP, trabajan 53 médicos de Familia, 56 profesionales de enfermería, 6 pediatras, 23 auxiliares administrativos, y 4 unidades de apoyo con 2 profesionales de cuidados paliativos, 2 odonto-estomatólogos, 3 fisioterapeutas y 3 trabajadoras sociales.

El Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), tiene informatizada la red de centros de salud de atención primaria con el programa OMI-AP desde hace unos 15 años.

OMI-AP, "Oficina médica informatizada para Atención Primaria", se encarga de la gestión integral de la historia clínica electrónica de los pacientes, compuesto en realidad por varios programas interrelacionados entre sí, alrededor del módulo principal OMI-AP. Es utilizado para el registro, control y seguimiento de los aspectos administrativos y clínicos, que se realizan diariamente en los Centros de Salud, es empleado por más de 21.000 profesionales en toda España.²⁴

La explotación de datos de este trabajo, se ha realizado a partir de los registros en las historias clínicas informatizadas de los pacientes del Área Sanitaria I de Asturias, por los médicos de familia.

La utilización y asignación de códigos CIAP a cada proceso diagnosticado y seguido en las consultas de AP, permite realizar desde el OMI, la explotación de datos por proceso previamente seleccionado que se quiera estudiar.

Propuesta de actividad asistencial

En este estudio se han seleccionado cinco patologías incluidas por la OMS entre las diez que generan mayor discapacidad. En principio son las que con mayor frecuencia son atendidas en Atención Primaria, como generadoras de discapacidad en las personas que las padecen.

Presentan la siguiente prevalencia en la población general:

- Prevalencia en pacientes con diagnóstico de Demencia: 10,9%. ²⁵
- Prevalencia en pacientes con diagnóstico de Epoc: 9,1%. ²⁶
- Prevalencia en pacientes con diagnóstico de Acv: 6,4%. ²⁷
- Pacientes con diagnóstico Parkinson: 1,5%. ²⁸
- Pacientes con diagnóstico de Fractura Cadera: 5% mujeres >65 años. ²⁹

Para la realización de este estudio, se procedió a la explotación de los códigos CIAP-2 (Clasificación Internacional de la Atención Primaria),³⁰ correspondientes a los cinco procesos seleccionados, con el fin de identificar el número de pacientes incluidos en cada uno de los grupos.

CUADRO DE CÓDIGOS DE PROCESOS SEGÚN LA CIAP		
Pacientes con diagnóstico de Demencia	Código CIAP-2	P70
Pacientes con diagnóstico de Epoc	Código CIAP-2	R95
Pacientes con diagnóstico de ACV	Código CIAP-2	K90
Pacientes con diagnóstico de Parkinson	Código CIAP-2	N87
Pacientes con diagnóstico de Fractura cadera	Código CIAP-2	L75

Tabla I: Códigos de procesos según la CIAP-2

Fuente: Elaboración propia.

2. Papel del investigador

La investigadora llevará a cabo un trabajo, mediante el cual pondrá en práctica su desarrollo formativo, para ello realizará una propuesta de estudio, investiga, y profundiza en el mismo, utilizando diferentes instrumentos para la adquisición de datos y su exposición, procediendo con posterioridad a su análisis.

En dicho proceso debe mostrar prudencia y respeto hacia las opiniones de los participantes en el estudio, tanto profesionales como usuarios del Servicio Público de Salud del Principado de Asturias.

5.3 Población de estudio, criterios de inclusión

- Todas las personas empadronadas en uno de los 17 concejos del Área Sanitaria I durante el tiempo del estudio (1/01/2014 – 31/12/2014)
- Tener la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), activa en el Área Sanitaria I del Principado de Asturias durante el periodo de estudio.
- Estar incluido en uno de los grupos de los procesos seleccionados y tener historia electrónica clínica activa.

• CRITERIOS DE INCLUSIÓN	• CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Estar empadronado en uno de los 17 concejos del Área Sanitaria I durante el tiempo del estudio. (1/01/2014 – 31/12/2014)	No tener un diagnóstico activo en la historia clínica de AP, en el periodo de estudio analizado.
Estar incluido en uno de los grupos de las patologías seleccionadas.	Estar fuera de los grupos de las patologías seleccionadas.
Tener TSI adscrita al Área Sanitaria I.	No tener TSI adscrita al Área Sanitaria I.

Tabla II: Criterios de inclusión y exclusión del grupo de participantes. Fuente: Elaboración propia.

5.4 Búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: SCIELO, SCOPUS, Dialnet, Cochrane Library Plus.

Los términos empleados para la búsqueda fueron: “terapia ocupacional”, “necesidad expresada”, “atención primaria”, “occupational therapy”, “primary care”, “expressed need”.

Para la elaboración de la búsqueda se utilizaron diferentes combinaciones de términos con los operadores booleanos “AND” y “OR”.

Se acotaron los límites en el idioma, seleccionando el Español y el Inglés, y se descartaron cartas al director, y los artículos de opinión, así como información poco relevante y poco útil para el estudio.

5.5 Entrada al campo

Para dar comienzo a este estudio, la investigadora se pone en contacto con la Gerencia del Área Sanitaria I del Servicio de Salud del Principado de Asturias, con el fin de solicitar autorización para realizar un proyecto de investigación, sobre la necesidad de la existencia de la Terapia Ocupacional en la Atención Primaria de Salud.

Una vez recibida la autorización e iniciado el estudio, dicha Gerencia ejerce de nexo entre la investigadora y las personas participantes en el proyecto.

La investigadora de este estudio, ha garantizado en todo momento la confidencialidad y el anonimato de las personas participantes, así como ha explicado el propósito y los objetivos del proyecto a los mismos.

(Anexo I)

Las personas interesadas en colaborar con la investigadora, deberán leer y aceptar el Consentimiento Firmado para poder participar en el estudio.

(Anexo II)

5.6 Métodos de recogida de datos

Para la recogida de la información se utilizarán tres técnicas: La entrevista semi-estructurada, el cuaderno de campo y la explotación de las bases de datos del sistema de información de Atención Primaria (OMI-AP) y de Atención Hospitalaria (SELENE).

La recogida de datos se realizará en el entorno laboral de los profesionales participantes, y en el caso de los usuarios en un entorno neutro.

- **Entrevista semi-estructurada y cuaderno de campo**

Se realizarán entrevistas para la obtención de los datos más relevantes del estudio en cuestión. En este caso las ideas y sensaciones que tienen los participantes, sobre la necesidad de la existencia de la figura de un terapeuta ocupacional en el Área Sanitaria I del Principado de Asturias.

Dicha entrevista, se caracteriza por una serie de preguntas abiertas, ya que de esta forma se les otorga a los participantes la posibilidad de expresarse libremente en sus respuestas, dando lugar a una información mucho más profunda sobre la temática.

Previamente, se desarrolla un guión de la entrevista (Anexo III), y a posteriori se realizarán de forma individual.

Cada entrevista tendrá una duración de 45 minutos y serán grabadas y transcritas de forma literal. Toda la información obtenida, se respaldará con las anotaciones aportadas por la investigadora en el cuaderno de campo, sobre sus propias percepciones.

- **Explotación de bases de datos**

El periodo de tiempo en el que se llevó a cabo la explotación de las bases de datos, corresponde al espacio de tiempo que transcurre entre las fechas 01/01/2014 al 31/12/2014.

Se realizó una vez identificadas las correspondientes claves CIAP-2.

La CIAP, es la abreviatura de la Clasificación Internacional de Atención Primaria, que permite la recogida y análisis de tres importantes componentes de la consulta³⁰:

- 1- El motivo de la consulta
- 2- El problema atendido
- 3- El proceso de atención

La última actualización de la CIAP-2 en español es de 1999, e incluye la correspondencia con la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades que la OMS editó en 1992 (CIE-10).

La CIAP tiene una estructura que recoge los diagnósticos, síntomas y signos, y enfermedades.³⁰

Ejemplo:

CIAP-2 L75

Se corresponde con: El Código Internacional de Atención Primaria – 2, Fractura de cadera (La L está destinada a procesos del aparato locomotor).

A continuación, se reflejan los datos obtenidos tras la explotación de las bases de datos, en el periodo de estudio (año 2014), en la siguiente tabla:

Tabla III: Datos obtenidos tras la explotación de la CIAP-2.

Fuente: Elaboración propia

Nº de pacientes con diagnóstico de Demencia, código CIAP-2 P70: 4013
Nº de pacientes con diagnóstico de Epoc, CIAP-2 R95: 926
Nº de pacientes diagnóstico ACV, código CIAP-2 K90: 698
Nº de pacientes y diagnóstico de Parkinson, código CIAP-2 N87: 381
Nº de pacientes con diagnóstico de Fractura cadera, código CIAP-2 L75: 291

- Instrumentos de medida

La intervención del Terapeuta Ocupacional con cada usuario, se realizará mediante la recogida de información específica que se obtendría con la entrevista personal y la valoración en el Centro de salud y/o en el domicilio, utilizando herramientas como las escalas de valoración y la observación del desempeño ocupacional y de su entorno vital. (Anexos IV, V,VI y VII).

5.7 Análisis de los datos durante el periodo: 01/01/2014 - 31/12/2014

Resultados: para una población de referencia de 47.466 habitantes se han encontrado 6.309 personas con diagnósticos y procesos activos en la historia clínica de los pacientes, que se corresponden con uno de los cinco grupos preseleccionados (ACV, Demencias, Parkinson, EPOC, FX de cadera). Esta cifra supone un porcentaje estimado de un 13%.

Los pacientes incluidos en los cinco grupos a estudio, podrían beneficiarse de la intervención y de la puesta en marcha de programas específicos de Terapia Ocupacional, que mejorarían su bienestar y calidad de vida mediante la prevención y/o potenciación de sus capacidades y adecuación del entorno en el que viven, introduciendo medidas de adaptación funcional y productos de apoyo, así como programas de prevención y promoción de la salud.

5.8 Rigor metodológico

La calidad y rigor metodológico de este proyecto de investigación, se justifican mediante cuatro criterios:

- ❖ La credibilidad: hace referencia a la similitud existente, entre los datos recopilados en el estudio y la realidad que perciben los participantes en él.
En este estudio se alcanzó, mediante la transcripción de la información recopilada durante las entrevistas y la visión de los diferentes profesionales participantes en el proyecto.
- ❖ Transferibilidad o Aplicabilidad: se refiere a la posibilidad de poder aplicar y ampliar los resultados recogidos en el proyecto con otras poblaciones.
- ❖ La consistencia: los datos y métodos de recogida de información han sido detallados, para poder defenderlos en caso de réplica por parte de otros investigadores.
- ❖ Confirmabilidad: garantiza que la información recogida durante el estudio, no ha sido objeto de sesgos por intereses o mala interpretación de la investigadora, teniendo esta un papel neutral en el proyecto.³¹

5.9 Aplicabilidad

Los resultados obtenidos en este estudio tienen como objetivo, dar a conocer “la necesidad expresada” de la presencia de un Terapeuta Ocupacional en los EAP.

Esto permitiría la realización de intervenciones específicas de Terapia Ocupacional, que repercutirían en una mejora de la calidad asistencial que se presta a los usuarios del Servicio Sanitario Público.

De esta manera los equipos multidisciplinares dentro de un centro sanitario, se verían reforzados con la presencia de un Terapeuta Ocupacional.

La oferta de servicios se incrementaría, con la consiguiente mejora en las prestaciones en los diferentes Centros de Salud, ya que en la actualidad la mayoría de estos centros carecen de los mismos, a pesar de la especial relevancia que debería de tener la Terapia Ocupacional en el ámbito de la salud.

5.10 Limitaciones del estudio.

Existen limitaciones para el desarrollo del estudio, por la falta de bibliografía y evidencia científica, así como por la falta de tiempo y de experiencia de la investigadora en este tipo de proyectos.

4. PLAN DE TRABAJO

El plan de trabajo, se ha desarrollado a lo largo del año 2015 y parte del año 2016.

Esta prolongación se ha producido porque la investigadora comenzó el presente estudio el último año de carrera, teniendo que realizar una pausa al resultarle incompatible la finalización de los estudios con el desarrollo de dicho trabajo.

El estudio ha sido dividido en varias fases, representadas a continuación en la Tabla IV.

- En primer lugar se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el tema que la investigadora quería desarrollar.
- A continuación comenzó con la entrada al campo, para seguidamente proceder a la recogida y análisis de datos.
- Con toda esta información, se procedió a la elaboración de este documento final.

TABLA IV. PLAN DE TRABAJO

	<u>FEBRERO-MARZO</u> 2015	<u>ABRIL-MAYO</u> 2015	<u>JUNIO-JULIO</u> 2015	<u>SEPTIEMBRE</u> <u>OCTUBRE</u> 2015	<u>NOVIEMBRE</u> 2015 <u>DICIEMBRE</u> 2016	<u>ENERO-MAYO</u> 2016
BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA						
DISEÑO DEL TRABAJO						
ENTRADA Y TRABAJO DE CAMPO						
RECOGIDA DE DATOS						
ANÁLISIS DE LOS DATOS						
ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL						
DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS						

5. ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización de este estudio y con carácter previo, se establecieron una serie de reuniones con la Gerente del Área Sanitaria I y diferentes personas del personal directivo del área, a las que se les comunicó la idea de realizar este proyecto a fin de conseguir las autorizaciones y colaboración necesaria para la consulta y explotación de la información de las diferentes fuentes, así como el mantenimiento de la absoluta confidencialidad en cumplimiento de la “Ley de protección de datos de carácter personal, Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre”.³²

Se informó a todas las personas participantes.

Los aspectos éticos legales del proyecto, se muestran en la hoja de información de la investigación (ANEXO I), y se adjunta el consentimiento informado (ANEXO II), teniendo siempre en consideración La Declaración de Helsinki, La Guía de las Normas de Buena Práctica en Investigación en Seres Humanos y el Código Ético y Deontológico de Terapia Ocupacional.^{33,34}

6. PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos se difundirán en el territorio nacional e internacional, mediante los siguientes medios:

Revistas:

Se utilizarán las siguientes revistas teniendo en cuenta su factor de impacto, que mide la repercusión en la comunidad científica internacional.

- American Journal of Occupational Therapy (Am. J. Occup. Ther.).
Factor de impacto (JCR,2014): 1.532
- British Journal of Occupational Therapy (Br. J. Occup. Ther.).
Factor de impacto (JCR,2014): 0.636
- Scandinavian Journal of Occupational Therapy (Scand. J. Occup. Ther.).
Factor de impacto (JRC,2014): 1.090
- Australian Occupational Therapy Journal (Aust. Occup. Ther. J.).
Factor de impacto (JCR,2014): 0.846
- Revista Asturiana de Terapia Ocupacional (Therapeutica).
- Revista de Terapia Ocupacional Galicia (TOG).

Congresos:

- Congreso internacional de estudiantes de Terapia Ocupacional (CIETO) 2017. Fecha sin determinar.
- Jornadas Universitarias de Terapia Ocupacional (AETO-UMA) 2017. Fecha sin determinar.
- Congreso COTEC-ENOTHE (Consejo de Terapeutas Ocupacionales de los países europeos - Therapy in Higher Education) 2017. Fecha sin determinar.
- Congreso Nacional Semfyc (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) 2017. Fecha sin determinar.

- XII Congreso Latinoamericano de Terapeutas Ocupacionales (CLATO) 2017. Cancún, México. Fecha sin determinar.
- XVII World Federation of Occupational Therapist (WOFT). 2018. Sudáfrica. Fecha sin determinar.

Comunidad:

- Centros de día y Centros residenciales del Occidente de Asturias.
- Sociedad Asturiana de medicina familiar y comunitaria (samFYC).
- Ayuntamientos del Occidente Asturiano (17).
- Gerencias del Servicio de Salud del Principado de Asturias (8).

7. RECURSOS Y FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1. Recursos y presupuestos

La realización de este proyecto ha precisado de los siguientes recursos:

- **Infraestructura:** Lugar donde se realizan las diferentes entrevistas en un ambiente adecuado de privacidad.
Los espacios donde se han realizado las entrevistas, han sido salas pertenecientes al Servicio de Salud.
- **Recursos humanos:** Constituidos por una Terapeuta Ocupacional, la cual desarrolla el rol de investigadora principal y una directora para el estudio que se lleva a cabo.
- **Material fungible:** Material de papelería como folios y fotocopias, bolígrafos y tinta para la impresora.
- **Material inventariable:** Un ordenador portátil, una impresora y una grabadora.
- **Difusión de resultados:** Gastos de alojamiento, inscripciones a congresos, dietas y viajes.

Los gastos referentes a estos medios, están incluidos en la [Tabla V RECURSOS](#), representada a continuación.

ELEMENTO,CANTIDAD Y PRECIO unidad	TOTAL
INFRAESTRUCTURA Instalación del Servicio de Salud	0 €
RECURSOS HUMANOS Terapeuta Ocupacional 1 (Estudiante)	0 €
MATERIAL FUNGIBLE Paquetes de folios (25) 4,50 € / u Bolígrafos (15) 0,90 € / u Cartuchos de tinta (20) 18 € / u Páginas impresas (2000) 0,04 cents / u	112,50 € 13,50 € 360 € 80 €
MATERIAL INVENTARIABLE Ordenador portátil 1 (Propio) Impresora 1 (Propio) Grabadora (1) 79,36 € / u	0 € 0 € 79,36 €
DIFUSION DE RESULTADOS Inscripción a congresos Viaje Alojamiento Dietas	8.000 € aprox.
TOTAL	8.645,36 €

2. Posibles fuentes de financiación de la investigación

En nuestro país contamos con diferentes organismos, que contribuyen a que una gran cantidad de proyectos/trabajos de investigación se puedan llevar a cabo.

Lo hacen a través de la concesión de becas y ayudas, las cuales normalmente son concedidas de manera anual.

Para la realización de este proyecto, se solicitarán diferentes becas que puedan financiarlo.

Fuentes Privadas:

- Fundación Mapfre. Beca Primitivo de Vega de investigación.

Convocatoria anual.

Instrumentos de clasificación de la dependencia y de los usuarios, para establecer grupos homogéneos de intervención o instrumentos innovadores de medición en una de estas áreas: funcional, física o psico-social.

Programas de divulgación y concienciación en la atención a las personas mayores, detección de población mayor de riesgo o actuación sobre problemas sanitarios y/o sociales de riesgo.

Programas de promoción del envejecimiento activo, en especial los que fomenten la vida saludable, participativa y segura de las personas mayores.

Innovaciones tecnológicas que favorezcan la independencia, control, supervisión, seguridad y garantía de la atención a la persona mayor.³⁵

- Fundación Mapfre. Ayudas a la investigación D. Ignacio Hernando de Larramendi, para impulsar y apoyar la investigación para la promoción de la salud.

Convocatoria anual.

Estrategias para el cambio de hábitos.

Educación para pacientes.

Programas comunitarios en promoción de la salud.³⁵

Fuentes Públicas:

- Programa Estatal de Investigación Científica, Técnica y de innovación, orientada a los retos de la sociedad.

Convocatoria anual.

La Acción Estratégica en Salud 2013-2016, tiene como principio fomentar la salud y el bienestar de la población, así como desarrollar los aspectos preventivos, diagnósticos, curativos, rehabilitadores y paliativos de la enfermedad, para situar a España en un escenario de vanguardia en el que la salud actúe como eje fundamental de desarrollo económico y social.

- Ayudas a la investigación de la Universidad de la Coruña (UDC).
Convocatoria anual.

8. AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi directora Dña Carmen Hervás del Valle, su ayuda en el diseño y orientación del trabajo.

A mi **FAMILIA**, en mayúsculas y negrita, por serlo todo, por su apoyo, sus ánimos, ayuda, consejos, y motivación.

Igualmente a Dña Amalia Franco Vidal Directora Gerente del Área Sanitaria I, quien autorizó el acceso a las bases de datos informáticas del Hospital de Jarrío y de los Centros de Atención Primaria, y me puso en contacto con los técnicos (Dña María Fernández, Jefa de admisión y documentación clínica del Hospital de Jarrío y Dn Ricardo de Dios, Técnico de Salud del Área), así como con los profesionales participantes directos en el estudio.

¡¡Gracias!!.

Anexo I

Hoja de información al participante en un estudio de investigación

Trabajo de investigación: “Terapia Ocupacional en Atención primaria. Una necesidad expresada”.

Investigadora: Lucía Villalón Gutiérrez.

Con este escrito se pretende informar sobre el estudio de investigación en el que va a participar.

Una vez realizada la lectura de dicho documento, la investigadora para solventar las posibles dudas que puedan surgir, queda a su total disposición.

Finalidad del estudio

El objetivo de este estudio es analizar las necesidades de la población, respecto a la inclusión de un Terapeuta Ocupacional en un equipo interdisciplinar de Atención Primaria, en cualquier centro de salud.

El fin de este estudio es realizar el Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional.

Participación Voluntaria

La participación en este estudio tendrá carácter voluntario.

Dicha participación requiere la lectura y posterior firma del Consentimiento Informado. Tras la lectura de este documento, puede aceptar o denegar la participación en el mismo. En el supuesto de no querer proseguir con el mismo, puede abandonarlo sin justificación alguna.

Beneficios e inconvenientes

La contribución en esta investigación no aporta rentabilidad ni ganancia y se realiza de forma altruista, tanto por parte de los participantes como por parte de la investigadora. Este estudio puede brindar información útil para la Disciplina de Terapia Ocupacional.

Confidencialidad

Los datos personales de los participantes serán custodiados por la investigadora y permanecerán en el anonimato. Para ello se recogerá la información en audio, y a continuación será transcrita a formato papel y posteriormente codificada. Cuando finalice la investigación, todos los datos y grabaciones serán eliminados.

Publicaciones de datos

Los resultados obtenidos en la investigación serán publicados en el Trabajo de Fin de Grado de la investigadora Lucía Villalón Gutiérrez, y quedarán a disposición de la Facultad de Ciencias da Saúde da Universidade de A Coruña.

Otro medio de difusión serán los congresos, o las publicaciones en diferentes revistas.

La investigadora Lucía Villalón Gutiérrez queda a su disposición para cualquier duda o sugerencia en el teléfono --- ---- --- o por correo electrónico lucia.villalon@udc.es

Muchas gracias por su tiempo.

Anexo II

Documento de consentimiento informado para la participación en el estudio de investigación.

Título: “Terapia Ocupacional en Atención Primaria. Una necesidad Expresada”.

Yo.....
.....

He leído la hoja que se me entregó, de información al participante del estudio arriba mencionado.

He podido hablar con Lucía Villalón Gutiérrez y hacerle todas las preguntas sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones o no contestar a algunas preguntas.

Accedo a que mis datos sean utilizados en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Respecto a la conservación y utilización futura de los datos detallada en la hoja de información al participante:

Accedo a que los datos sean conservados para usos posteriores en líneas de investigación relacionadas con la presente, y en las condiciones mencionadas.

En cuanto a los resultados de las entrevistas realizadas:

DESEO conocer los resultados de las entrevistas.
 NO DESEO conocer los resultados de las entrevistas.

En Navia, a..... de 2016

El/la participante,

El/la investigador/a,

Nombre y firma:

Nombre y firma:

Anexo III

Guión de la entrevista

- 1- ¿Sabe usted lo que hace un Terapeuta Ocupacional?

- 2- ¿Considera necesaria la presencia de un Terapeuta Ocupacional dentro del equipo interdisciplinar de atención primaria?.

- 3- Las personas que acuden al centro de salud a diario, ¿han solicitado alguna vez este servicio?
¿De qué forma?.

- 4- ¿Cree que los organismos oficiales, deberían de incluir en la cartera de servicios de cada centro el de Terapia Ocupacional?.

Anexo IV

Cuestionario de barreras en el hogar³⁶

Fecha actual:

PROTOCOLO DE VALORACIÓN DOMICILIARIA

DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Nº de piso:

Teléfono:

I. ACCESO AL INMUEBLE / ASPECTOS A VALORAR FUERA DEL DOMICILIO

Barreras arquitectónicas en la acera: NO SÍ. Cuáles:

Acceso al portal: Escalón Escaleras Rampa

Altura del escalón o pendiente de la rampa:

Amplitud de la puerta: cm.

Apertura del portal y cerradura: Manejable:

SÍ NO

Portero automático accesible e iluminado: NO SÍ

Portero físico: NO SÍ

Buena iluminación del portal: NO SÍ

Suelo: Antideslizante Resbaladizo. Buen estado: NO SÍ.

Altura de los interruptores:

Utiliza silla de ruedas		
Sube y baja escaleras		

	SI	NO		SI	NO
Suelos inadecuados			Acceso a la luz		
Alfombras deslizantes			Iluminación inadecuada		
Objetos en el suelo			Sin barandilla en lugares de riesgo		
Bordes altos de alfombras			Muchos muebles en lugares de paso		
Anchura puertas			Anchura pasillos		

IV. ADAPTABILIDAD DE LAS DIFERENTES HABITACIONES

ASPECTOS A VALORAR EN EL CUARTO DE BAÑO

<p>Baño o ducha:</p> <p>Acceso a la bañera (alto...):</p> <p>Bañera o ducha sin asideros:</p> <p>Bañera o ducha sin asiento o tabla:</p> <p>Tipo de grifos:</p> <p>Alfombra antideslizante dentro de bañera:</p> <p>Jabón en la bañera:</p> <p>Alfombra deslizante a la salida de la ducha:</p> <p>Distancia a la toalla:</p> <p>Sistema de alarma en ducha:</p> <p>Altura adecuada del lavabo:</p> <p>Altura w. c:</p> <p>Barra apoyo en w. c:</p> <p>Acceso al papel higiénico:</p>

Acceso a interruptores:
Manejo aparatos eléctricos:

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS:

ASPECTOS A VALORAR EN EL DORMITORIO:

Altura de la cama:
Alfombras a pie de cama:
Lámpara o interruptor junto a la cama:
Demasiados objetos en la habitación:
Armarios de ropa altos:
Es necesario y posible añadir equipamiento a la cama:
Alcance a perchas en los armarios:

COMENTARIOS:

ASPECTOS A VALORAR EN LA COCINA:

Armarios demasiado altos:
Reducido espacio:
Situación de objetos cotidianos:
Apertura de los armarios:
Dificultades de paso:
Acceso a los enchufes:
Adecuado manejo de caldera y gas:
Apertura grifos:
Altura fregadero:
Tendedero:

Acceso a electrodomésticos:
Lavadora:
Lavavajillas:
Microondas:
Horno:
Nevera:
Plancha:

COMENTARIOS:

V. ACTIVIDADES FUNCIONALES:

Entrar o salir de la casa independientemente:

Moverse por la casa libremente:

Transferencias que no puede realizar:

Actividades autocuidado, realización y limitaciones impuestas por el entorno:

Tareas domésticas que no puede realizar:

VI. MODIFICACIONES RECOMENDADAS. CONCLUSIONES:

1. Forma y tamaño de la estancia, señalando interruptores, enchufes, columnas, radiadores...
2. Puertas y ventanas especificando si se abren hacia fuera o hacia dentro.

Anexo V

Índice de Barthel³⁷

1. COMER	OBSERVACIONES
<p><input type="checkbox"/> 10. Independiente: Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Necesita ayuda: para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Dependiente: Necesita ser alimentado por otra persona.</p>	
2. LAVARSE (BAÑARSE)	
<p><input type="checkbox"/> 5. Independiente: Capaz de levantarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo en pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede ser realizado todo sin estar una persona presente.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Dependiente: Necesita alguna ayuda o supervisión.</p>	
3. VESTIRSE	
<p><input type="checkbox"/> 10. Independiente: Capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo, braguero, corsé, etc.) sin ayuda.</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Necesita ayuda, pero realiza solo, al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Dependiente</p>	
4. ARREGLARSE	
<p><input type="checkbox"/> 5. Independiente: Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Dependiente: Necesita alguna ayuda.</p>	
5. DEPOSICIÓN	
<p><input type="checkbox"/> 10. Continente: Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrarlos por sí solo.</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Accidente ocasional: Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Incontinente: Administración de enemas o supositorios por otro.</p>	
6. MICCIÓN (VALORAR LA SITUACIÓN EN LA SEMANA PREVIA)	
<p><input type="checkbox"/> 10. Continente: Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Accidente ocasional: Máximo uno en 24 horas, incluye necesita ayuda en la manipulación de sondas o dispositivos.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Incontinente: Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.</p>	

<p>7. IR AL RETRETE</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Independiente: Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barreras para soportarse). Si usa bacenilla (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente y sin ayuda y sin manchar.</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Necesita ayuda: Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizarse el retrete.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Dependiente: Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.</p>	
<p>8. TRASLADARSE SILLÓN-CAMA</p> <p><input type="checkbox"/> 15. Independiente: Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba y puede volverse a la silla sin ayuda.</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Mínima ayuda: Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Gran ayuda: Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir/entrar en la cama o desplazarse.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Dependiente: Necesita de la grúa o complemento alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.</p>	
<p>9. DEAMBULACIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> 15. Independiente: Puede caminar al menos 50m o su equivalente en su casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto andador. Si utiliza prótesis, es capaz de ponérsela y quitársela solo.</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Necesita ayuda: Supervisión o pequeña supervisión física (persona no muy fuerte) para andar 50m. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador).</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Independiente en la silla de ruedas en 50m: Deber ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Dependiente: Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.</p>	
<p>10. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Independiente: Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas etc.) y el pasamanos.</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Necesita ayuda: Supervisión física o verbal.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Dependiente: Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor).</p>	
<p>PUNTUACIÓN TOTAL: de 0 a 100 (90 para personas en silla de ruedas)</p> <p>INTERPRETACIÓN DE LAS PUNTUACIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - < 20: Dependencia total - 20-35: Dependencia grave - 40-55: Dependencia moderada - ≥ 60: Dependencia leve - 100: Independencia total para las AVD básicas 	

Anexo VI

Índice de Katz³⁸

Llavarse (con esponja, ducha o en bañera)
Independiente: Requiere asistencia únicamente para ciertas partes del cuerpo (la espalda o una extremidad inválida) o se lava sin ninguna ayuda. Dependiente: Recibe asistencia para lavarse más de una parte específica del cuerpo; recibe ayuda para entrar o salir de la bañera; o no puede lavarse.
Vestirse
Independiente: Coge la ropa y trajes de los armarios y cajones; se viste con la ropa y los trajes, y se pone los complementos o adornos externos; se abrocha. (Se excluye la acción de atarse los zapatos). Dependiente: No puede vestirse sólo o lo hace en parte.
Ir al servicio
Independiente: Va al servicio; se sienta y se levanta del retrete; se limpia los órganos excretores (puede utilizar por sí mismo la cuña o el orinal por la noche y puede usar, o no, ayuda mecánica). Dependiente: Usa habitualmente la cuña o el orinal o recibe asistencia para ir al servicio y utilizarlo.
Desplazarse
Independiente: Entra y sale de la cama sin ayuda, y se sienta y se levanta de una silla sin ayuda (puede, o no, utilizar ayudas mecánicas) Dependiente: Necesita asistencia para entrar o salir de la cama o para levantarse y sentarse en una silla; o no realiza ninguno de estos actos.
Continencia
Independiente: Controla totalmente la micción y la defecación Dependiente: Tiene incontinencia total o parcial de la micción o la defecación; necesita un control parcial o total a base de enemas, sondas o el uso reglado de orinales o pañales.
Comer
Independiente: Lleva la comida del plato o su equivalente a la boca. (Se excluye de la evaluación cortarle la carne y prepararle la comida; por ejemplo ponerle mantequilla al pan). Dependiente: Necesita asistencia para comer; no come o recibe alimentación parenteral.

Anexo VII

Tinetti (Marcha) ³⁹

Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador; camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a «paso normal», luego regresa a «paso rápido pero seguro».	
1: Iniciación a la marcha (inmediatamente después de decir que ande)	
- Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar	0
- No vacila	1
2: Longitud y altura de paso	
Movimiento del pie derecho	
- No sobrepasa el pie izquierdo con el paso	0
- Sobrepasa al pie izquierdo	1
- El pie derecho no se separa completamente del suelo con el paso	0
- El pie derecho se separa completamente del suelo	1
Movimiento del pie izquierdo	
- No sobrepasa al pie derecho con el paso	0
- Sobrepasa al pie	1
- El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el paso	0
- El pie izquierdo se separa completamente del suelo	1
3: Simetría del paso	
- La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho no es igual	0
- La longitud parece igual	1
4: Fluidez del paso	
- Paradas entre los pasos	0
- Los pasos parecen continuos	1
5: Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)	
- Desviación grave de la trayectoria	0
- Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	1
- Sin desviación o ayudas	2
6: Tronco	
- Balanceo marcado o usa ayudas	0
- No balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa brazos al caminar	1
- No se balancea, no flexiona, no usa los brazos ni otras ayudas	2
7: Postura al caminar	
- Talones separados	0
- Talones casi juntos al caminar	1
Puntuación Marcha (máximo posible de 12)	

Tinetti (Equilibrio) ³⁹

Instrucciones: El paciente está sentado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:	
1: Equilibrio sentado	
- Se inclina o se desliza la silla	0
- Se mantiene seguro	1
2: Levantarse	
- Imposible sin ayuda	0
- Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	1
- Capaz sin usar los brazos	2
3: Intentos para levantarse	
- Incapaz sin ayuda	0
- Capaz, pero necesita más de un intento	1
- Capaz de levantarse con un solo intento	2
4: Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos)	
- Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcando balanceo del tronco	0
- Estable pero usa andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse	1
- Estable sin andador, bastón u otros soportes	2
5. Equilibrio en bipedestación	
- Inestable	0
- Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10cm) o usa bastón u otro soporte	1
- Apoyo estrecho sin soporte	2
6: Empujar (el paciente en bipedestación, con el tronco erecto, con los pies tan juntos como sea posible), el examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.	
- Empieza a caerse	0
- Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	1
- Estable	2
7: Ojos cerrados (en la posición 6)	
- Inestable	0
- Estable	1
8: Vuelta de 360°	
- Pasos discontinuos	0
- Continuos	1
- Inestable (se tambalea, se agarra)	0
- Estable	1
9: Sentarse	
- Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	0
- Usa los brazos o el movimiento es brusco	1
- Seguro, movimiento suave	2
PUNTUACIÓN EQUILIBRIO (máximo posible de 16)	

*“Mucha gente pequeña, en lugares pequeños,
haciendo cosas pequeñas, puede cambiar el mundo”*

(Eduardo Galeano)