



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2019 / 2020

TRABAJO FIN DE GRADO

Terapia Ocupacional
en Atención Primaria de Salud para Aragón.

Occupational Therapy
in Primary Health Care for Aragon.

Autora: Yolanda Delgado Engay

Directora: M^a Gloria Lapieza Laínez

ÍNDICE

RESUMEN	2
<hr/>	
INTRODUCCIÓN	3
<hr/>	
▪ Atención Primaria de Salud	4
▪ Población diana	5
▪ Ocupación	6
▪ Dominio terapéutico	7
▪ Funciones de Terapia Ocupacional en APS	8-9
▪ Palabras clave TFG	9
OBJETIVOS	10
<hr/>	
METODOLOGÍA	
<hr/>	
▪ Proceso de Terapia Ocupacional	11
▪ Áreas de ocupación	12
▪ Programa para Actividades de la Vida Diaria	13
▪ Enfermedad neurodegenerativa	14
▪ Estimulación cognitiva	15
DESARROLLO	
<hr/>	
▪ Estado de Discapacidad y Salud en Aragón	16-17
▪ Evidencia contextualizada	17-19
▪ Limitaciones del estudio	19
CONCLUSIONES	20
<hr/>	
ANEXOS	
<hr/>	
▪ Protocolo de derivación a Terapia Ocupacional	21
▪ Consentimiento informado	22
▪ Cuestionario sobre TO en APS	23
BIBLIOGRAFÍA	24-27
<hr/>	

RESUMEN

La Atención Primaria es el nivel básico inicial de la asistencia sanitaria, que garantiza la globalidad y continuidad de este servicio a lo largo de toda la vida de un paciente. La Terapia Ocupacional es la disciplina sociosanitaria dedicada a abordar los problemas que afectan al desempeño ocupacional satisfactorio, en personas que presentan riesgo o disfunción ocupacional, en cualquier etapa de su ciclo vital, con los apoyos y estrategias suficientes como para garantizar su seguridad, la recuperación máxima de funcionalidad y de una vida autónoma.

Los terapeutas comprenden la patología, la complejidad de los problemas médico-sociales, y las formas en que las condiciones personales interrumpen el funcionamiento cotidiano. Añaden beneficios en la salud de las personas, y ahorro económico en el Sistema Nacional de Salud. Son una respuesta a circunstancias como, el incremento de la esperanza de vida y el progresivo envejecimiento de nuestra población, a las demandas sociales de autonomía y a la participación social ante las situaciones de discapacidad, entre otras.

Este trabajo pretende justificar la necesidad de que los Terapeutas Ocupacionales pasen a formar parte de los equipos multidisciplinares de Atención Primaria de Salud en Aragón, como ocurre en otras comunidades y países, desarrollando las funciones que le son propias atendidas en este servicio. Investigación profunda, sobre el tipo de trabajo que aborda esta profesión, personas a las que va dirigido, necesidades y resultados.

INTRODUCCIÓN

Este Trabajo Fin de Grado se ha elaborado principalmente para justificar la presencia de la profesión de Terapia Ocupacional (**TO**), en el ámbito de Atención Primaria de Salud (**APS**).

Contiene las competencias y fundamentos de esta profesión, que propone completar la red de servicios de salud, incide en la promoción de estrategias, prevención de factores de riesgo y rehabilitación o compensación de las capacidades disminuidas o ausentes, que puedan alterar la vida diaria de las personas, ayudando a mantenerlas en su entorno habitual. Actúa en los déficits sensoriales, físicos, mentales, ambientales y/o sociales de los pacientes, para normalizar su situación, generar bienestar y por lo tanto, influir en su calidad de vida.

La APS se convierte en el lugar idóneo para el desarrollo de programas de TO, pero actualmente no se encuentra dentro de la cartera de servicios de APS en la Comunidad de Aragón. (1)

El Real Decreto 1030/2006 recoge los diferentes servicios que engloban la APS, prestados por un equipo multidisciplinar, pero no especifica qué categorías profesionales deben conformar dichos equipos. Serán las diferentes Comunidades Autónomas quienes determinen qué categorías profesionales los formen. Los terapeutas ocupacionales (**TO**) en APS deben aportar sus habilidades al equipo, del que pueden formar parte personal médico, de enfermería, farmacia, psicología, fisioterapia o trabajo social. (2,3)

Los desafíos a los que se enfrentan los servicios de atención de la salud incluyen el envejecimiento de la población, el incremento de la esperanza de vida, la creciente tasa de condiciones crónicas de salud y multimorbilidad, los cambios en los modelos de familia que condicionan las oportunidades de cuidado, y las demandas sociales y económicas. La comunidad se beneficiará de un enfoque que se centra en las posibilidades y el funcionamiento en lugar de en un tratamiento más médico de los síntomas. (4)

La Organización Mundial de la Salud (**OMS**), definió la APS como la asistencia esencial, basada en métodos y tecnología, científicamente y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que pueda soportar, en todas las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad.

Los objetivos del equipo de APS son comunes y posibilitan el desarrollo de sus tareas, sin seguir una línea jerárquica vertical.

El enfoque tradicional consideraba que una atención es adecuada cuando alcanza los objetivos marcados por los propios médicos, sin consultar a los pacientes. El nuevo modelo sociosanitario, en cambio, se basa en una visión holística y en las siguientes premisas:

- La **perspectiva biopsicosocial**: Implicándose en todas las dificultades que presenta el paciente y no sólo en sus problemas biomédicos.
- El **paciente como persona**: Un problema físico, psíquico o social, puede ser vivido de manera diferente según la persona y su contexto específico.
- **Compartir responsabilidad**: La relación igualitaria entre profesional y paciente, evitando aspectos de poder y control, involucrando al paciente en el proceso terapéutico, compartiendo decisiones y aumentando la información y el conocimiento de la enfermedad y de su tratamiento.
- **Alianza terapéutica**: El paciente ha de percibir que el profesional es cercano, sensible y empático, ya que las interacciones positivas tienen demostrado un efecto en los resultados, y en su satisfacción.

Este tipo de atención se refiere a una interacción continua entre los profesionales y los pacientes; permite adaptarse a sus valores, necesidades y expectativas; a partir de un diálogo basado en la confianza, respeto y afecto. Potencia el respeto a su dignidad, derechos y preferencias. Se preocupa tanto de la evolución de las enfermedades como de las experiencias de las personas en relación con los problemas de salud. (5,6)

POBLACIÓN DIANA

El TO atenderá a aquellas personas cuya situación funcional actual presente un cambio en el desempeño de las diferentes áreas ocupacionales, durante todas las etapas de la vida, siendo algunas de ellas (Tabla 1):

Disfunción Neurológica	Parálisis cerebral, discapacidad del aprendizaje, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno del desarrollo como el autismo, síndrome de Down, defectos del tubo neural, accidente cerebrovascular, lesión de la médula espinal o cerebral, exposición al alcohol y las drogas.
Disfunción Cardiopulmonar	Trastornos cardíacos congénitos o adquiridos, trastornos pulmonares como fibrosis quística, asma, displasia broncopulmonar, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, o EPOC.
Disfunción Psicológica y social	Trastornos psiquiátricos como el trastorno negativista desafiante, trastorno de la conducta, del estado de ánimo, trastorno depresivo, síntomas maníacos, o síndrome de Asperger.
Enfermedades Neurodegenerativas	Enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Esclerosis Múltiple.
Disfunción Ortopédica	Deficiencias ortopédicas y limitaciones de las habilidades motoras.
Trastornos Musculo-esqueléticos	Amputaciones, artritis, artrosis, fracturas.
Enfermedades Inmunológicas	Sida, cáncer, enfermedades autoinmunes e inmunodeficiencias.
Enfermedades Mentales	Demencias, trastornos del estado de ánimo, trastorno límite de la personalidad, depresión, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, esquizofrenia, abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria.
Trastornos en la piel	Quemaduras.

Tabla 1. Población diana de la TO (1)

OCUPACIÓN

El ser humano es implícitamente un ser ocupacional, por imperativo biológico, evidente en la historia evolutiva de la humanidad.

La TO cuyo paradigma es la ocupación, hace basar el trabajo de sus profesionales en un conocimiento minucioso de la misma y su papel en la salud.

La ocupación se define por grupos de actividades y tareas de la vida diaria organizadas, con un valor y significado dados por los individuos y una cultura. Todo lo que las personas hacen para ocuparse de ellos (autocuidados), disfrutar de la vida (ocio), y contribuir a la fábrica social y económica de sus comunidades (productividad).

La perspectiva del ciclo de vida sirve como concepto guía para los TO que trabajan con personas de todas las edades, porque permite comprender la forma en que se desarrollan y evolucionan las ocupaciones con el paso del tiempo. Principios como el envejecimiento y las experiencias acumuladas de ocupaciones pasadas, las redes sociales, la historia y los eventos de las sociedades, circunstancias y las oportunidades percibidas por cada uno, y el momento de la vida de la persona.

Los seres humanos experimentan **necesidades biológicas** que estimulan la ocupación y promueven la salud, relacionadas con:

- La defensa contra amenazas que afectan el estado fisiológico.
- Las actividades de protección y prevención, como desarrollar habilidades y ejercitarlas.
- La recompensa del compromiso con la ocupación, en sentido de propósito, satisfacción y plenitud.

La deficiencia entendida como cualquier problema en la función psicológica, fisiológica o de la estructura corporal, impide la participación en ocupaciones que favorecen el bienestar. Por ejemplo el dolor lumbar es la segunda causa más frecuente de pérdida de días laborales. La ocupación puede proporcionarnos la actividad física, la estimulación mental y la interacción social que necesitamos para mantener la salud, así como permite expresarnos, desarrollar habilidades, experimentar placer y compromiso y obtener logros que consideramos importantes, en definitiva mejorar nuestro bienestar. (7)

El conocimiento de las ocupaciones forman la base para el uso de las mismas como medio y fin de las intervenciones de la TO, lo que le hace un servicio distinto y valioso.

Las ocupaciones se desarrollan en un entorno y ambos están influenciados por la interacción entre los factores del paciente, las habilidades de desempeño y los patrones de desempeño. Los TO consideran todos los componentes y los utilizan de manera efectiva como una herramienta terapéutica para lograr los resultados específicos de su intervención.

FACTORES DEL CLIENTE

Son capacidades, características o creencias específicas que residen dentro de la persona. Éstos se ven afectados por la presencia o ausencia de enfermedades, privaciones, discapacidades y experiencias de la vida.

HABILIDADES DE RENDIMIENTO

Son acciones dirigidas a objetivos que son observables como pequeñas unidades de participación en las ocupaciones de la vida diaria. Se aprenden y desarrollan a lo largo del tiempo y se sitúan en contextos y entornos específicos. Se pueden clasificar en habilidades motoras, habilidades de proceso y habilidades de interacción social.

PATRONES DE RENDIMIENTO

Se trata de los hábitos, rutinas, roles y rituales utilizados en el desempeño de ocupaciones. Los profesionales que consideran estos patrones de los clientes pueden comprender mejor la frecuencia y la manera en que las habilidades y ocupaciones se integran en la vida de los clientes.

CONTEXTO Y MEDIO AMBIENTE

El compromiso y la participación en la ocupación tienen lugar dentro de contextos y del entorno, entendidos éstos como el conjunto de factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, emocionales que influyen en que las personas decidan participar en las ocupaciones inherentes a sus roles. (8)

FUNCIONES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN APS

Las aportaciones de un TO al servicio de APS como profesional sociosanitario son múltiples, siendo la promoción de la salud su eje central. Algunas de sus funciones son:

1. Valoración integral funcional de las actividades de la vida diaria (AVD). Orientación sobre la realización de actividades ocupacionales, para posibilitar su ejecución adecuada, haciendo uso máximo de las capacidades potenciales de la persona y de su autonomía.
2. Intervenciones para el control de síntomas y mejora funcional en procesos musculoesqueléticos.
3. Crear planes de intervención para personas con enfermedades crónicas y/o pluripatología.
4. Evaluaciones funcionales de tipo físico, cognitivo, y de desempeño ocupacional a domicilio, en caso de no realizarse en el centro de APS.
5. Valoración del entorno (accesibilidad y barreras arquitectónicas). Evaluar y sugerir adaptaciones que faciliten el desempeño ocupacional, y prevengan situaciones cotidianas de riesgo de caídas y accidentes en el hogar, optimizando la seguridad e independencia.
6. Valoración de la necesidad de utilizar productos de apoyo, órtesis o prótesis; asesorar y educar sobre su uso.
7. Asesoría respecto a los cuidadores, a técnicas, adaptaciones y apoyo psicológico.
8. Prescripción social de actividades en la comunidad para fomentar la red social y el desarrollo de las personas dependientes.
9. Tratamiento de los factores de riesgo de exclusión social.
10. Intervención en la planificación de proyectos e implantación de cursos de preparación para la jubilación.
11. Planificación, implementación y evaluación de programas de estimulación y entrenamiento de la memoria con carácter preventivo.
12. Elaboración de indicaciones y contraindicaciones acerca de la realización de actividades físicas, y adaptar las actividades a las condiciones y características de cada persona, para fomentar la salud psicofísica.
13. Planificación y coordinación de actividades de orientación del tiempo libre.

14. Detección y atención a personas mayores en situación de soledad no deseada.
15. Información e interacción continua con los pacientes y familiares durante el proceso de TO.
16. Trabajo en equipo, coordinación con el resto de profesionales y con otros niveles asistenciales como hospitales.

(9,10,11)

La OMS considera que la **promoción de la salud** es el proceso por el cual se capacita a las personas para tomar el control y mejorar su salud. Su alcance trasciende el de los comportamientos individuales y alcanza niveles individuales, comunitarios y poblacionales, y para cada uno será necesario emplear estrategias y herramientas diferenciadas e idóneas.

En todas las estrategias contempladas tiene un protagonismo relevante la educación para la salud, cuya finalidad es promover la adquisición y conservación de hábitos de salud y la capacitación para tomar, individual o colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y del medio en el que viven, así como usar más juiciosamente los servicios sanitarios a su disposición.

(12)

A su vez, debemos concebir la salud como algo más que el opuesto de enfermedad, actuar sobre el desempeño ocupacional tanto en individuos con discapacidad como en individuos sanos, y comprender la influencia que tiene la organización económica, política y social de la sociedad sobre el quehacer humano.

(13)

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria, Terapia ocupacional, Ocupación, Salud.

Primary Care, Occupational Therapy, Occupation, Health.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- El objetivo fundamental de este trabajo es justificar la necesidad de que la TO forme parte de el servicio de APS en Aragón. Como parte de un equipo multiprofesional e interdisciplinar, para completar la asistencia integral de la persona/s y de su entorno.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar el acceso a los fundamentos, términos y aspectos que forman y rodean a la TO, para aumentar la familiaridad y confianza con la profesión.
- Fomentar la atención sanitaria centrada en el paciente, su autonomía, la inclusión social y la promoción de la salud en todas las etapas de la vida de las personas que acuden a este servicio.
- Mostrar las funciones principales de la TO que podría desarrollar en el servicio de APS.
- Destacar el trabajo de los TO respecto a las personas mayores, y en concreto, respecto a las personas con algún tipo de demencia, ya que conforman un elevado porcentaje en los servicios de APS.
- Evidenciar los diversos beneficios de este tipo de terapia a nivel personal, de comunidad y de la Administración Pública.
- Apoyar la participación social en el cuidado de la salud, y prevención de la enfermedad o disfunción, mediante la educación personal y de cuidadores.

(1,4,9)

METODOLOGÍA

El estudio realizado a través de la documentación existente en bases de datos, de libros propios de la TO y de la APS, muestra muchas áreas de actuación y la forma de trabajo por parte de sus profesionales.

PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Se trata de los servicios de TO, cuyo eje central es el paciente:

EVALUACIÓN

- Perfil ocupacional: Es el paso inicial que proporciona una comprensión de la historia de vida y las experiencias ocupacionales del cliente, los patrones de la vida diaria, los intereses, los valores y las necesidades. También se identifican las razones del cliente para acudir al servicio de TO, fortalezas y preocupaciones en relación con el desempeño.
- Análisis del desempeño ocupacional: Son los problemas potenciales del cliente identificados más específicamente, a menudo se observa en el contexto real para identificar apoyos y barreras para el cliente.

INTERVENCIÓN

- Plan de intervención: Es el plan que guiará los objetivos y que se desarrolla en colaboración con el cliente. Se basa en el marco de trabajo para la práctica de TO y en la evidencia existente.
- Implementación de la intervención: Proceso de poner en práctica el plan de intervención; proceso dinámico en el que la evaluación y la planificación son continuos.
- Revisión de intervención: Reevaluación y revisión del plan de intervención, de su efectividad y del progreso hacia los resultados. También requiere la colaboración con el cliente en función de los objetivos y sus resultados ya que pueden conducir a cambios.
- Resultados: Determinantes del éxito del proceso de TO, su información se utiliza para planificar acciones futuras con el cliente y para evaluar el servicio.

(8)

ÁREAS DE OCUPACIÓN

Las intervenciones de TO son preventivas y/o rehabilitadoras; se implementan en el ámbito de la discapacidad sensorial, física, mental y social, a través de las actividades seleccionadas y adaptadas. Se fundamentan en modelos teóricos específicos de TO, como por ejemplo, el Modelo de Desempeño Ocupacional, el Modelo de la Discapacidad Cognitiva, o el Modelo de Ocupación Humana; y están destinadas a conseguir que la interacción persona-entorno-ocupación sea óptima.

Los profesionales de TO dirigen su conocimiento a las múltiples áreas de ocupación (Tabla 2), y actividades de la vida de las personas. (9,14)

Actividades Básicas Vida Diaria, ABVD	Baño/ducha. Control de esfínteres y vejiga. Vestido. Comer. Alimentación. Movilidad funcional. Cuidado de productos de atención personal. Higiene y aseo personal. Actividad sexual. Dormir y descansar. Higiene en el inodoro.
Actividades Instrumentales Vida Diaria, AIVD	Cuidado de otros. Cuidado de mascotas. Crianza de niños. Gestión de la comunicación. Movilidad en la comunidad. Gestión financiera. Mantenimiento de la salud. Gestión del hogar. Preparación de comida, limpieza. Práctica de religión. Procedimientos de seguridad y emergencia. Compras.
Educación	Participación en la educación formal e informal.
Trabajo	Interés y búsqueda de empleo. Buscar y adquirir un empleo. Desempeño del trabajo. Preparación para la jubilación. Exploración del voluntariado. Participación como voluntario.
Juego	Exploración del juego. Juegos de participación.
Tiempo Libre Ocio	Exploración del tiempo libre. Preparación para el ocio.
Participación Social	Comunidad. Familia. Compañeros. Amigos.

Tabla 2. Áreas de ocupación

PROGRAMA PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

A continuación muestro un ejemplo de programa que realiza un TO en una de las principales áreas de ocupación mencionadas anteriormente, (Tabla 3).

(1,15)

OBJETIVO PRINCIPAL	Conseguir la autonomía e independencia de la persona en las AVD, de modo que sea funcional en su propio domicilio.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none">- Trabajar la independencia en las ABVD.- Trabajar la independencia en las AIVD.- Disminuir el trabajo por parte del cuidador principal, en caso de dependencia grave.- Mejorar el desempeño, bienestar y calidad de vida.
PERFIL DEL DESTINATARIO	<ul style="list-style-type: none">- Personas dependientes o con riesgo de dependencia en cualquiera de las AVD, independientemente de su causa.- Familiares y/o cuidadores principales de personas dependientes o con riesgo de dependencia.
TÉCNICAS	<p>Desarrollo del programa tanto en el departamento de TO como en el domicilio:</p> <ul style="list-style-type: none">- Programa de ejercicios para destrezas de ejecución perdidas o deterioradas.- Entrenamiento AVD.- Análisis y adaptación/ modificación de la actividad.- Análisis del entorno habitual, haciéndolo seguro y facilitador para la actividad.- Técnicas como: organización de la actividad, simplificación, ahorro de energía, higiene postural, resolución de problemas, control del estrés.- Asesorar y educar sobre productos de apoyo si fuera necesario.

Tabla 3. Programa para AVD

Las enfermedades neurodegenerativas se caracterizan por una muerte neuronal gradual e inexorable, por razones aún no bien conocidas. Casi todas ellas de evolución prolongada, con afectación selectiva de grupos neuronales o regiones concretas del sistema nervioso central, y ausencia de tratamiento curativo. Voy a centrar mi atención en las demencias, especialmente relevantes en el trabajo de TO.

La **demencia** es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida de la función cognitiva, especialmente la memoria, de suficiente magnitud como para interferir en las AVD. La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente, la prevalencia de esta enfermedad se duplica cada 5 años de edad a partir de los 60 años, y se prevé que en 2050 se triplicará la cifra. En España, ocupa el cuarto lugar como causa de muerte, y el tercer problema sanitario en importancia en cuanto al coste que generan. La supervivencia media oscila entre los 8 y los 12 años desde el inicio de los síntomas.

Las demencias se asocian a tres grupos de patologías:

- Patología psiquiátrica y neurológica (depresión, enfermedad de Parkinson, déficits visuales y auditivos, alteraciones del comportamiento y de la personalidad).
- Patología secundaria a la inmovilidad (bronconeumonías, embolismo pulmonar, úlceras de decúbito, rigidez muscular, etc.).
- Patología secundaria al déficit cognitivo (síndromes de malnutrición, incontinencia, accidentes).

Este tipo de enfermedades tienen graves consecuencias para la persona que la padece y sus familiares, susceptibles a padecer problemas psíquicos, físicos, sociales y económicos, y por lo que la TO resulta imprescindible. La mayoría de los problemas de salud asociados a la demencia pueden ser abordados adecuadamente por equipos multidisciplinarios de APS. (16)

ESTIMULACIÓN COGNITIVA

El proceso de envejecimiento normal conlleva cambios cerebrales que implican modificaciones en el funcionamiento cognitivo y funcional, las intervenciones terapéuticas dirigidas a estimular las habilidades cognitivas contrarrestan estos efectos. Se trata de un conjunto de técnicas y actividades de compensación y reserva cognitiva dirigidas a potenciar la neuroplasticidad cerebral. En este sentido la APS es fundamental en la detección precoz de personas mayores con una disminución cognitiva.

Tratamientos por parte del TO mediante ejercicios de activación mental de cada aspecto cognitivo: memoria, orientación, lenguaje, praxis, gnosis, cálculo, percepción, razonamiento lógico, atención-concentración y programación; y técnicas de orientación a la realidad espacio-temporal, muestran diferencias significativas en los aspectos de memoria a corto plazo, lenguaje y praxis.

- El deterioro cognitivo no es inalterable, se puede prevenir mediante la estimulación cognitiva. En la actualidad se realizan pocos programas de estimulación cognitiva desde APS.
- La estimulación cognitiva con este tipo de programas es eficaz para mantener el rendimiento, medido con la variable MEC (Mini Examen Cognoscitivo de Lobo), en personas mayores con cognición normal.
- La estimulación cognitiva enlentece la progresión del cuadro clínico en los individuos con deterioro cognitivo leve. (17)

El objetivo principal de las terapias de estimulación cognitiva en las demencias consiste en promover la capacidad de aprendizaje y así preservar las capacidades durante el mayor tiempo posible. La actividad neurógena en el cerebro adulto responde a factores extrínsecos (entrenamiento motor, cognitivo y cambios ambientales), e intrínsecos (factores neurotróficos, citosinas y neurotransmisores), lo que permite que la estimulación cognitiva y la realización de actividades tanto mentales como físicas aumenten la reserva cognitiva y, por tanto, favorezcan la proliferación de nuevas neuronas.

La clave de las terapias no farmacológicas está en el momento en el que se implantan, y puede reconocerse como una potente herramienta para retrasar y prevenir, en la medida de lo posible, la aparición de la demencia. (18)

DESARROLLO

ESTADO DE DISCAPACIDAD Y SALUD EN ARAGÓN

Aragón presenta una tasa de 9'19 por cada 100 habitantes, de personas que llevan 6 años o más con discapacidad. Los problemas de movilidad son el primer tipo de discapacidad, les sigue la vida doméstica y el autocuidado. Para personas de 80 años y más estos tres principales grupos de discapacidad afectan a 7 de cada 10 personas.

Las investigaciones muestran que las deficiencias que causan discapacidad más frecuentes son las que afectan a los huesos y articulaciones, el segundo factor es el envejecimiento. El perfil de la persona principal que presta cuidados personales es una mujer, de entre 45 y 64 años, que reside en el mismo hogar que la persona con discapacidad. (19)

Partiendo de los datos de pacientes que tenían registrado un diagnóstico de enfermedad en cualquiera de las bases de datos de APS a fecha 31/12/2018 en Aragón, destaco los siguientes resultados:

1. **PREVALENCIA DE ACCIDENTES CEREBROVASCULARES:** Los sectores de Zaragoza I y III muestran tasas más altas que el total de Aragón, zonas urbanas y periurbanas. En todos los sectores las tasas son significativamente superiores en hombres a partir de los 50 años.
2. **PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS:** Las tasas son superiores en Barbastro, Zaragoza I, III y Alcañiz, en los hombres son mayores en todos los sectores y aumentan con la edad hasta los 75 años.
3. **PREVALENCIA DE ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA:** Los sectores de Zaragoza I, III y Calatayud tienen tasas superiores y las de los hombres son superiores en el total de Aragón y cada uno de los sectores.
4. **PREVALENCIA DE DEMENCIA:** En el grupo de edad de 85 y más años, el 17,6% de las mujeres y el 10,4% de los hombres tienen registrado este diagnóstico. Las zonas con exceso de riesgo se localizan principalmente en zonas periféricas y Oeste de Zaragoza.
5. **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN:** Las tasas son superiores en los sectores de Zaragoza I, II y III, siendo mayores en las mujeres.

Según la Encuesta Europea de Salud de 2014 , se estima que en torno a un 12% de la población de Aragón padece depresión, pero los datos no son

concluyentes puesto que hay muchos casos sin diagnosticar. Su tendencia está en aumento debido a factores como el estrés, desencadenado por la precariedad laboral y la situación económica. (20,21)

El sector de APS en Zaragoza se divide en:

Zaragoza I: Actur Norte- Oeste-Sur, Alfajarín, Arrabal, Bujaraloz, La Jota, Luna, Parque Goya, Picarral, Santa Isabel, Villamayor, Zuera.

Zaragoza II: Campo de Belchite, Canal Imperial-San José Sur, Canal Imperial-Venecia, Casablanca, Fernando el Católico, Fuentes de Ebro, Independencia-Puerta del Carmen, La Almozara, Las Fuentes Norte, Parque Roma, Rebolería, Sagasta-Miraflores, Sagasta-Ruiseñores, San José Centro, San José Norte, San Pablo, Sástago, Seminario, Torre Ramona y Torrero-La Paz.

Zaragoza III: Alagón, Bombarda, Borja, Cariñena, Casetas, Delicias Norte y Sur, Ejea de los Caballeros, Épila, Gallur, Herrera de los Navarros, La Almunia de Doña Godina, María de Huerva, Miralbueno, Oliver, Sádaba, Sos del Rey Católico, Tarazona, Tauste, Univérsitas, Utebo, Valdefierro.

El objetivo general de este estudio es garantizar una red de servicios que cubran las necesidades de atención de las personas de manera integral, preventiva o rehabilitadora. (22,23)

EVIDENCIA CONTEXTUALIZADA

Los sistemas de APS basados en equipos multidisciplinares dan como resultado una mejor salud de la población, y una mayor satisfacción del usuario.

La necesidad de APS coordinada es cada vez más importante, dados los recursos necesarios para atender de manera eficiente y efectiva a una población que envejece. La mayoría de los **adultos mayores de 65 años** informan tener múltiples afecciones crónicas, lo que resulta en una utilización desproporcionada de los recursos de atención médica. Los servicios de prevención promueven un envejecimiento saludable y reduce de manera rentable el riesgo de deterioro de la salud relacionado con la edad.

Al mejorar la función, promover un retorno a actividades significativas (incluido el trabajo remunerado), y reducir las reclamaciones por discapacidad y la dependencia farmacológica, los profesionales de la TO pueden reducir significativamente el impacto de las afecciones crónicas, incluido el dolor.

Los **retrasos en el desarrollo de niños**, a menudo no se identifican a tiempo. Se espera que los profesionales de APS relacionen a estos pacientes con la intervención temprana y los servicios de apoyo, pero a menudo carecen del conocimiento, la capacitación o los recursos para crear la práctica de colaboración necesaria para un resultado exitoso para el niño y la familia. (24)

Las cinco patologías que producen más alteraciones en la capacidad para desarrollar las ABVD son: Pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular, demencia, fractura de cadera, enfermedad de Parkinson, y EPOC. En la Comunidad Autónoma de Aragón, y en concreto en el Área Sanitaria I, el porcentaje de población mayor de 65 años alcanza el 28%. (9)

Existen varias áreas de la práctica desde TO específicas para adultos mayores que muestran pruebas firmes para su participación en la APS.

La TO mejora el funcionamiento independiente diario en personas mayores físicamente frágiles, y con referencia a su implicación clínica, con su enfoque centrado en la persona, es un medio que potencia la motivación de las personas a mantener su propia salud.

El TO, guía al adulto mayor dentro de su entorno y de su hogar de tal forma que reduce los posibles riesgos de salud, optimiza la participación en actividades cotidianas e integra enfoques de estilo de vida saludables en su rutina diaria, promoviendo habilidades de autocontrol y empoderamiento. De esta forma, se **reducen costes al Sistema Sanitario**, ya que el coste de una intervención domiciliaria puede considerarse mucho más bajo en comparación al alto gasto económico que suponen las intervenciones médicas y farmacológicas. Proporcionan **tranquilidad y orientación** ante la incertidumbre, como ocurre en casos de adaptación a una situación desconocida, como por ejemplo cómo volver a desenvolverse en casa, especialmente tras cambios en la capacidad funcional.

Las **caídas** son frecuentes en el adulto mayor y se asocian con mayor mortalidad, movilidad reducida, ingresos prematuros en residencias de ancianos y disminución de la capacidad para realizar AVD. Los programas de T.O. que

toman en cuenta los factores de riesgo de caídas intrínsecas y extrínsecas, e incluyen visitas al hogar, modificaciones ambientales y educación, son los más efectivos para reducir el número y la tasa de caídas recurrentes en adultos mayores.

Está demostrado que las ocupaciones sociales, las productivas y las que demandan esfuerzo físico disminuyen el riesgo de muerte, y existen evidencias crecientes que indican que el **ejercicio físico** mejora el funcionamiento emocional en personas con discapacidades físicas, que las personas mayores viven más tiempo y tienen menos probabilidades de padecer depresión. (25)

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La búsqueda y posterior estudio de la información sobre los programas de intervención de TO en APS, se ha visto limitada por la escasa presencia de esta profesión en su cartera de servicios en el Sistema Nacional de Salud.

Algunos de los documentos analizados exponen la figura del TO como parte del equipo de APS en Aragón, pero el Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Aragón, COPTOA asegura que no es una realidad hasta la fecha.

CONCLUSIONES

La Terapia Ocupacional propicia el crecimiento de las personas ayudando a comprometerse con las actividades diarias u ocupaciones que desean y necesitan hacer, de forma que generan independencia, sentimiento de seguridad, apoyan la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación, y por lo tanto, mejoran el bienestar y la calidad de vida de las personas.

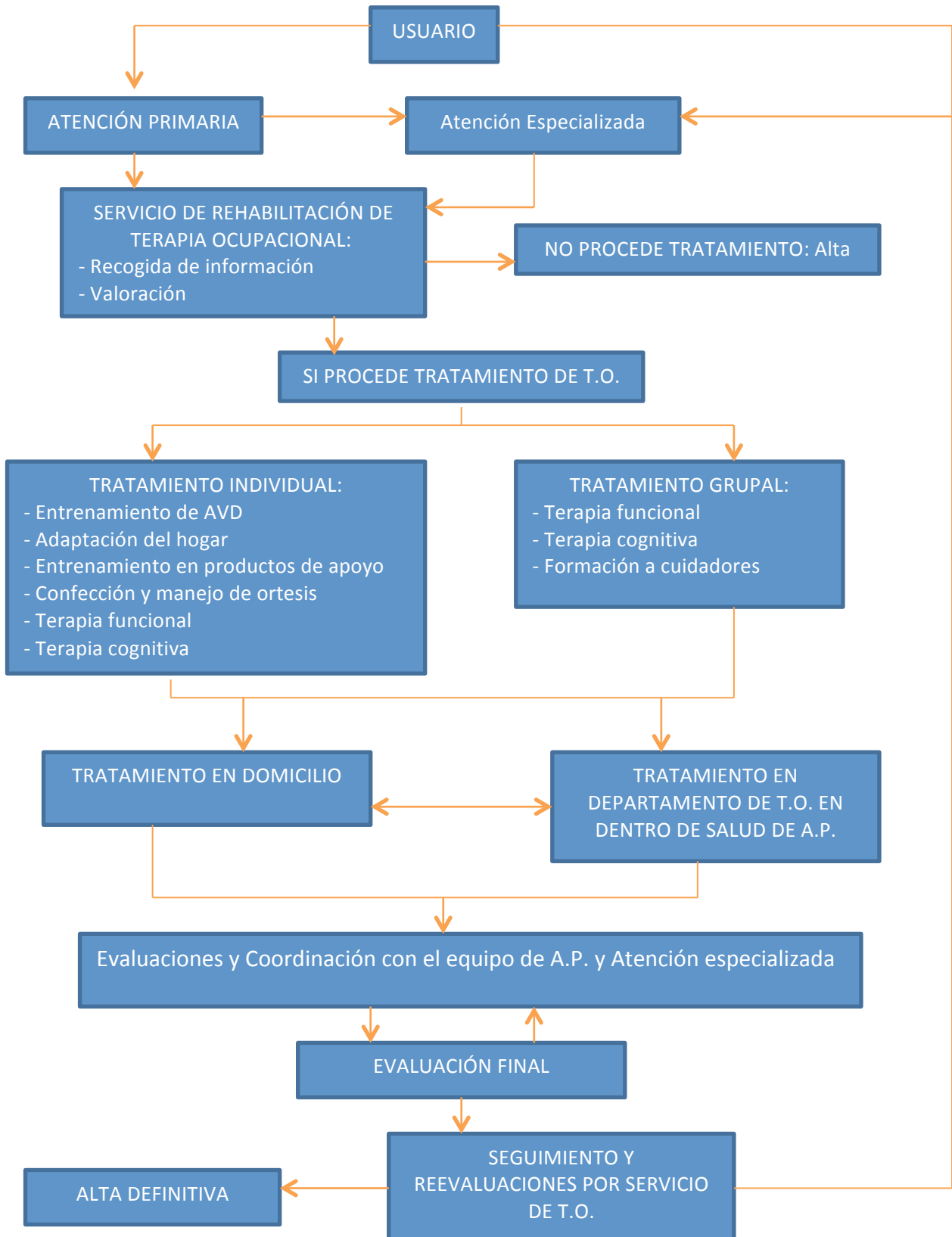
Los terapeutas ocupacionales exploran nuevas formas de ver y de hacer con las personas, teniendo en cuenta sus características individuales, sus potenciales y debilidades, sus intereses y necesidades, su entorno y contextos, adaptándose para mejorar la función, la capacidad y la participación, trabajando de manera coordinada con los pacientes, con las personas que le rodean, y con el resto del equipo de profesionales, para lograr los resultados deseados y una sociedad inclusiva.

El reto del vínculo entre Terapia Ocupacional y Salud Pública, tiene que hacerse realidad en nuestra Comunidad, para que los servicios de Atención Primaria de Salud se beneficien de una respuesta más amplia, eficiente y de calidad. Oportunidad para que la profesión exponga todo su potencial y desarrolle su capacidad para satisfacer las necesidades ocupacionales de individuos, grupos y poblaciones. Lo que significa construir, junto y con el protagonismo de las personas, hábitos que promuevan la salud y prevengan enfermedades. Debemos fortalecer el Sistema de Salud y velar por las personas más vulnerables.

ANEXOS

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A TERAPIA OCUPACIONAL

El camino que deriva al servicio de TO o Flujoograma en APS sigue las siguientes directrices: (1)



Incluyo Consentimiento y Cuestionario, aunque no han sido aplicados, los realicé para mostrar la información que tienen los diferentes profesionales de algunos servicios de APS sobre la TO, y resaltar algún tipo de demanda o sugerencia por su parte, con la intención de apoyar la necesidad de la TO como parte del equipo multiprofesional que he venido reclamando durante el trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Zaragoza a de de 2020

Yolanda Delgado Engay, alumna de 4º curso de Terapia Ocupacional, de la Facultad de Ciencias de la Salud, y responsable a cargo del Trabajo Fin de Grado, "Terapia Ocupacional en Atención Primaria de Salud para Aragón", ofrece la siguiente información con el fin de obtener el consentimiento para realizar una encuesta referida al tema de mi trabajo.

Se trata de un cuestionario dirigido a los profesionales del Centro de Salud, cuya participación es estrictamente voluntaria, y de manera anónima.

El objetivo es conocer sobre las situaciones más demandadas en el entorno de atención primaria sanitaria, averiguar el conocimiento actual sobre la Terapia Ocupacional, y con los resultados obtenidos, apoyar la necesidad de incluir esta profesión en este servicio.

Al acceder a participar, se le pedirá responder a unas breves preguntas, a modo de encuesta analítica, estructurada en ocho preguntas, con un tipo de respuesta abierta mayoritariamente. Si alguna de las preguntas le parece poco precisa, tiene usted el derecho de hacérselo saber a el investigador o de no responder. La información que se recoja será confidencial, y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de este Trabajo de Fin de Grado.

Tras la lectura de este comunicado, admito que he sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento, y que puedo negarme a realizar el mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación, puedo contactar con la alumna responsable, al teléfono 649235417. Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de el mismo cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a el teléfono anterior.

Agradeciendo de antemano su colaboración, firmado:

CUESTIONARIO - TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

1. ¿En qué centro de Atención Primaria de Salud trabaja?.

2. ¿Que puesto de trabajo desempeña en el centro médico?.

3. ¿Ha detectado alguna carencia o necesidad, respecto a la atención multidisciplinar de los pacientes?.

4. ¿Tiene alguna opinión sobre cómo mejorar el servicio que ofrece su puesto de trabajo?.

5. ¿Conoce algo sobre la Terapia Ocupacional?.

SÍ

NO

6. En caso afirmativo, ¿le parece necesario cubrir este puesto, en los centros de Atención Primaria de Zaragoza?.

SÍ

NO

7. ¿Qué tipo de pacientes derivaría a el servicio de Terapia Ocupacional del Centro de Salud?.

8. ¿Tiene alguna otra sugerencia al respecto?.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corregidor, A. Laguna, M. Fernández, I. Et al. Guía de Terapia Ocupacional en Atención Primaria: Promoción de la salud y prevención de le dependencia. Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla La Mancha, COFTO-CLM. [Recurso electrónico]. 2019 [Citado el 8 de noviembre de 2019].

Disponible en:

<https://www.coftoclm.org/wp-content/uploads/2019/10/COFTO-CLM-GUIA-DE-TO-EN-ATENCIÓN-PRIMARIA.pdf>

2. Cuevas, C. Recensión: Contribuciones de la Terapia Ocupacional a los servicios de Atención Primaria de Salud. Revista electrónica de T.O. de Galicia, TOG. [Base de datos en internet]. 2016 [Citado el 26 de noviembre de 2019]; 23:23. Disponible en:

<http://roble.unizar.es:9090/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsdnp&AN=edsdnp.5536335ART&lang=es&site=eds-live>

3. Smith, K. Day, M. Muir, S. Developing tailored program proposals for Occupational Therapy in Primary Care. [Base de datos en Internet]. 2020 [Citado el 14 de diciembre de 2019]. Disponible en:

<http://roble.unizar.es:9090/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx>

4. Bolt, M. Ikking, T. Baaijen, R. Saenger, S. Occupational therapy and Primary Care. [Base de datos en Internet]. 2019 [Citado el 20 de marzo de 2020]. Disponible en:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsbas&AN=edsbas.767CBFA5&lang=es&site=eds-live>

5. Martín, A. Cano, J. Gené, J. Atención primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. 8ª ed. Barcelona: Elsevier. 2019; p. 4-43.

6. Emeric, D. Sin Terapia Ocupacional en Atención Primaria no hay continuidad de cuidados. Balance sociosanitario de la dependencia y discapacidad. [Base de datos en Internet]. 2019 [Citado el 17 de enero de 2020].

Disponible en:

https://www.balancesociosanitario.com/Sin-terapia-ocupacional-en-atencion-primaria-no-hay-continuidad-de-cuidados_a6503.html

7. Schell, B. Willard, H. Spackman, C. Terapia ocupacional: perfil de la profesión. [Recurso electrónico]. 12ª ed. Editorial Médica Panamericana; 2016 [Citado el 20 de febrero de 2020]. Disponible en:

<http://roble.unizar.es:9090/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat00574a&AN=cbzara.b1984192&lang=es&site=eds-live>

8. Asociación Americana de Terapia Ocupacional, AOTA. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso. American Journal of Occupational Therapy. 3ª ed. 2014; 68 Supl. 1: S1-48.

9. Sociedad Científica de Terapia Ocupacional, SOCINTO. Terapia Ocupacional en Atención Primaria: dotando de funcionalidad a la vida de las personas. Madrid: 6 de junio de 2019. pp. 103 [Documento técnico]. Disponible en:

<https://www.socinto.org/wp-content/uploads/2019/06/Documento-Técnico-TO-Atención-Primaria.pdf>

10. Villalón, L. Terapia ocupacional en Atención Primaria: Una necesidad expresada. [Base de datos en Internet]. 2016 [Citado el 9 de marzo 2020]; Disponible en:

<http://roble.unizar.es:9090/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsbas&AN=edsbas.B6EBCC04&lang=es&site=eds-live>

11. Abidanza, P. Romero, L. Bueso, J. Medicina Geriátrica: Una aproximación basada en problemas. Barcelona: Elsevier; 2012. 13: 119-126

12. Martín, A. Jodar, G. Atención familiar y Salud Comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes. 2ª ed. Barcelona: Elsevier. 2018; p. 242-247.

13. Arango, J. Correa, Y. Méndez, J. Retos de la Terapia Ocupacional en Salud Pública. Revista de la Facultad de Medicina; Bogotá: 2018; Vol. 66 (3), p. 375-383.

14. Ávila, A. Martínez, R. Matilla, R. Et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional : Dominio y proceso. 2ª ed. España: 2010. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>

15. Smith, K. Day, M. Muir, S. Developing Tailored Program Proposals for Occupational Therapy in Primary Care [Base de datos en Internet]. 2020 [Citado el 18 de marzo de 2020]; Disponible en: <http://roble.unizar.es:9090/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx>

16. Fernández-Crehuet, J. Gestal, J. Delgado, M. Et al. Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública: Epidemiología de las Enfermedades Neurodegenerativas. 12ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016. 64: 856-868.

17. Calatayud, E. Plo, F. Muro, C. Análisis del efecto de un Programa de Estimulación Cognitiva, en personas con envejecimiento normal, en Atención Primaria: Ensayo Clínico Aleatorizado. [Recurso electrónico]. Zaragoza: Elsevier; 2020. 52(1): p. 38-46. [Citado el 27 de febrero de 2020]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656718303767>

18. López, C. Sánchez, J. Martín, J. Exploratory analysis of the influence of cognitive reserve on the benefits of cognitive stimulation therapy in patients with sporadic late-onset Alzheimer's disease. Revista Neurológica [Base de datos en Internet]. 2020 [Citado el 28 de abril de 2020]; 70(8): 271-281. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.7008.2019420>

19. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia, EDAD. [Base de datos en Internet] 2008. [Citado el 20 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/np524.pdf>

20. Gobierno de Aragón. Aragón Open Data, Altas de Morbilidad por Área pequeña -ZBS. Servicio de Vigilancia en Salud Pública. 2018.

[Recurso electrónico. Última actualización 17 de octubre de 2019]. [Citado el 12 de abril de 2020].

Disponible en: <https://www.aragon.es/-/atlas-de-morbilidad-por-area-pequena-zbs#anchor2>

21. Medina, C. Análisis geoestadístico de la prevalencia de depresión en relación a factores socioeconómicos y medioambientales en la Comunidad Autónoma de Aragón. [Base de datos en Internet]. 2018 [Citado el 20 de Abril de 2020]; Disponible en:

<http://zaguan.unizar.es/record/76178>

22. Gobierno de Aragón. Sectores Sanitarios. Directorio de centros de asistencia. [Recurso electrónico. Última actualización 12 de noviembre de 2019] [Citado el 12 de abril de 2020]. Disponible en:

www.aragon.es/-/sectores-sanitarios

23. Serra, L. Baltar, J.M. Otero, F.J. Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública: Atención sociosanitaria. Ley de Dependencia. 12ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016; 85: 1114-1127.

24. Jordan, K. Occupational Therapy in Primary Care: Positioned and prepared to be a vital part of the team. American Journal of Occupational Therapy [7305170010]. Agosto 2019, Vol. 73 (5). [Citado el 7 de diciembre de 2019]; Disponible en:

<https://doi.org/10.5014/ajot.2019.735002>

25. Kenneth N. K. Fong. Occupational Therapy in Primary Health Care: A new area for involvement and contributions to the new health care system in Hong Kong. Hong Kong journal of Occupational Therapy: Enero 2008; Vol. 18. [Citado el 3 de febrero de 2020]; Disponible en:

<https://www-sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S1569186108700068>