



Universidad
Zaragoza



TRABAJO FIN DE GRADO

Título

“Propuesta de programa para la prevención de caídas en adultos mayores no institucionalizados”

Autor

Verónica Novales Jaca

Tutor

Isabel Vidal Sánchez

Grado en Terapia Ocupacional

Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad de Zaragoza

Año 2014

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	4
Objetivos del programa	7
General	7
Específicos	7
Metodología	8
Desarrollo	11
Evaluación inicial	11
Definición y descripción de las acciones del programa	12
Recursos para el programa	17
Evaluación del programa	18
Conclusiones	19
Bibliografía	20
Anexo 1: Tabla	23
Anexo 2: Fases y actuaciones del programa	23
Anexo 3: Adaptación de la COMP	24
Anexo 4: Adaptación del AMPS	26
Anexo 5: Valoración del hogar	28
Anexo 6: Cuestionario de satisfacción	31

RESUMEN

El presente trabajo aborda la incidencia de caídas en la población de adultos mayores que residen en la comunidad, con el fin de plantear un programa de intervención desde la Terapia Ocupacional.

Las caídas representan en la actualidad uno de los problemas más importantes de la patología geriátrica, y es por lo que surge la necesidad de dar un giro en cuanto a las estrategias a desarrollar con esta población, incidiendo en la prevención.

Basándonos en el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional, se llevará a cabo una práctica centrada en el cliente, favoreciendo un equilibrio de las ocupaciones y una armonía entre las exigencias de la misma, las habilidades de la persona y las demandas del medio.

Para ello, en primer lugar, en la *introducción* se ha querido presentar el tema, justificar la necesidad de elaborar un programa de estas características, así como la intervención a través de la Terapia Ocupacional. A continuación, quedan reflejados los *objetivos* propios del programa tanto el general como los específicos. Referente al apartado de la *metodología*, incluye el método seguido, así como una definición de las fases y estrategias del programa.

En el *desarrollo*, la parte central del trabajo, se han incluido varios aspectos, como son los resultados de la evaluación inicial, la descripción de las fases del programa, los recursos necesarios y la evaluación del mismo.

Por último se han recogido *las conclusiones* a las que se ha podido llegar tras la elaboración de este trabajo.

INTRODUCCIÓN

Los cambios sociales y demográficos, los avances sanitarios y técnicos de las sociedades postindustriales han generado una progresiva inversión de la pirámide poblacional que indica una tendencia al aumento de la población anciana. (1) A lo largo del siglo XX, se ha producido un espectacular aumento, en términos absolutos y relativos, de la población de 65 y más años y España es uno de los países del mundo con mayor tasa de personas mayores. (2) (Ver anexo 1)

El envejecimiento demográfico de la población actual puede considerarse por un lado un avance y por otro un gran desafío (1), sobre todo en sociedades desarrolladas económicamente en las que el cuidado de la salud se considera un derecho de las personas.

Autores como Alex Kalaxe, director del Programa de Envejecimiento de la OMS, afirma que: *"queremos envejecer, y eso significa salud y calidad de vida.* (3)

Por eso, el verdadero reto del aumento de la esperanza de vida es lograr una auténtica calidad de vida y estado de salud de las personas mayores. (1)

La independencia funcional es uno de los aspectos que más se relaciona con la calidad de vida, siendo una expresión de la misma (1) (4) y su comprometimiento tiene implicaciones importantes para el adulto mayor, familia, comunidad y el sistema de salud, con una disminución del bienestar y de la calidad de vida. (4) Así pues, la dependencia supondría, en líneas generales la carencia de algo que se supone fundamental para el desarrollo de la vida plena. (1)

Las caídas representan en la actualidad uno de los problemas más importantes de la patología geriátrica, (5) suponiendo una alteración en la integridad de la persona, comprometiendo su bienestar, su autonomía e incluso su vida.

Además, existe una alta prevalencia de caída entre los adultos mayores sanos, comprendida entre el 15% y el 30%, y son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionadas. (4)(5)(6)(7)

La OMS, las define como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga.

(6)(7) Es un tipo de accidente inesperado no intencional condicionado a factores intrínsecos y extrínsecos.(4) Con relación a los factores intrínsecos, la mayor incidencia se produce por la ingestión de medicamentos, seguidos del déficit visual, (4) pero también los problemas osteoarticulares de la columna, las dificultades para la marcha, (8) la alteración del equilibrio y la debilidad muscular,(4) son factores que inciden en el riesgo de caída. Como factores extrínsecos encontramos los desniveles del piso, los cambios frecuentes de mobiliario o la iluminación insuficiente, (8) entre otros.

Las consecuencias de estos accidentes, pueden ser físicas y/o psicológicas, y desde las más simples (tipo escoriación), (4) resaltando como más graves además de la muerte, la pérdida de la autonomía personal, y por consiguiente la dependencia. (5)

Hay múltiples estrategias y medidas para disminuir las caídas en los adultos mayores. Una revisión sistemática sobre la eficacia de las intervenciones de prevención de caídas en adultos mayores concluye que la intervención es efectiva y que de forma global disminuye las caídas en un 59%. (9)

En una revisión sistemática (10) de ensayos clínicos aleatorizados de intervenciones dirigidas a la prevención de caídas, se indica que las intervenciones basadas en la reducción de riesgos, lograban que el riesgo de caída disminuyera un 18%, y reducían el número de caídas en un 43%. (11) Dos revisiones de Cochrane (12) (13) también coinciden con este resultado.

En cuanto a la intervención con el entorno, un artículo publicado en la Indian Journal of Occupational Therapy concluye que la identificación y modificación de los riesgos y del medio ambiente dentro y fuera del hogar son esenciales para que los programas de prevención de caídas sean eficaces. (14) Lo que coincide con un artículo publicado en la Revista Española de Geriatria y Gerontología. (11)

Centrándonos ya en nuestra disciplina, se ha demostrado que las visitas a domicilio hechas por terapeutas ocupacionales pueden prevenir las caídas entre las personas mayores y además, pueden conducir a cambios en el

comportamiento que permite a las personas mayores vivir de forma más segura, tanto en el hogar como en el entorno comunitario. (15) Además, el apoyo continuado en el hogar es beneficioso para las AVD, sobre todo para personas que presentan dificultades. (15) (16) Un estudio indica que la labor del Terapeuta Ocupacional en este ámbito es útil en cuanto a tener una comprensión y conocimiento de los riesgos en la ejecución de las distintas tareas llevadas a cabo por el adulto mayor en el domicilio. (14)

Pilar Durante, en su libro: *Terapia Ocupacional en geriatría. Principios y práctica*, (5) indica que la Terapia Ocupacional realiza una labor importante en el ámbito preventivo de la caída, detectando los riesgos y dotando de información para establecer medidas de prevención, tanto en la modificación del entorno como en la de hábitos. (17)

De este modo, a través de la Terapia Ocupacional, se llevarán a cabo acciones dirigidas a conseguir estados óptimos de salud acordes con los enfoques de prevención, promoción y mantenimiento de la salud, haciendo referencia indispensable al marco de trabajo para la práctica de la TO, ya que sería incongruente plantear un programa obviando el marco que guía la práctica de la profesión y en cual se recoge como labor del profesional esa búsqueda de resultados de prevención. (18)

Por último, para continuar encuadrando este programa dentro de la TO, cabe recoger también los marcos y modelos conceptuales en los que se apoya. En primer lugar, el modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (19), basado en la práctica centrada en el cliente y en el rendimiento ocupacional, (15) con el fin de alcanzar un equilibrio ocupacional en el entorno en el que se desarrollen las ocupaciones, a través de una intervención centrada en las habilidades y expectativas de la persona y en el análisis e intervención en el medio, facilitando el desarrollo de las ocupaciones con el mayor éxito posible.

Por último, para analizar los aspectos cinesiológicos y biomecánicos de cada actividad y seleccionar las que sean pertinentes para su utilización terapéutica, nos guiaremos por los principios que se recogen en el marco Cinesiológico/Biomecánico que explica Jesús Gómez Tolón en su libro: *"Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional"*. (20)

OBJETIVOS

Objetivo General

- “Promover la salud a través de la ocupación, ayudando a los adultos mayores a elegir, organizar y cumplir las ocupaciones que consideren útiles o significativas, manteniendo un desempeño ocupacional óptimo que garantice su autonomía el mayor tiempo posible con el menor riesgo de accidentes”.

Objetivos específicos

1. Evaluar las necesidades, potencialidades e intereses de cada participante en su vida diaria y en el manejo en la comunidad.
2. Proveer un entorno doméstico, accesible y seguro.
3. Prescribir y entrenar en su utilización, distintos productos de apoyo y ayudas técnicas en caso necesario.
4. Mantener y/o mejorar el nivel de autonomía en las Actividades básicas, instrumentales y de ocio.
5. Evaluar el programa de manera continua y al finalizar las acciones.

METODOLOGÍA

La metodología seguida ha sido, en primer lugar, una búsqueda bibliográfica del tema para conocer experiencias anteriores en el mismo campo y observar la evidencia disponible en relación al tema elegido. La revisión bibliográfica se ha llevado a cabo desde Diciembre de 2012 hasta Mayo del presente año.

Para dicha búsqueda, se han utilizado los siguientes descriptores:

- Envejecimiento
- Caídas + Prevención
- Adulto Mayor + Caídas
- Modelo Canadiense del Desempeño
- Atención Primaria + Terapia Ocupacional
- Geriatría + Terapia Ocupacional
- Promoción de la salud + Terapia Ocupacional.

Dichos descriptores han sido introducidos en distintas bases tanto en castellano como en inglés; bases de carácter biomédico, sociosanitario y propias de la Terapia Ocupacional. Estas han sido:

- Biblioteca Cochrane Plus España
- Cuiden
- Pubmed
- OTseeker

También he utilizado el catalogo Roble (Biblioteca de la Universidad de Zaragoza), para encontrar artículos de libros que resultasen de interés para el trabajo. Se ha realizado también una búsqueda de artículos en algunas de las revistas científicas más importantes de la Terapia Ocupacional, como son la TOG, APETO y la Canadian Journal of Occupational Therapy; también en la Revista Española de Geriatría y Gerontología.

El siguiente paso en la metodología es la evaluación. Como se ha expuesto anteriormente, el programa está diseñado guiándonos por el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional, el cual mediante su instrumento de evaluación, la Medida Canadiense de Desempeño Ocupacional (COPM),

permite evaluar en los participantes del programa los problemas de desempeño. También utilizaremos el AMPS (Assessment of Motor and Process Skills). Aunque esta valoración no es propia del Modelo utilizado, ya que es del Modelo de Ocupación Humana, es la única evaluación estandarizada internacionalmente diseñada para evaluar la calidad de la ejecución en las tareas de AVDs (21) y nos resultará útil para valorar a los participantes del programa.

El siguiente paso metodológico sería la implementación; siguiendo la teoría de aplicación del modelo Canadiense en la práctica, destaca la concepción del desempeño como un proceso, el cual incluye siete etapas:

ETAPAS PARA LA INTERVENCIÓN SEGÚN EL MODELO CANADIENSE

1	<i>Individualización, validación y establecimiento de prioridades</i>
2	<i>Selección de los enfoques teóricos</i>
3	<i>Identificación de los componentes del desempeño ocupacional</i>
4	<i>Identificación de las fortalezas y recursos de la persona</i>
5	<i>Negociación de los resultados</i>
6	<i>Implementación de los planes</i>
7	<i>Evaluación de los resultados</i>

Tabla 1: Etapas para la intervención según el modelo Canadiense

Fuente: Elaboración propia a partir de (22)

Tomando como referencia las fases mencionadas anteriormente y los objetivos que persigue el programa, las fases en las que se estructura el programa son las cuatro siguientes: (Ver Anexo 2 para consultar tiempos)

FASE 1: Evaluación Inicial
✓ Evaluar las necesidades, potencialidades e intereses de cada participante en su vida diaria y en el manejo en la comunidad.
FASE 2:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proveer un entorno doméstico, accesible y seguro. ✓ Prescribir y entrenar en su utilización, distintos productos de apoyo y ayudas técnicas en caso necesario.
FASE 3:
✓ Mantener y/o mejorar el nivel de autonomía en las Actividades básicas, instrumentales y de ocio.
FASE 4:
✓ Evaluar el programa de manera continua y al finalizar las acciones.

Tabla 2: Fases del programa

Fuente: Elaboración propia.

DESARROLLO

EVALUACIÓN INICIAL (Corresponde con **FASE 1** del programa)

Tal como indica el marco de trabajo (36), el primer paso en el proceso de evaluación es elaborar el **perfil ocupacional** de la población a la que va dirigida el programa. La población está compuesta por 10 participantes cuya edad está comprendida entre los 65 y 75 años, los cuales viven de manera independiente en sus domicilios.

Esta primera evaluación consistirá en una entrevista con cada uno de los participantes y sus familiares en la que sintetizaremos información acerca de las necesidades, problemas y preocupaciones del individuo, relacionadas con las ocupaciones y actividades significativas en la vida, los patrones de vida diaria, los intereses y valores.

La población elegida, es una población sometida a los propios cambios fisiológicos asociados al envejecimiento que es lo que va a repercutir sobre las distintas áreas de desempeño: el autocuidado, la productividad y el ocio y se convierte en un alto factor de riesgo ante la consecución de caídas.

Los cambios más importantes ocurren en el sistema neurológico y cardiorrespiratorio, el aparato locomotor, la vista y el oído. Las alteraciones que más influyen son las oculares, las vestibulares, las del sistema propioceptivo y las del aparato locomotor. A estas alteraciones predisponentes a las caídas hay que sumar el defecto de la acción amortiguadora de las partes blandas que envuelven al hueso, en el adulto mayor atrofiadas, y la pérdida de densidad del tejido óseo, lo que será un factor determinante para la presencia de fracturas.

Hay que tener presentes que no todos los individuos presentan los mismos factores de riesgo para la caída, ni estos actúan de igual manera en cada anciano, puesto que el proceso de envejecimiento es un hecho individual, al igual que lo son el padecer o no distintas enfermedades o presentar limitaciones funcionales y ambientales, las cuales, todas ellas, harán que la reacción antes la caída y las consecuencias derivadas de ellas sean distintas.

Entre los intereses principales de la población anciana se encuentra la salud y los deportes (más en ellos); y la salud y la cocina (más a ellas que a ellos). Entre los temores que manifiestan, ocupan los primeros puestos la pérdida de su pareja o seres cercanos, la desazón de no poder valerse por sí mismos algún día y, por supuesto, la enfermedad y el dolor. Por último, la soledad y el verse obligados a abandonar su casa son otros asuntos que ocupan su mente. (3)

ACCIONES Y ACTUACIONES DEL PROGRAMA

FASE 2

La segunda parte del proceso de evaluación comprenderá el análisis de los factores que favorecen o entorpecen la habilidad en las áreas de autocuidado, manejo en la comunidad, productividad y ocio, del adulto mayor para participar con éxito. Para ello, realizaremos una primera visita domiciliaria en la que analizaremos su Desempeño Ocupacional mediante la medida de evaluación que nos ofrece el modelo **Canadiense, The Canadian Occupational Performance Measure (COPM)**. (Ver anexo 3)

Más adelante, realizaremos una segunda visita domiciliaria para identificar dónde reside la dificultad, examinando las características del mayor, las habilidades motoras, de procesamiento e interacción básicas. Para ello utilizaremos el **AMPS (Assessment of Motor and Process Skills)**, la cual medirá la calidad en la realización de las actividades de la vida diaria (AVDs), mediante la calificación del esfuerzo, eficiencia, seguridad e independencia en los 16 factores de habilidad motora y los 20 factores de habilidad de procesamiento. (Ver Anexo 4)

Así mismo se llevará a cabo una **evaluación del hogar** para determinar las posibles barreras que pudieran interferir con el desarrollo funcional del individuo en su entorno o los factores de riesgo extrínsecos que puedan incidir en la consecución de una caída.

Para ello nos ayudaremos de una hoja de registro en la cual se recoge por zonas de la casa las características del domicilio (Ver anexo 5)

Los resultados de esta evaluación podrían determinar la necesidad de usar equipamientos especiales, modificaciones dentro del hogar (como variar el ancho de las puertas, eliminar obstáculos, modificar la iluminación...) o enseñar al adulto mayor técnicas compensatorias para superar las posibles barreras arquitectónicas.

La prioridad para hacer recomendaciones, viene determinada por la evaluación de las capacidades y déficits así como del entorno del adulto mayor en el que serán utilizadas este tipo de ayudas.

En caso de detectar la necesidad de uso de alguna ayuda técnica o producto de apoyo, el adulto mayor, será entrenado en su uso en posteriores visitas domiciliarias. (El número y duración de estas visitas variará en función de las necesidades de cada participante del programa)

FASE 3

En esta fase del programa se llevará a cabo una intervención sobre los factores de riesgo relacionados con la persona, que sean modificables, los cuales según diversos estudios y como se ha mencionado anteriormente en la justificación, favorecen a la consecución de una caída.

Entre los factores de riesgo intrínsecos sobre los que vamos a incidir, encontramos:

- Alteración de la estabilidad
- Alteración del equilibrio
- Alteración de la coordinación
- Disminución del balance muscular
- Disminución del balance articular
- Alteración de la postura

Para ello se proponen las siguientes actividades:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
10:00-11:30	Taller de autocuidado		Taller de Actividades domésticas y productivas		Taller de Ocio

Tabla 3: Programación de los talleres

Fuente: Elaboración propia.

❖ TALLER DE AUTOCUIDADO

Diseñado para trabajar distintas Actividades Básicas de la vida diaria. Se realizarán ocho sesiones de 1 hora y media cada una. En ellas se trabajará:

- La movilidad funcional, tanto en interiores como en la comunidad. Realizaremos una valoración de la marcha del adulto mayor. En los casos que se dé una marcha segura y estable, por grupos, saldremos al exterior para realizar distintos desplazamientos, así como el uso transporte público. Se darán pautas y recomendaciones para minimizar los riesgos. En los casos en los que se observe algún déficit, analizaremos los componentes que requieren entrenamiento, para ser trabajados posteriormente.
- La higiene, arreglo personal, baño/ducha y el vestido. Observaremos a los participantes realizando dichas actividades, en los casos en los que observemos dificultad o comportamientos que pongan en peligro su salud, se entrenará al adulto mayor con pautas de seguridad y/o ayudas técnicas en caso necesario.

❖ TALLER DE ACTIVIDADES DOMÉSTICAS Y PRODUCTIVAS

Diseñado para trabajar distintas actividades instrumentales de la vida diaria. Se trata de mantener/mejorar su independencia en las actividades productivas de la vida diaria. Se realizarán ocho sesiones de 1 hora y media cada una. En ellas se trabajará:

- Las tareas domésticas como la preparación de alimentos, la limpieza o la realización de la colada. Durante la sesión observaremos a cada participante realizando la actividad, y le entrenaremos en técnicas de conservación de energía y simplificación de la tarea, así como minimización de riesgos.
- La realización de las compras. Explicaremos a los participantes distintas técnicas de conservación de energía y simplificación de la tarea, así como minimización de riesgos. También les ofreceremos la posibilidad de utilizar internet para realizar esta actividad. Para los usuarios que demuestren interés en esta modalidad, se realizará un seminario práctico en el que le enseñaremos cómo hacerlo a través del ordenador.

**Las actividades elegidas serán modificadas atendiendo a los resultados obtenidos en el COPM de cada uno de los participantes, priorizando entre las actividades que más interesen mejorar a los participantes.*

❖ TALLER DE OCIO

Diseñado para trabajar el área ocupacional del Ocio y tiempo libre. Se trata de promover el desarrollo de actividades para conseguir nuevos intereses ocupacionales. Trabajar con dinámicas de grupo favoreciendo las capacidades de interacción y relaciones sociales. Se realizarán ocho sesiones de 1 hora y media cada una. En ellas se realizarán actividades como:

- Baile: consiste en bailar al ritmo de la música. Esta actividad, mejora el equilibrio, la coordinación, el balance muscular y articular, así como la orientación espacial.
- Juegos tradicionales Aragoneses: Nos desplazaremos al Parque de los Poetas, situado en la Calle Pablo Neruda, para llevar a cabo esta actividad. Se llevarán a cabo juegos como la Petanca, la rana, los bolos, el siete y medio o las herraduras. Con estas actividades trabajaremos el equilibrio, la coordinación, así como el balance muscular y articular.
- Psicomotricidad: durante estas sesiones se realizarán ejercicios de coordinación dinámica de miembros superiores e inferiores (balanceos, rotaciones, movimientos simétricos, lanzamientos de pelotas a distintas distancia...), ejercicios de equilibrio (permanecer a la pata coja, ponerse de puntillas y de talones, mantener un objeto en la cabeza, en posición bípeda realizar abducciones de cadera, circuitos, transporte de objetos con suelta del objeto en un superficie alejada del adulto mayor...), y ejercicios de movilidad general.
- Voluntariado: realizaremos una charla para informar a los participantes sobre esta actividad y les informaremos de las entidades existentes en Zaragoza para que, en caso de ser de su interés puedan llevarlo a cabo.

**Estas actividades serán modificables a lo largo de la implementación del programa atendiendo a las preferencias e intereses de los participantes.*

- ❖ SEMINARIOS TEÓRICO-PRÁCTICOS: A lo largo de esta fase del programa se llevarán a cabo tres seminarios. Se impartirán de manera quincenal, los martes de 10:00 a 11:30, durante las 5 primeras semanas de esta fase. Serán los siguientes:

- Cambios durante el envejecimiento: exposición de los cambios que ocurren con el envejecimiento.
- Factores de riesgo y taller práctico para aprender a levantarse del suelo tras una caída
- Asesoramiento y ayuda a familiares y/o cuidadores: Se realizarán entrenamientos con el participante del programa y su familiar, que ayuden a generalizar los aprendizajes llevados a cabo durante el programa, en el contexto habitual.

RECURSO

El recurso institucional donde se ha pensado desarrollar el programa, es el centro cívico Río Ebro, ubicado en la calle Alberto Duce del barrio Actur de Zaragoza.

Es una entidad de carácter público que dispone de espacios suficientes para que el terapeuta pueda realizar la acogida y las evaluaciones a los participantes, así como las distintas sesiones del programa.

La otra parte del programa será llevada a cabo en el domicilio de los participantes.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

En la tabla que se presenta a continuación quedan recogidos los indicadores a través de los cuales se podrá evaluar el programa y valorar en qué medida se han cumplido los objetivos.

	INDICADORES
PROCESO	Nº de entrevistas mantenidas
	Nº de personas que han pasado a formar parte del programa
	Nº de personas que reciben atención domiciliaria
SATISFACCIÓN	Variaciones en la puntuación del COPM (en relación a la satisfacción con su Desempeño Ocupacional)
	Cuestionario de satisfacción sobre el programa (Pregunta nº12) (Ver Anexo)
RESULTADOS	Variaciones en la puntuación del AMPS
	Variaciones en la puntuación del COPM (en relación con su Desempeño Ocupacional)
	Nº de respuestas afirmativas en la pregunta 6 del cuestionario de satisfacción (referente a los productos de apoyo)
	Nº de respuestas afirmativas en la pregunta 7 (referente a la seguridad percibida)
	Cumplimiento de los plazos previstos en el diseño del programa

Tabla 4: Indicadores para la evaluación del programa.

Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES

La intervención con adultos mayores en la prevención de caídas no es algo innovador dentro de la Terapia Ocupacional, pero sí lo es hacerlo a través de un enfoque de atención primaria, basado en el modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional.

Existen numerosos programas de prevención de caídas en el adulto mayor, abordados por profesionales de enfermería, medicina o fisioterapia y por lo general con un ámbito de intervención a nivel institucional, en residencias, hospitales o centros de día. En cambio, el programa propuesto se fundamenta por las bases y principios que rigen a nuestra profesión, y será implementado por un Terapeuta Ocupacional. Además, la población sobre la que vamos a intervenir son individuos que viven en la comunidad y no se encuentran institucionalizados.

Por otro lado enfatizar sobre el objetivo del programa, la prevención; Hoy en día el papel del Terapeuta Ocupacional en el sistema de salud Español se centra en la atención especializada, especialmente en atención terciaria (Rehabilitación). Actualmente, los terapeutas ocupacionales no forman parte de los servicios de atención primaria en la mayoría de las Comunidades Autónomas.

En mi opinión, el papel de los Terapeutas Ocupacionales en este nivel asistencial complementaría los objetivos a alcanzar por parte de los centros de salud, promoviendo la salud a través de la ocupación, y evitando la aparición de una disfunción o una diversidad funcional en una población de riesgo, disminuyendo la probabilidad de un deterioro ocupacional.

BIBLIOGRAFIA

1. Sánchez M.M. La vivencia del envejecimiento.2009.
2. Bazo M.T. Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia. El desafío del envejecimiento en los sistemas sanitarios y sociales de España y Europa. Valencia: Edad y sociedad; 2012.
3. Miranda JG. Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. : Universidad de La Rioja; 2006.
4. Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC, Vendruscolo TRP, Stackfleth R, Marques S, Rodrigues RAP. Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional1. 2012
5. Durante P, Pedro P. Terapia Ocupacional en geriatría. Principios y práctica. 3 a. Ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2010
6. Pérez-Vico L, Clíments G, Gómez M. Caso Clínico: ¿me puedo caer en mi casa? Revista de Enfermería; 2013.
7. García G, Castillo M.L, González M.E. Asociación del síndrome de temor a caerse, actividades y participación en los adultos mayores. Revista Mexicana de medicina física y rehabilitación; 2013.
8. Benítez O, Castillo B, Calero M, Hernández I, Arencibia J. Factores socio-epidemiológicos asociados a los accidentes en el anciano en San Juan y Martínez. Rev. Ciencias Médicas. Marzo-abril, 2013; 17(2):26-36.
9. Torres Egea, Ma Pilar María Pilar, Sánchez Castillo PD. Eficacia de las intervenciones de prevención de caídas en pacientes geriátricos institucionalizados. Revisión sistemática y metaanálisis. Nursing, 2007, vol.25, num.2, p.56-64 2007
- 10.Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttorp MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. BMJ. 2012;328:680-3
- 11.Rubenstein L, Josephson K. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2005;40:45-53.

12. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(4): CD000340.
13. McClure R, Turner C, Peel N, Spinks A, Eakin E, Hughes K. Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(1):CD004441.
14. D'souza SA, Shringarpure A, Karol J. CIRCUMSTANCES AND CONSEQUENCES OF FALLS IN INDIAN OLDER ADULTS. Indian Journal of Occupational Therapy 2008;40(1)
15. Algar Lombardo I, Romero Ayuso D. Terapia Ocupacional en la cartera de servicios de atención primaria: ¿es posible?. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2012 [16 de abril de 2014]; Disponible en: [Http://www.revistatog.com/num16/pdfs/priginal8.pdf](http://www.revistatog.com/num16/pdfs/priginal8.pdf)
16. Thorsén AM, Holmqvist LW, de Pedro Cuesta J, von Koch L. A randomized controlled trial of elderly supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: Five-year follow up of patient outcome. Stroke. 2005 Feb;36 (2): 297-303
17. Garía-Valdecasas CRL. Libro blanco título de grado de terapia ocupacional. Agencia nacional de evaluación de la calidad y acreditación; 2010.
18. Matilla R., Aranda V., Carrascosa A., García MI., Gómez C., Gómez M., et al. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbito de competencia y proceso .AOTA [en línea] 2008 [Fecha de acceso: 12 de Enero de 2014]; 38. Disponible en: www.Terapia-Ocupacional.com
19. Simó S., Urbanowki R. EL modelo canadiense del desempeño ocupacional I. TOG [en línea] 2006 [Fecha de acceso: 18 de abril de 2014];(3):12. Disponible en: www.revistatog.com/num3/expertoI.htm
20. Gómez Tolón J, Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional. Zaragoza: Mira editores, S.A; 1997.
21. Terrer P. Comparación del AMPS con otras valoraciones en terapia ocupacional. Terapia-Ocupacional.com [en línea] 2006 [Fecha de acceso: 4 de mayo de 2014]; Disponible en: www.terapia-ocupacional.com/articulos/AMPS_Escala_valoracion_habilidades_motoras_procesamiento.shtml

- 22.Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional/Conceptual Foundations of Occupational Therapy. : Ed. Médica Panamericana; 2006.
- 23.Romero Ayuso, D.Mª. Evaluación del hogar de terapia ocupacional. Terapia Ocupacional aplicada al Daño cerebral Adquirido. Madrid .Editorial Médica Panamericana; 2010

ANEXO 1: Población por sexos y edad en España.

Población por sexo, municipios y edad (grupos quinquenales).

Units: personas

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100 y más	65-100
Ambos sexos									
Total	2132734	1794140	1762589	1306383	749265	268100	70073	10273	8093557
Hombres									
Total	1013458	817643	760014	510779	255608	73659	16316	2137	
Mujeres									
Total	1119276	976497	1002575	795604	493657	194441	53757	8136	

Source: Instituto Nacional de Estadística

Fuente: INE

ANEXO 2: Fases y actuaciones del programa

FASE	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	TIEMPO
1	1	Elaboración del Perfil Ocupacional del grupo. Valoración.	1 mes
2	2 y 3	Visitas domiciliarias para explorar entorno doméstico de los participantes, riesgos en el hogar y ejecución de tareas cotidianas en el mismo. Modificación del entorno. Prescripción y entrenamiento de productos de apoyo y ayudas técnicas. Valoración	1 mes
3	4	Talleres de autocuidado, actividades productivas y de ocio. Seminarios teórico/prácticos.	2 meses
4	5	Evaluación del programa (proceso, resultados y satisfacción)	1 mes

Tabla 6: Fases y actuaciones del programa

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 3: Adaptación de la COMP

NOMBRE:		
Edad:		Sexo:
DNI:		
TERAPEUTA:		
AUTOCUIDADO	Actividades	Importancia (1-10)
Manejo en la comunidad		
Cuidado Personal		
PRODUCTIVIDAD	Actividades	Importancia (1-10)
Trabajo remunerado o no		
Manejo en el hogar		
Formación		
OCIO Y TIEMPO LIBRE	Actividades	Importancia (1-10)
Actividades sedentarias		
Actividades enérgicas		
Socialización		

	Fecha Ev.previa			Fecha Ev			Fecha Reev		
Actividades con problemas	I	D	S	I	D	S	I	D	S
Clave: I = Importancia; D= Desempeño; S= Satisfacción									

Fuente: Elaboración propia a partir de (19)

ANEXO 4: Adaptación del AMPS

HABILIDADES MOTORAS	A	D	MD
Postura			
ESTABILIZAR El cuerpo para el equilibrio			
ALINEAR el cuerpo en posición vertical			
POSICIONAR el cuerpo o los brazos en forma apropiada a la tarea			
Movilidad			
ALCANZAR los objetos de la tarea			
DOBLAR o rotar el cuerpo en forma apropiada para la tarea			
COORDINAR dos partes del cuerpo para estabilizar en forma segura los objetos de la tarea			
MANIPULAR los objetos de la tarea			
FLUIR: ejecutar movimientos suaves y fluidos con los brazos y con las manos			
Fuerza y esfuerzo			
MOVER: empujar y tirar de los objetos de la tarea sobre las superficies o abrir y cerrar puertas y cajones			
TRANSPORTAR los objetos de la tarea de un lugar a otro			
LEVANTAR objetos utilizados en la tarea			
CALIBRAR: regular la fuerza y la velocidad de los movimientos			
AGARRAR: mantener una prensión segura sobre los objetos de la tarea			
Energía			
RESISTIR mientras dure la ejecución de la tarea			
Mantener a un RITMO uniforme y apropiado durante la ejecución de la tarea			

Clave: **A** Adecuado; **D** Dificultoso; **MD** Marcadamente Dificultoso

HABILIDADES DE PROCESAMIENTO	A	D	MD
Energía			
Mantener un RITMO uniforme y apropiado durante la ejecución de la tarea			
MANTER la tención selectiva durante toda la ejecución de la tarea			
Espacios y objetos			
BUSCAR Y LOCALIZAR las herramientas y los materiales			
REUNIR las herramientas y los materiales en el lugar de la tarea			
ORGANIZAR las herramientas y los materiales de una forma ordenada, lógica y espacialmente apropiada			
SORTEAR: maniobrar la mano y el cuerpo alrededor de los obstáculos			
Adaptación			
NOTAR Y RESPONDER apropiadamente a los indicios ambientales no verbales relacionados con la tarea			
ACOMODAR: modificar la propia acción para superar los problemas			
AJUSTAR: modificar el espacio de trabajo para superar los problemas			
BENEFICIARSE: evitar la recurrencia o la persistencia de los problemas			

Clave: **A** Adecuado; **D** Dificultoso; **MD** Marcadamente Dificultoso

Fuente: Elaboración propia a partir de (22)

ANEXO 5: Valoración del entorno

DATOS DE LA VIVIENDA

El paciente es: Arrendatario ☐ Propietario ☐

Tipo de vivienda: Casa ☐ Piso ☐

Dirección: _____

Teléfono: _____

ACCESO

ASCENSOR: SI ☐ NO ☐

- Dimensiones: _____ - Anchura de las puertas: _____

- Acceso a la botonera: SI ☐ NO ☐

ESCALERAS: SI ☐ NO ☐

- Ancho: _____ - Altura de los escalones: _____

- Nº de escalones: _____ - Pasamanos: _____

RAMPA: SI ☐ NO ☐

- Longitud: _____ - Inclinação: _____

PUERTAS:

- Ancho: _____ - Peso: _____

- Tipo de pomo: _____

INTERRUPTORES:

- Accionamiento: _____ - Acceso: _____

SUELO:

- Deslizante: SI ☐ NO ☐ - Irregularidades: SI ☐ NO ☐

- Obstáculos: SI ☐ NO ☐

ILUMINACIÓN:

- Adecuada: SI ☐ NO ☐ _____

DORMITORIO

CAMA:

- Estable: SI ☐ NO ☐
- Cabecero: SI ☐ NO ☐
- Altura: _____
- Piecero: SI ☐ NO ☐

MESILLA:

- Estable: SI ☐ NO ☐ - Altura: _____ - Accesible: SI ☐ NO ☐

ARMARIO:

- Apertura de puertas y cajones: _____
- Altura de la barra: _____ - Distribución de la ropa: _____

BAÑO

WC:

- Altura: _____
- Barras de apoyo: SI ☐ NO ☐
- Acceso al papel higiénico: SI ☐ NO ☐

LAVABO:

- Altura: _____ - Accionamiento del grifo: _____
- Alcance de los productos de aseo personal: _____

DUCHA ☐ BAÑERA ☐

- Altura: _____
- Barras de apoyo: SI ☐ NO ☐
- Presencia de superficie antideslizante: SI ☐ NO ☐

COCINA

- Acceso a los armarios: _____
- Distribución de utensilios: _____

COMEDOR

MESA

- Estable: SI ☐ NO ☐
- Altura: _____

SILLAS

- Estable: SI ☐ NO ☐
- Reposabrazos: SI ☐ NO ☐
- Altura: _____
- Anchura: _____

RECOMENDACIONES

PRODUCTOS DE APOYO:

AYUDAS TÉCNICAS:

OTRAS:

HISTORIAL DE CAÍDAS

FECHA	MOTIVO	CONSECUENCIAS

Fuente: Elaboración propia a partir de (5) y (23)

ANEXO 6: Cuestionario de satisfacción

PROGRAMA: "Prevención de caídas en el adulto mayor independiente"									
TERAPEUTA:									
NOMBRE DEL PARTICIPANTE:									
EDAD:			SEXO:			DNI:			
1. ¿ En qué medida le ha resultado útil este programa?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. ¿ Cree que ha mejorado su capacidad para realizar las actividades que considera importantes en su vida diaria?									
SI			NO			NS/NC			
3. Si la respuesta 2 es afirmativa , ¿ En qué medida ha mejorado?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Si la respuesta 2 es negativa , ¿ Por qué cree que no ha mejorado?									
5. ¿ Le ha sido necesaria la prescripción de algún producto de apoyo o ayuda técnica?									
SI			NO			NS/NC			
6. Si la respuesta 5 es afirmativa, ¿ Es capaz de utilizarlo de manera adecuada?									
SI			NO			NS/NC			
7. ¿ Se siente más seguro en su vida diaria?									
SI			NO			NS/NC			
8. ¿ Qué le ha resultado más interesante?									
9. ¿ Qué suprimiría o cambiaría del programa?									
10. Puntúe los recursos materiales del programa: instalaciones, material etc.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Puntúe los recursos humanos del programa: Terapeuta Ocupacional									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Puntúe el programa de forma global									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fuente: Elaboración propia