



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

TRABAJO FIN DE GRADO

Programa para la prevención de caídas en personas de la tercera edad desde Terapia Ocupacional.

Autor: Víctor Lozano Osa.

Tutor: Carlos Salavera Bordás.

Resumen.

La incidencia de las caídas en la población anciana es mucho mayor que en el resto de la población. Las personas mayores de 65 años muchas veces lo aceptan como parte inevitable del envejecimiento. Las caídas provocan lesiones importantes y fracturas que en los pacientes de edad geriátrica conllevan una larga y difícil rehabilitación, pudiendo llegar a ser en ocasiones fatales; además traen consigo, por leves que sean, factores físicos o psicológicos, pérdida de la movilidad y para las personas ancianas, esto es tan valioso como la vida misma. Las caídas y las fracturas suponen sin dudas un importante problema tanto médico como social, dada la gran incidencia entre la población anciana, los problemas que de éstas se derivan y el aumento progresivo de personas mayores de 60 años. Es evidente, por tanto, que es un tema que preocupa así como poder descubrir formas de prevenir dichas caídas. El objetivo planteado en dicho trabajo es realizar un programa de Terapia Ocupacional para prevenir y/o disminuir las caídas de personas de la tercera edad en una residencia. En primer lugar se lleva a cabo un estudio que consta de tres partes: selección aleatoria/evaluación de los participantes, intervención y reevaluación/conclusiones de este programa. La evaluación inicial se realiza a través de diversas escalas de las cuales obtendremos los resultados para la posterior intervención. Al reevaluar el programa se demostró que se pueden prevenir las caídas mejorando el desempeño en las actividades de la vida diaria, adaptando el entorno y proporcionando productos de apoyo e incrementando la práctica psicomotriz.

Palabras clave: Población anciana, Terapia ocupacional, prevención de caídas, actividades de la vida diaria, práctica psicomotriz.

INDICE

| | Página |
|-------------------------------|--------|
| Introducción | 4 |
| Objetivos | 8 |
| Metodología | 9 |
| Desarrollo | 14 |
| Fase de publicitación | 14 |
| Fase de selección | 14 |
| Fase de intervención | 15 |
| Recursos humanos y materiales | 16 |
| Evaluación del programa | 17 |
| Conclusiones | 18 |
| Bibliografía | 20 |
| Anexos | 23 |

Introducción.

El acelerado envejecimiento de la población mundial ha puesto en evidencia un importante problema de salud pública: las caídas de ancianos. Aunque en los últimos 20 años se han llevado a cabo numerosas investigaciones y publicaciones sobre este tema, las caídas siguen representando una destacada causa de pérdida funcional, ingresos precoces en residencias socio sanitarias, y aumento de morbilidad y mortalidad en los ancianos. (1).

En este sentido, se prevé que un tercio de las personas mayores de 64 años que viven en la comunidad caerán en el plazo de un año, y el 15% de los mayores caerán por lo menos dos veces al año. (2).

Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u en otra superficie firme que lo detenga. Son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. (3).

Las caídas que se producen en las personas mayores de 65 años se deben a diferentes mecanismos que se repiten con asiduidad como pueden ser la inestabilidad postural y los trastornos de la marcha. (4)

Las principales consecuencias de las caídas en este colectivo son las siguientes:

Físicas: La fractura es la consecuencia más seria de las caídas. La tasa de mortalidad entre los enfermos que han sufrido una fractura de cadera es del 10-20 % más alta que entre aquellas de igual sexo y edad que no la han sufrido. (4,5).

La mayor parte de estos fallecimientos ocurren en los 4 meses siguientes, además es causa de incapacidad física posterior, ya que la mitad de los que sobreviven tras ella no recuperan nunca el nivel funcional que tenían antes. (5).

Otras consecuencias son daños de tejidos blandos, los traumas de tejidos nerviosos (poco frecuente, pero graves); así como la hipotermia, deshidratación, infecciones respiratorias y sobre todo, el tromboembolismo pulmonar y las úlceras de decúbito. (5).

Psíquicas: Generan miedo a caer otra vez, o un estado continuo de ansiedad, pérdida de confianza en sí mismo, aislamiento social, y restricción de las actividades de la vida diaria. (6).

Sociales: Los familiares ante una caída, con frecuencia reaccionan con ansiedad y se vuelven sobreprotectores lo que supone una limitación relativa de la autonomía del anciano. (5,6).

Los principales factores que influyen en caídas en la tercera edad son (7):

- Enfermedades crónicas: Enfermedad de Parkinson, demencias, enfermedad cerebrovascular.
- Alteraciones visuales: Cataratas, retinopatía, glaucoma, etcétera.
- Sistema vestibular: La pérdida de equilibrio relacionada con la edad, puede ocurrir como resultado de osteoporosis con acúmulo de calcio en el órgano de corti; además puede ocurrir por traumatismos, infecciones del oído y por consumo de fármacos como furosemida, aspirina, aminoglucósidos, etcétera.
- Sistema locomotor: Alteraciones osteo-musculares asociados directa o indirectamente con la edad, así como los problemas de los pies (hallux valgus, callos y otras deformidades) pueden ser una causa más de trastorno del equilibrio y de la marcha, y con ello acarrear caídas.
- Sistema neurológico: Cambios estructurales en la corteza cerebral, bien de causa vascular o degenerativa, trastornos de la vía piramidal, extrapiramidal o cerebelosos, son causas importantes de inestabilidad de la marcha.
- Enfermedades agudas: Las infecciosas, y la exacerbación de algunas enfermedades crónicas, como la insuficiencia cardíaca congestiva, puede precipitar caídas. De hecho, la caída puede ser un signo indirecto del inicio de una enfermedad en pacientes mayores y no es extraño una caída como primera manifestación de una neumonía, por ejemplo, en un anciano.
- Más de un fármaco: El 81 % de los ancianos toman medicación y de ellos los 2/3 partes ingieren más de un fármaco habitualmente. Esta cifra aumenta con la edad, y así hasta el 30 % de los mayores de 75 años toman más de 3 fármacos.
- Uso incorrecto de los medicamentos: No es infrecuente en la población anciana el mal cumplimiento en la frecuencia de las dosis, la confusión entre distintos fármacos o la automedicación. Todo esto junto con la presencia de pluripatología, supone que las reacciones adversas sean más frecuentes entre los ancianos, y por tanto aumenta el riesgo de caídas (6).

La prevención de estas caídas se va a llevar a cabo a través de la Terapia ocupacional.

La Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO), define Terapia ocupacional (TO) como „una profesión socio-sanitaria, que Por medio de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo pretende, con un adecuado tratamiento, capacitarle para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de la enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad“. (8).

Actualmente, las intervenciones dirigidas a la prevención de caídas en personas ancianas se llevan a cabo:

- Mediante documentos escritos por expertos, como por ejemplo el escrito por el grupo de trabajo de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología „Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes“ .(8).
- A modo informativo, por ejemplo dando datos reales que conciencian a la población, como en el „Boletín informativo: prevención de las caídas en las personas de edad avanzada“ (9) o en „Clinical Practice Guideline: Prevention of Falls in Older Persons“. (10)
- A través de cursos desde las universidades como en la del País Vasco, „Envejecimiento activo, calidad de vida y solidaridad Intergeneracional“. (11).
- A nivel europeo en el “Documento Europeo sobre el futuro de la promoción de la salud y las acciones preventivas, la investigación básica y los aspectos clínicos de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento“. (12).

En la intervención, que se va a llevar a cabo desde TO en pacientes de la tercera edad, se postula un enfoque de acomodación, compensación, prevención y adaptación ambiental que tiene como objetivo el aprendizaje para ajustar las actividades que ellos necesitan. (13). Todos estos enfoques permiten trabajar aspectos que inciden en la prevención de caídas. (14).

La evaluación inicial de las diferentes necesidades del programa que se va a realizar se establece mediante las siguientes escalas:

- El Índice de Barthel: para adiestrar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en las que se registre problema de desempeño y por lo tanto riesgo de sufrir caídas (15). (Anexo 2)
- La escala de Tinetti: para evaluar patrones de marcha y equilibrio, que son aquellos que interfieren en el riesgo de sufrir caídas (16). (anexo3)
- El Cuestionario de la Organización mundial de la salud para el estudio de caídas en el anciano (OMS, 1989): nos permite recopilar datos generales de los pacientes y de sus caídas. (17). (anexo4)
- El mini mental examen cognoscitivo de Lobo (MEC): para detectar si hay algún caso de deterioro cognitivo entre los participantes. (18). (anexo 5)

El programa que se propone para desarrollar este trabajo se basa en el Marco de trabajo para la práctica de TO, ya que es un documento oficial de la Asociación Americana de Terapia ocupacional (AOTA) que se desarrolla para articular la TO en promoción de la salud, participación de las personas, organizaciones y las poblaciones hacia un compromiso con la ocupación. (19).

Al estudiar los factores de riesgo que pueden generara las caídas en el anciano, llegamos a la conclusión de que son aspectos que engloban a la persona en su totalidad. De este modo, la TO al abordar aspectos biopsicosociales(20,21) es la disciplina idónea desde la que poder abordar la prevención de las caídas. A pesar de esto, tal como indica la AOTA, lo cierto es que este campo de acción requiere paciencia, desarrollar nuevos patrones de comportamiento, fondos financieros y proyectos previos que demuestren su eficacia, así pues es difícil llevarlo a cabo. (22).

Se usará también el Modelo Psicomotriz, ya que aporta diferentes aspectos para evitar las caídas como por ejemplo: control y adaptación espacio temporal al movimiento, la integración de la somatognosia y los procesos de mediación verbal o visuogestual. (23).

Objetivos.

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA

- Realizar un programa de Terapia ocupacional para prevenir y/o disminuir las caídas en una residencia de personas de la tercera edad.

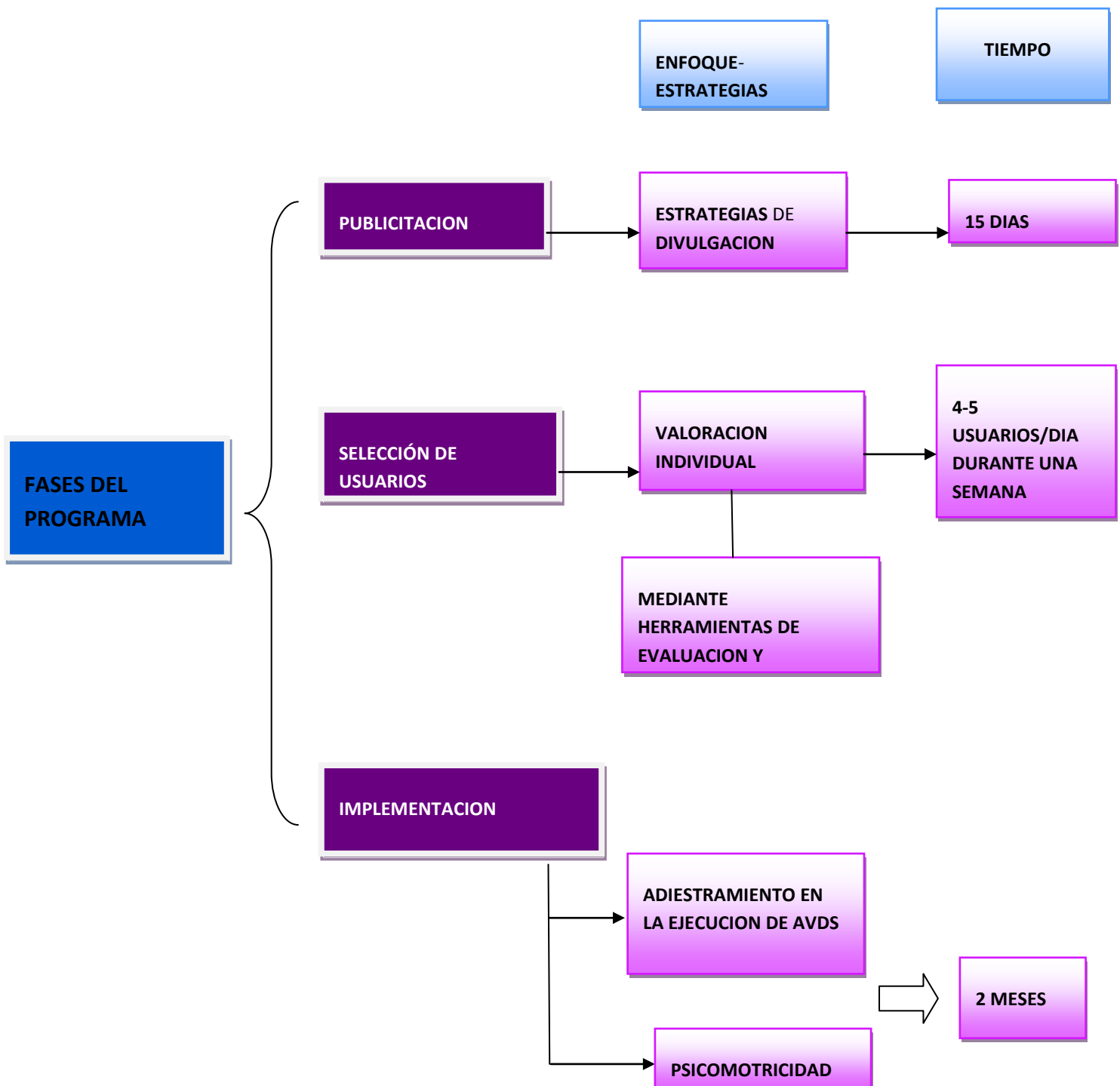
OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PROGRAMA.

- Identificar y adiestrar a pacientes mayores de 65 años en situaciones en las que existen riesgo de caídas.
- Desarrollar aspectos psicomotrices que influyen en el riesgo caídas.
- Potenciar la autonomía dando información sobre las adaptaciones del entorno y productos de apoyo que existen para este fin.
- Valorar si esta intervención es efectiva a corto y medio plazo.

Metodología.

En este apartado se propone el plan de intervención que vamos a llevar a cabo que está compuesto por una serie de actividades enfocadas al cumplimiento de los objetivos anteriormente citados, a su vez se van a establecer las fases del programa así como las estrategias y la temporalización del programa.(Figura1).

Hay que tener en cuenta como dato importante que existen unas fases previas a las que citamos aquí, la aprobación del programa, establecer el espacio físico donde llevaremos a cabo el programa.



➤ **Fase uno: Publicitación**

La publicidad del programa se llevara a cabo mediante carteles y folletos informativos. Los carteles se colocaran preferentemente en las proximidades del centro donde se realiza el programa, con el objetivo de fomentar que los participantes acudan a pie y de manera autónoma, pudiendo realizarse en alguna residencia de ancianos que haya por la zona. En los carteles figura el objetivo del programa, la duración, el horario, el número de plazas y un teléfono de contacto.

➤ **Fase dos: Selección de personal.**

El grupo que va a participar en el programa se selecciona a través de unas herramientas de evaluación que se realizaran en una entrevista personal con cada anciano. El grupo que participará en el programa será seleccionado en base a los resultados obtenidos con las diferentes escalas. Siguiendo el modelo de práctica seleccionado se va a evaluar a cada uno de los pacientes según las escalas que se proponen en este modelo que son las siguientes.

❖ **Herramientas de evaluación utilizadas:**

- El Índice de Barthel: para adiestrar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en las que se registre problema de desempeño y por lo tanto riesgo de sufrir caídas. (15).
- La escala de Tinetti: para evaluar patrones de marcha y equilibrio, los cuales interfieren en el riesgo de sufrir caídas. (16).
- El Cuestionario de la Organización mundial de la salud para el estudio de caídas en el anciano (OMS, 1989): para recopilar datos generales de los pacientes y de sus caídas. (17).
- El mini mental examen cognoscitivo de Lobo (MEC): para detectar si hay algún caso de deterioro cognitivo entre los participantes. (18).

Además de todo esto se le realizaran una serie de preguntas concretas al anciano con el fin de conocer las rutinas que tiene, anotando todas las ocupaciones que tiene a lo largo del día y que nivel de satisfacción tiene al realizarlas.

❖ **Criterios de inclusión.**

- Índice de Barthel: Tener una puntuación mínima de 61 puntos ya que es la barrera en la que el anciano es moderadamente dependiente.
- Escala de Tinetti: Aquellos que obtengan una puntuación entre 19 y 24 siendo esta la mínima puntuación en la que el anciano tiene riesgo de caídas.
- Mini mental examen (MEC): Conseguir una puntuación de 24 o superior.

❖ **Criterios de exclusión.**

- Aquellas personas mayores de 65 años que padezcan enfermedades asociadas que puedan interferir de forma directa en el riesgo de sufrir caídas.
- Los pacientes ancianos que sean dependientes graves o totalmente dependientes.

➤ **Fase tres: Intervención.**

Las sesiones de los diferentes talleres se realizan en función de los resultados obtenidos en las evaluaciones iniciales. A su vez también se tendrá en cuenta las necesidades que tiene el grupo de participantes, si alguno de los ancianos fallaba en algún aspecto en concreto se le proponen ejercicios a realizar en casa sin que pongan en riesgo la salud del anciano. Observando cómo realizan los ejercicios, podemos aumentar la dificultad o darles facilidades para llevarlo a cabo, de esta forma también trabajamos de forma individual.

En el programa planteado se van a llevar a cabo dos tipos de talleres:

- Adiestramiento y asesoramiento en la ejecución de las AVDS

En este tipo de taller se van a aumentar los conocimientos, destrezas y actitudes que son necesarias para que las personas mayores de 65 años puedan desarrollar su autonomía en las actividades de la vida diaria. (10).

En el Marco de trabajo para la práctica de TO (AOTA) las actividades de la vida diaria están divididas en dos grupos: Por un lado actividades de la vida diaria (AVD) y por otro las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (19) (ANEXO).

Para asesorar y adiestrar a estas personas nos centraremos en la manera que desempeñan la actividad, el entorno donde la llevan a cabo y las propias características del anciano. (4).

En las diferentes sesiones de TO se ofrecen las pautas necesarias para compensar los déficits y enseñar a realizar las actividades con la mayor seguridad posible. dan pautas para compensar déficits y enseñar a realizar las actividades con la mayor seguridad posible.

De esta manera las líneas de actuación que se van a llevar a cabo en este tipo de taller son las siguientes:

- Adiestrar el desempeño de las AVDs:

En este tipo de sesiones se realizan las actividades siguiendo el orden que como norma general se haría en el día a día, desde que nos levantamos hasta que nos acostamos.

Se va a trabajar con ellos:

- Levantarse y tumbarse en la cama.
- Levantarse y sentarse en la silla/sofá.
- Ponerse y quitarse una prenda de la parte superior del cuerpo.
- Ponerse y quitarse una prenda de la parte inferior del cuerpo
- Ir a hacer la compra.
- Salir y entrar de diferentes medios de transporte.
- Ir al baño/ ducharse/asearse.
- Movilidad por la casa.
- Movilidad por la comunidad.
- Levantarse del suelo si sufres una caída.

- Asesorar en el desempeño de las AVDs centrándonos en:

- Aconsejar sobre las diversas modificaciones que puede sufrir el entorno donde se realizan las actividades como por ejemplo: la altura de la cama debe ser adecuada, evitar que haya alfombras en el suelo, colocar barras asideras en la pared del baño etc....
- Presentar diferentes productos de apoyo que pueden utilizar: cubertería adaptada, banqueta para el calzado, calzador con mango alargado, pinzas alcanza objetos...
- Dar pautas necesarias sobre cómo conseguir un entorno más organizado como por ejemplo: colocar todos aquellos utensilios necesarios para la vida diaria a una altura que no obligue a hacer esfuerzos extras...
- Enseñar a identificar las distintas barreras y facilitadores que se pueden encontrar en la actividad a la hora de llevarla a cabo, como por ejemplo: poner elásticos o velcro en los pantalones, usar carros de la compra altos, llevar monedero grande para pagar, poner alzas en el W.C...

- Realizar ejercicios de psicomotricidad:

La práctica de la actividad psicomotriz en ancianos/personas mayores de 65 años es altamente beneficiosa para ellos (24). La psicomotricidad favorece aspectos que en los ancianos a medida que va pasando el tiempo y la edad va disminuyendo, como por ejemplo la coordinación o la pérdida de ritmo. Añadir que la actividad física es necesaria para desempeñar las AVDs con la mayor autonomía posible por lo tanto vamos a aplicar la psicomotricidad a los movimientos que hacemos día a día, además de favorecer un buen estado anímico y buena energía (24). Siguiendo esto en las sesiones vamos a trabajar:

- Coordinación del movimiento: Coger una pelota de goma y hacer deslizarla por diferentes partes del cuerpo...
- Equilibrio: trabajar en bipedestación tanto estática como dinámica...
- Extensión de codo: pasar una pelota al compañero...
- Amplitud de movimiento: hacer inclinaciones laterales pasando la pelota, pasar la Pica por parejas con las dos manos estando separados haciendo flexión de tronco...
- Evitar bradicinesia(25): hacer ejercicio al ritmo de la música...
- Propiocepción: coger objetos en el espacio con los ojos cerrados en sedestación y en bipedestación...
- Somatognosia/control corporal/postural: que adquieran una postura determinada...
- Control espacial: realizar un recorrido pautado previamente para coger los alimentos en el supermercado colocados en diferentes partes de la sala...
- Control temporal: andar siguiendo el ritmo de las palmadas...
- Control frontal: trabajar el lenguaje interno, la inhibición y expectancia, esperando el turno a participar...
- Resistencia a la fatiga: realizar ejercicios aeróbicos en bipedestación con una pelota, controlar la respiración mientras llevan a cabo las actividades, si se fatigan parar a descansar...
- Reflejos: coger la pelota cuando la reciben...

Desarrollo.

❖ Fase de publicitación:

En esta fase nuestro objetivo primordial va a ser el de dar a conocer el programa que vamos a realizar a la población anciana, ya que va a ser que la pueda participar en el programa, se intentará publicitarlo mostrándolo como algo novedoso y atractivo. Hay colocado un teléfono que se atenderá durante un plazo de 15 días y a través del cual se citara a todos aquellos que estén interesados. Para una posterior entrevista y valoración.

❖ Fase de selección:

En esta fase se seleccionarán los usuarios que cumplan los criterios de inclusión y que consideremos más adecuados para el programa, se llevara a cabo mediante una valoración individual que llevaremos a cabo en la reunión que tendremos con cada usuario. Se atenderán una media de 4/5 usuarios al día hasta completar el grupo de trabajo que estará compuesto por 12 usuarios. En esta evaluación inicial seguiremos un orden establecido y para todos los pacientes igual: Presentación y toma inicial de los datos-> Presentación y aplicación del índice de Barthel-> Presentación y aplicación de la escala de Tinetti-> Presentación y aplicación del Mec-> Presentación y aplicación del cuestionario de la OMS.

Con esta evaluación inicial lo que se pretende es recoger toda la información posible acerca del estado físico y cognitivo del anciano así como que ocupaciones tiene a día de hoy y en que entorno se mueve más.

Además de todo esto mantendremos contacto con los diferentes Servicios Sociales para, en el caso que fuera necesario y nosotros lo consideramos oportuno, derivarlo al servicio correspondiente.

Una vez que se hayan llevado a cabo todas las valoraciones se seleccionaran los usuarios que cumplan los requisitos de inclusión adaptándose de esta manera al perfil propuesto para realizar este programa hasta completar un grupo de 12 personas.

❖ Fase Intervención:

El desarrollo del programa va a tener lugar dos días a la semana, martes y jueves en horario de 11:00 a 13:00. Los martes se llevaran a cabo talleres que integren actividades relacionadas con "Adiestrar y asesorar el desempeño de AVDs" y los jueves se realizaran talleres que integren actividades relacionadas con la "Psicomotricidad".

- Sesiones de asesoramiento y adiestramiento del desempeño de AVDs

En las sesiones que componen dicho taller se van a llevar a cabo ejercicios en los que se ofrecen las pautas necesarias para compensar los déficits y enseñar a realizar las actividades con la mayor seguridad posible. dan pautas para compensar déficits y enseñar a realizar las actividades con la mayor seguridad posible. En este tipo de taller se van a aumentar los conocimientos, destrezas y actitudes que son necesarias para que las personas mayores de 65 años puedan desarrollar su autonomía en las actividades de la vida diaria. Se van a llevar a cabo actividades cotidianas de la vida diaria, así como introduciremos en una sesión, la adecuación del domicilio, ya que es una parte importante para mejorar el desempeño. Se realizan actividades como por ejemplo:

- Levantarse y tumbarse en la cama.
- Levantarse y sentarse en la silla/sofá.
- Ponerse y quitarse una prenda de la parte superior del cuerpo.
- Ponerse y quitarse una prenda de la parte inferior del cuerpo
- Ir a hacer la compra.
- Salir y entrar de diferentes medios de transporte.
- Ir al baño/ ducharse/ asearse.
- Movilidad por la casa.
- Movilidad por la comunidad.
- Levantarse del suelo si sufres una caída.

Además de esto emplearemos algunas sesiones para enseñar a los pacientes a como adecuar el domicilio para que les sea más fácil realizar las tareas del hogar. Se trata de sesiones que van enfocadas a instruir a los usuarios acerca de como adecuar su domicilio para hacer más fácil las tareas diarias, la accesibilidad y la prevención de riesgos (accidentes domésticos, caídas, etc.)

- Sesiones Psicomotricidad:

A lo largo del programa se llevarán a cabo doce sesiones de Psicomotricidad. Se va a trabajar la psicomotricidad enfocada desde el punto del juego en grupo. Ajustaremos las exigencias del ejercicio a las capacidades de los participantes, así mismo el terapeuta se colocara de tal manera que todos los usuarios lo vean y oigan claramente.

-Rueda de inicio: Los ancianos se sientan cada uno en una silla, el terapeuta va a guiar los ejercicios de calentamiento muscular y movilización de las articulaciones a la vez que va explicando en que va a consistir la actividad central.

-Actividad o juego grupal central: Se van a llevar a cabo actividades variadas enfocadas a modo de juegos adaptados, por ejemplo el juego del pañuelo, el juego de las sillas o los bolos, además al ser personas mayores, integraremos actividades de relajación entre las actividades dinámicas para evitar el sobreesfuerzo de estas personas.

-Rueda de finalización: Para terminar la sesión, se volverán a sentar en las sillas y realizara la vuelta a la calma, que consistirá en una movilización de todo el cuerpo, igual que en el calentamiento, pudiendo incluir algún material adicional, como pelotas, aros, etc....

Recursos necesarios para llevar a cabo el programa:

- Recursos materiales:

- La residencia donde llevemos a cabo el programa cuenta con una sala bastante amplia en la que tendremos todo el material necesario para realizar las sesiones, en una parte de la sala tendremos una cama, una estantería...etc. donde hacer las sesiones para trabajar las AVDs, el resto de la sala la emplearemos para las sesiones de psicomotricidad. Además dispondrá de un pequeño despacho donde pasar las evaluaciones. Mantendremos la sala siempre recogida, evitando que haya obstáculos que puedan hacer caer a los ancianos.

- Diversos productos de apoyo nombrados en las sesiones de intervención.
- Sillas para los pacientes.
- Folios y bolígrafos para las sesiones de evaluación.
- Pelotas de diferentes tamaños para las sesiones de intervención.
- Picas para las sesiones de intervención.

- Recursos humanos:

- Terapeuta ocupacional en formación y una tutora que haga el seguimiento.
- Pacientes que participan en el programa.

Evaluación del programa:

➤ Evaluación del proceso:

En primer lugar se va a evaluar la demanda que ha tenido el programa dentro de la comunidad, basándonos en el número de personas que se pusieron en contacto con nosotros a través del teléfono que venía adjunto en el folleto.

➤ Evaluación de los resultados esperables del programa:

Al finalizar el programa se realizara una evaluación a cada uno de los pacientes que han participado, usando los mismos instrumentos que se llevaron a cabo en la evaluación inicial, de esta forma veremos si se cumplen los objetivos a corto plazo.

Para evaluar si se han cumplido los objetivos a largo plazo u objetivo general solo lo podremos llevar a cabo haciendo un estudio comparativo sobre el estado de salud que tienen los ancianos que han participado en el programa, con un grupo de referencia, dentro de este colectivo, para demostrar que la intervención ha supuesto una mejoría en la calidad de vida de estas personas.

Tomando como prueba un programa basado en la formación sobre hábitos saludables en personas mayores, cuyo título es "Lifestyle Redesign Program" se puede observar que el estado de salud de las personas mayores de 65 años mejora, gracias a la realización de ocupaciones significativas en su vida, de forma significativa (90%) respecto al estado de salud inicial.(26).

Para acabar y tomando como prueba otro programa, en este caso basado en la actividad física como medio para conseguir el bienestar en personas mayores de 65 años se pudo observar que estas personas bajaron sus niveles tanto de hipertensión como de glucemia.(27).

➤ Evaluación de satisfacción:

Para evaluar la satisfacción de los usuarios vamos a realizar dos tipos de evaluación, una de ellas la llevaremos a cabo cada 15 días y la haremos de forma oral, iremos preguntando a los pacientes mientras realizamos la sesión, apuntaremos todo lo que nos expresen realizándoles tres preguntas básicas:

- Qué es aquello que mejorarían del programa.
- Echan en falta algún tipo de actividad que les gustaría llevar a cabo o información que necesiten.
- Qué eliminarían o cambiarían del programa.

Y una segunda evaluación que pasaremos una vez que hayamos finalizado el programa.

Conclusiones.

❖ Respecto a las novedades que aporta el programa

Primera. Es un programa que no solo se basa en la promoción de la actividad física en si misma o en la promoción de hábitos saludables, es decir en este programa sí que se va a llevar a cabo ambas actividades repartidas a lo largo de la duración del programa, de esta manera considero que podrían trabajar y cubrir todas las necesidades que existen en el área de ocupación en la vida diaria.

Segunda. Mediante este programa conseguiremos prevenir también patologías asociadas al envejecimiento mediante la promoción de hábitos saludables, ya que como está expuesto arriba, en el programa va a haber personas ancianas que disponen de un buen estado de salud.

❖ 5.2 Aportaciones más relevantes

Primera. Mantener tanto las funciones cognitivas como las funciones físicas es algo que necesita una dedicación constante a lo largo del tiempo, por lo tanto cuanto antes tomen el control de sus hábitos las personas mayores antes podrán mejorarlos.

Segunda. Tener una vejez saludable implica mantener la salud en la senectud y conseguir una prevención de la dependencia tanto física como cognitiva el mayor tiempo posible por lo que se vuelve prioritario abordar el tema de la salud desde el punto de la prevención. Aunque el envejecimiento es algo que no se puede evitar lo que sí que podemos hacer es que sea lo más saludable posible y aumentar de esta manera la calidad y la esperanza de vida.

Tercera. Formar a las personas mayores en los hábitos de salud, el estado cognitivo y el estado físico en altamente beneficioso ya que gracias a ello pueden conservar la memoria, mejorar la salud, mantener la autoestima, ser independientes, tener libertad etc.... Con esto conseguimos prevenir la aparición de sintomatología asociada como puede ser la depresión.

Cuarta. Si lo que buscamos es que los ancianos tengan una mayor calidad de vida es indispensable prevenir el aislamiento social. Un anciano que participa y tiene una vida social activa se encuentra más motivado y ello le permite tener iniciativa más iniciativa y participar de forma más activa en su comunidad.

Quinta. Con la terapia ocupacional vamos a conseguir mantener la capacidad funcional, la participación social y la calidad de vida de las personas mayores de 65 años que viven y actúan dentro de la comunidad.

❖ 5.3 Limitaciones previsibles

Primera. Que no se produzca toda la demanda que esperamos cumplir o que por el contrario haya una demanda excesiva por parte de los usuarios limitaría de forma importante la forma de llevar a cabo el programa propuesto.

Segunda. Esta intervención que llevamos a cabo exige una colaboración activa del anciano para cerciorarnos de que, el usuario ponga en práctica los conocimientos que ha aprendido en este tiempo, al finalizar el programa.

Bibliografía.

1. Gill TM, Allore HG, Holford TR, Guo Z. Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons. JAMA. 2004; 292(17):2115-24.
2. Giró Miranda J. Envejecimiento, autonomía y seguridad. Logroño: Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones; 2007. [Pág. 121-150].
3. Caídas [internet]. Organización mundial de la salud; 2012. [Consulta el 25 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
4. Ribera Casado JM. Verga G. Enfermería Geriátrica. Editorial Idepsa. Madrid 1991: 192--207.
5. Espinosa Brito A. Ramos Cabrera J. Temas de Geronto-Geriatria. Editorial Finlay. Cienfuegos 1990:
6. Salgado Alba A. Guillen Llera F. Díaz L. Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica. Barcelona. 1986.
7. Flórez Tascón FJ. López Ibor JM. Saber envejecer. Editorial Planeta de Agostini S.A. España 1996:35-44.
8. García Antón MA, Campos Dompedroi JR, Fernández Rodríguez AM, Matilla Mora R, Merino Alainez M, Molinero Aguilera S, et al. Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes. Madrid: International, Marketing & Communication, S.A.; 2013.
9. Boletín informativo: prevención de las caídas en las personas de edad avanzada [internet]. Atenas: EUNESE. [Consulta el 02 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/caidas.pdf>
10. Falls prevention in older adults [internet]. New York: The American Geriatrics Society; 2014 [Consulta el 02 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/2010/
11. Envejecimiento activo, calidad de vida y solidaridad intergeneracional [internet]. San Sebastián. [Consulta el 12 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.matiafundazioa.net/documentos/ficheros/Curso_Verano.pdf
12. Cruz-Jentoft AJ, Franco A, Sommer P, Baeyens JP, Jankowska E, Maggi A, et al. Artículo especial: European Silver Paper. Documento europeo sobre el futuro de la promoción de la salud y las acciones preventivas, la investigación básica y los aspectos clínicos relacionados con el envejecimiento. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009; 44: 61.
- 13.. Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB, Willard HS, Spackman CS. Terapia ocupacional. 11ª ed. Buenos aires: Editorial Médica Panamericana; 2011.

14. Vidal García Alonso J, Valdominos Pastor V, Herrera Santos PA, Rodríguez-Porrero Miret C, Rodríguez Mahou C, Redondo Martín-Aragón JA, et al. ¡Pregúntame sobre accesibilidad y Ayudas técnicas! [internet]. Valencia: Ministerio de trabajo y asuntos sociales. [Consultado el 14 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/preguntame.pdf>
15. Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL. The Spanish versions of the Barthel Index (BI) and the Katz Index (KI) of activities of daily living (ADL): A structured review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2009; (49): 77-84.
16. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Am Geriatr Soc*. 1986;34:119-126
17. Vidan MT, Cuestionario de la Organización mundial de la salud para el estudio de las caídas en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1993;(28):41-48.
18. López Miquel J, Martí Agustí G. Mini-Examen Cognoscitivo. *Rev Esp Med Legal*. 2011; 37 (3): 122-127
19. Ávila Álvarez A, Martínez Piedrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: dominio y proceso. 2da edición [traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en internet]. 2010 [consultado el 17 noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). *Occupational therapy practice framework: Domain and process* (2nd ed.)
20. Polonio López B. Conceptos filosóficos de Terapia ocupacional. En: Polonio López B, Durante Molina P, Noya Arnai B. et al. *Conceptos fundamentales de Terapia ocupacional*. Madrid. Editorial médica panamericana; 2003, 35-48.
21. Durante Molina P. Modelos para la práctica. En: Durante Molina P, Tarrés P. *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*. 3ªed. Barcelona. Masson; 2010, 12-28.
22. DeGolia P. An Alternative View of Health Promotion and Disease Prevention in Eldercare. En: De Golia P, Artnik B, Bigec M, Bjegovic V, Breckenkamp J. et al. *Health Promotion and Disease and Disability Prevention Statement*. Skopje. Ilija Gligorov; 2007:708-722
23. Gómez Tolón J. Modelos de enfoque orgánico mentalista. En: Gómez Tolón J. *Fundamentos metodológicos de la T.O*. Zaragoza: mira editores; 1997:91-105.
24. Del Río V. *Manual práctico de psicomotricidad para personas mayores*. Madrid: Dilema; 2004.
25. Sherrington C, Henschke N. Why does exercise reduce falls in older people? Unrecognised contributions to motor control and cognition?. *Br J Sports Med* 2013; 47: 730.
26. Alcántara Porcuna V. The University of Southern California (USC) Well Elderly Study Clinical Trial. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2010 [Consultado el 23 noviembre de 2015]; 7(12): [Pág.16]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num12/pdfs/revision.pdf>.

27. Salinas C Judith, Bello S Magdalena, Flores C Alvaro, Carbullanca L Leandro, Torres G Mónica. Actividad física integral con adultos y adultos mayores en Chile: resultados de un programa piloto. Rev. chil. nutr. [revista en la Internet]. 2005 Diciembre [consultado 23 noviembre de 2015];3 2(3): 215-224. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182005000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182005000300006>

ANEXOS

Anexo 1:

Diseño del cartel y folletos que se utilizaran para publicitar el programa.

Taller ocupacional de promoción de la salud



Enfocado a la prevención de caídas mediante talleres de psicomotricidad y asesoramiento en las actividades de la vida diaria



En la residencia San José, todos los martes y jueves de abril y mayo, de 11:00 a 13:00 horas.



**Para mayores de 65 años
Llama e infórmate
976 XX XX XX**

Anexo 2:

Índice de Barthel.

| Item | Situación del paciente | Puntos |
|---|--|--------|
| Comer | - Totalmente independiente | 10 |
| | - Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. | 5 |
| | - Dependiente | 0 |
| Lavarse | - Independiente: entra y sale solo del baño | 5 |
| | - Dependiente | 0 |
| Vestirse | - Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos | 10 |
| | - Necesita ayuda | 5 |
| | - Dependiente | 0 |
| Arreglarse | - Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. | 5 |
| | - Dependiente | 0 |
| Deposiciones (Valórese la semana previa) | - Continencia normal | 10 |
| | - Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas | 5 |
| | - Incontinencia | 0 |
| Micción (Valórese la semana previa) | - Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta | 10 |
| | - Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda | 5 |
| | - Incontinencia | 0 |
| Usar el retrete | - Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa | 10 |
| | - Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo | 5 |
| | - Dependiente | 0 |
| Trasladarse | - Independiente para ir del sillón a la cama | 15 |
| | - Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo | 10 |
| | - Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo | 5 |
| | - Dependiente | 0 |
| Deambular | - Independiente, camina solo 50 metros | 15 |
| | - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros | 10 |
| | - Independiente en silla de ruedas sin ayuda | 5 |
| | - Dependiente | 1 |
| Escalones | - Independiente para bajar y subir escaleras | 10 |
| | - Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo | 5 |
| | - Dependiente | 0 |
| Total: | | |

| Resultado y grado de dependencia | |
|----------------------------------|---------------|
| < 20 | Total |
| 20-35 | Grave |
| 40-55 | Moderado |
| >= 60 | Leve |
| 100 | Independiente |

Máxima puntuación: 90 (si va en silla de ruedas)

Anexo 3:

Escala de Tinetti:

Instrucciones para la utilización de la escala: El paciente se va a colocar sentado en una silla sin reposabrazos.

Se le pregunta si tiene miedo a caerse.

- Parte 1: Equilibrio

Escala de Tinetti para equilibrio

| | |
|--|--|
| Equilibrio (el sujeto está sentado en una silla rígida, sin apoyo para brazos) | |
| 1. Equilibrio sentado | |
| 0 -se inclina o se desliza de la silla | |
| 1 - está estable y seguro | |
| 2. Levantarse de la silla | |
| 0 - es incapaz sin ayuda | |
| 1 - se debe ayudar con los brazos | |
| 2 - se levanta sin usar los brazos | |
| 3. En el intento de levantarse | |
| 0 - es incapaz sin ayuda | |
| 1 - es capaz pero necesita más de un intento | |
| 2 - es capaz al primer intento | |
| 4. Equilibrio de pie (los primeros 5 segundos) | |
| 0 - inestable (vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tronco) | |
| 1 - estable gracias al bastón u otro auxilio para sujetarse | |
| 2 - estable sin soporte o auxilios | |
| 5. Equilibrio de pie prolongado | |
| 0 - inestable (vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tronco) | |
| 1 - estable pero con base de apoyo amplia (maléolos mediales mayor a 10 cm) o usa auxiliar | |
| 2 - estable con base de apoyo estrecha, sin soporte o auxilios | |
| 6. Romberg sensibilizado (con ojos abiertos, pies juntos, empujar levemente con la palma de la mano sobre el esternón del sujeto en 3 oportunidades) | |
| 0 - comienza a caer | |
| 1 - oscila, pero se endereza solo | |
| 2 - estable | |
| 7. Romberg (con ojos cerrados e igual que el anterior) | |
| 0 - inestable | |
| 1 - estable | |
| 8. Girar en 360° | |
| 0 - con pasos disminuidos o movimiento no homogéneo | |
| 1 - con pasos continuos o movimiento homogéneo | |
| 0 - inestable (se sujeta, oscila) | |
| 1 - estable | |
| 9. Sentarse | |
| 0 - inseguro (equivoca distancia, cae sobre la silla) | |
| 1 - usa los brazos o tiene movimiento discontinuo | |
| 2 - seguro, movimiento continuo. | |
| Puntaje de equilibrio: ____ / 16 | |

➤ Parte 2:Marcha:

Instrucciones: El paciente se colocara en bipedestación y se le va a pedir que camine a su paso habitual y que vuelva con "paso rápido, pero seguro" (podrá utilizar las ayudas técnicas que lleve de forma habitual, como por ejemplo el andador o el bastón.

Escala de Tinetti para la marcha

| | |
|--|--|
| <p>MARCHA (el paciente está de pie; debe caminar a lo largo, inicialmente con su paso habitual, luego con un paso más rápido pero seguro. Puede usar auxilios).</p> | |
| <p>10. Inicio de la deambulación (inmediatamente después de la partida)</p> <p>0 - con una cierta inseguridad o más de un intento</p> <p>1 - ninguna inseguridad</p> | |
| <p>11. Longitud y altura de paso</p> <p>Pie derecho</p> <p>0 -durante el paso el pié derecho no supera al izquierdo</p> <p>1 -el pié derecho supera al izquierdo</p> <p>0 - el pié derecho no se levanta completamente del suelo</p> <p>1 - el pie derecho se levanta completamente del suelo</p> <p>Pié izquierdo</p> <p>0 -durante el paso el pié izquierdo no supera al derecho</p> <p>1 -el pié izquierdo supera al derecho</p> <p>0 - el pié izquierdo no se levanta completamente del suelo</p> <p>1 - el pie izquierdo se levanta completamente del suelo</p> | |
| <p>12. Simetría del paso</p> <p>0 - el paso derecho no parece igual al izquierdo</p> <p>1 - el paso derecho e izquierdo parecen iguales</p> | |
| <p>13. Continuidad del paso</p> <p>0 - interrumpido o discontinuo (detenciones o discordancia entre los pasos)</p> <p>1 - continuo</p> | |
| <p>14. Trayectoria</p> <p>0 - marcada desviación</p> <p>1 - leve o moderada desviación o necesita auxilios</p> <p>2 - ausencia de desviación y de uso de auxilios</p> | |
| <p>15. Tronco</p> <p>0 - marcada oscilación</p> <p>1 - ninguna oscilación, pero flexión rodillas, espalda y abre brazos durante la marcha</p> <p>2 - Ninguna oscilación ni flexión ni uso de brazos o auxilios</p> | |
| <p>16. Movimiento en la deambulación</p> <p>0 - los talones están separados</p> <p>1 - los talones casi se tocan durante la marcha</p> | |
| <p>Puntaje marcha: ____ / 12</p> | |
| <p>SUMA DE PUNTAJES: EQUILIBRIO + MARCHA: ____ / 28</p> | |
| <p>Notas: _____</p> <p>_____</p> | |

Anexo 4:

Cuestionario de caídas de la organización mundial de la salud (OMS)

CUESTIONARIO DE LA OMS PARA EL ESTUDIO DE CAÍDAS EN EL ANCIANO (OMS, 1989)

Numero de historia: _____

Fecha de estudio: _____

Hora del estudio: _____

Examinador: _____

— Nombre: _____

— Título: _____

— Procedencia del paciente: _____

1. Institución: _____

2. Comunidad (AD-CS): _____

3. Domicilio: _____

4. Otro (precisar): _____

A) Datos personales

1. Apellidos: _____ Nombre: _____

2. Sexo: _____ 1 = M / 2 = F _____

3. Talla: _____ cm _____

4. Peso: _____ Kg.

5. Año de nacimiento _____

6. Estado civil:

☐ a) Casado o vive en pareja

☐ b) Viudo

☐ c) Separado o divorciado

☐ d) Soltero

7. Profesión ejercida _____

8. Practica regular de algún deporte:

Cual: _____

Con que frecuencia _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Teléfono del médico de cabecera: _____

Habitat:

- ☐ 1. Medio urbano
- ☐ 2. Medio rural
- ☐ 3. Pueblo
- ☐ 4. Aislado

Actividad:

- ☐ 1. Encamado
- ☐ 2. Se mueve solo por casa
- ☐ 3. Sale de casa
- ☐ 4. Sale para hacer compras
- ☐ 5. Sale para pasear
- ☐ 6. Puede realizar actividades básicas de la vida diaria (comer, vestirse, asearse).

ANÁLISIS FUNCIONAL

¿Presenta usted dificultad para...?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Sostenerse de pie | <input type="checkbox"/> 11. Utilizar ambos brazos |
| <input type="checkbox"/> 2. Sentarse o levantarse de la silla | <input type="checkbox"/> 12. Oír |
| <input type="checkbox"/> 3. Mantenerse sentado | <input type="checkbox"/> 13. Ver |
| <input type="checkbox"/> 4. Recojer un objeto del suelo | <input type="checkbox"/> 14. Hablar |
| <input type="checkbox"/> 5. Levantarse | <input type="checkbox"/> 15. Comprender las señales de tráfico |
| <input type="checkbox"/> 6. Andar | <input type="checkbox"/> 16. Realizar esfuerzos |
| <input type="checkbox"/> 7. Correr | <input type="checkbox"/> 17. Memorizar |
| <input type="checkbox"/> 9. Utilizar ambas manos | <input type="checkbox"/> 18. Prestar atención |
| 10. Precisar: | <input type="checkbox"/> 19. Orientarse en el tiempo |
| <input type="checkbox"/> Derecha | <input type="checkbox"/> 20. Orientarse en el espacio |
| <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> 21. ¿Se siente Usted deprimido? |

¿Padece usted alguna enfermedad?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Cardiovascular | <input type="checkbox"/> 5. De la vista |
| <input type="checkbox"/> 2. Osea de articular | <input type="checkbox"/> 6. De los pies |
| <input type="checkbox"/> 3. Neurológica | <input type="checkbox"/> 7. Psíquica |
| <input type="checkbox"/> 4. De audición | <input type="checkbox"/> 8. Otras (precisar naturaleza) |

Fármacos

Tratamiento actual: _____

Nombre de todos los medicamentos utilizados y dosis (precisar todos los medicamentos consumidos por el paciente en la semana previa a la caída): _____

Numero total: _____

B) La caída

1. ¿Es la primera caída?

- ☐ 0. No
☐ 1. Si
☐ 2. No lo sabe _____

2. ¿Se ha caído usted en los últimos seis meses?

- ☐ 0. No
☐ 1. Si
☐ 2. No lo sabe
☐ Si se ha caído ¿cuántas veces?

3. ¿Ha cambiado su modo de vida como consecuencia de la caída?

- ☐ 0. No
☐ 1. Si

Si lo ha hecho, explique en qué:

4. ¿Tiene usted miedo de volver a caerse?

- ☐ 0. No
☐ 1. Si
☐ 2. No lo sabe

5. Información sobre las características de la caída:

5.1. Lugar de la caída

- ☐ 1. Domicilio (en el interior)
☐ 2. Domicilio (en el exterior, terraza...)
☐ 3. En la calle.
☐ 4. En un lugar público (en el interior)
☐ 5. En un lugar público (en el exterior) _____
1. Se trata de un lugar familiar/habitual
2. Se trata de un lugar no familiar _____

5.2. Iluminación del lugar de la caída

- ☐ 1. Bien iluminado
- ☐ 2. Mal iluminado

5.3. Momento de la caída

Precisar día y mes _____

- Momento del día: ☐ 1. Mañana
☐ 2. Tarde
☐ 3. Noche (precisar hora)

5.4. Condiciones metereológicas

- ☐ 1. Lluvia
- ☐ 2. Nieve
- ☐ 3. Viento
- ☐ 4. Hielo
- ☐ 5. Muy soleado
- ☐ 6. Ninguno de los anteriores _____

5.5. Condiciones del suelo

- ☐ 1. Liso
- ☐ 2. Resbaladizo
- ☐ 3. Irregular
- ☐ 4. Pendiente
- ☐ 5. Escaleras
- ☐ 6. Ninguna de las anteriores _____

5.6. Tipo de calzado

- ☐ 1. Descalzo
- ☐ 2. Zapatillas
- ☐ 3. Zapatos
- ☐ 4. Otro (precisar) _____
- ☐ 5. No recuerda _____

5.7. ¿Había algún objeto capaz de favorecer la caída?

- ☐ 0. No
- ☐ 1. Si

5.7 bis. Precisar la naturaleza de dicho objeto.....

¿Había sido instalado recientemente?

- ☐ 0. No
- ☐ 1. Si
- ☐ 2. No sabe _____

5.8. Tipo de caída

- ☐ 1. Mareo
 - ☐ 2. Aparentemente accidental
 - ☐ 3. Totalmente sorpresa
 - ☐ 4. Provocada por terceros (animal, empujado por otra persona...)
 - ☐ 5. No puede decirlo
 - ☐ 6. Otros (precisar) _____
-

5.9. Actividad de la persona en el momento de la caída.

5.10. Mecánica de la caída

- ☐ 1. Hacia delante
- ☐ 2. Hacia atrás
- ☐ 3. Hacia un lado
- ☐ 4. De cabeza
- ☐ 5. Sentado
- ☐ 6. Sobre las manos
- ☐ 7. Sobre los brazos

5.11. ¿Presenció alguien la caída?

- ☐ 0. No
- ☐ 1. Sí
- ☐ En caso afirmativo precisar quién _____

5.12. ¿Se cayó cuan largo es?

- ☐ 0. No
- ☐ 1. Sí
- ☐ De su cama _____

5.13. ¿Tropezó con algún objeto?

- ☐ 0. No
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No lo sabe _____

5.14. ¿Como era el suelo?

- ☐ 1. Duro
- ☐ 2. Blando
- ☐ 3. Si se ha caído sobre un objeto, precisar de cuál se trata _____

5.15. ¿Cuanto tiempo ha permanecido en el suelo?

- ☐ 1. Se levanto inmediatamente
- ☐ 2. Unos minutos
- ☐ 3. Menos de una hora
- ☐ 4. Mas de una hora
- ☐ 5. Más de 12 horas
- ☐ 6. No puede decirlo _____

5.16. ¿Pudo levantarse?

- ☐ 0. No
- ☐ 1. Si, con ayuda
- ☐ 2. Si, solo _____

5.17. Consecuencias inmediatas de la caída

- ☐ 1. Ninguna
- ☐ 2. Herida superficial o contusión
- ☐ 3. Fractura y otras consecuencias graves
- ☐ 4. Traumatismo craneal
- ☐ 5. Defunción _____

) Contacto con el sistema sanitario

1. Alarma

a) ¿Por quien fue dada?

- ☐ 0. Telealarma o televigilancia
- ☐ 1. Por la propia persona
- ☐ 2. Por un familiar (precisar quién)
- ☐ 3. Por un vecino
- ☐ 4. Por un testigo _____

b) ¿A quien?

- ☐ 1. Al médico de familia/cabecera
- ☐ 2. Servicio de urgencias
- ☐ 3. Bomberos
- ☐ 4. Ambulancia privada
- ☐ 5. Servicio medico ambulatorio _____

2. Acontecimientos inmediatos

a) ¿Ha recibido algún tipo de cuidado medico?

- ☐ 0. No
- ☐ 1. Si

En caso afirmativo:

- ☐ 1. En consulta externa
 - ☐ 2. En domicilio
 - ☐ 3. En el hospital _____
-

Si en el domicilio o en consulta:

- ☐ 1. Por el médico de cabecera
- ☐ 2. Por el generalista de guardia
- ☐ 3. Por un especialista
- ☐ 4. Por una enfermera
- ☐ 5. Por otra persona (precisar).....

Si en el hospital:

- ☐ Ha sido hospitalizado
- ☐ 1. De forma urgente
- ☐ 2. Posteriormente

En que servicios ha sido hospitalizado:

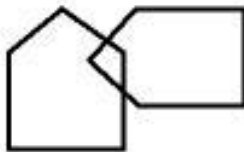
- ☐ 1. _____
- ☐ 2. _____
- ☐ 3. _____
- ☐ 4. _____

b) Destino de la persona tras la caída (en el momento de la encuesta)

- ☐ 1. Domicilio sin apoyo
- ☐ 2. Domicilio con algún tipo de apoyo (precisar presentaciones)
- ☐ 3. Al cuidado de los familiares
- ☐ 4. Hospital
- ☐ 5. Residencia de válidos
- ☐ 6. Centro de rehabilitación
- ☐ 7. Residencia asistida.

Anexo 5:

Mini examen cognoscitivo de lobo (MEC)

| "MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO" | |
|--|---------------------|
| Paciente | Edad |
| Ocupación | Examinado por |
| Escolaridad | Fecha |
| ORIENTACIÓN | |
| "Dígame el día Fecha Mes Estación Año" | PUNTOS (5) |
| "Dígame el Hospital (o el lugar) Planta" | |
| Ciudad Prov. Nación" | (5) |
| FIJACIÓN | |
| "Repita estas 3 palabras: Presenta-Caballo-Manzana" (Repetirlas hasta que las aprenda)" | (3) |
| CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO | |
| "Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando?" | (5) |
| "Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda) | |
| "Ahora hacia atrás"" | (3) |
| MEMORIA | |
| "¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?" | (3) |
| LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN | |
| Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj" | (2) |
| "Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros"" | (1) |
| "Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?"" | |
| "¿Qué son un perro y un gato?"" | (2) |
| "Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa"" | (3) |
| "Lea esto y haga lo que dice", CIERRE LOS OJOS" | (1) |
| "Escriba una frase"" | (1) |
| "Copie este dibujo": | |
|  | |
| | (1) |
| PUNTUACIÓN TOTAL (35) | |
| Nivel de conciencia | |
| Ciego | Sordo |
| Otros | |

Anexo 6:

Sesiones de Intervención: Sesiones tipo de adiestramiento y asesoramiento en la ejecución de AVDs y de sesiones de Psicomotricidad. A continuación mostrar una sesión tipo, tanto de un apartado como del otro. Todas las sesiones que se lleven a cabo en este programa, llevarán una estructura igual a la descrita en este ejemplo.

- Sesiones tipo de Adiestramiento y asesoramiento en la ejecución de las AVDs.

- Objetivo de la sesión: Adiestramiento en la ejecución de AVDs; movilidad funcional: tumbarse y levantarse de la cama.

- 5 minutos (min.): Rueda de entrada:

Se explica en qué consiste la sesión de hoy y se realiza un pequeño calentamiento, movilidad articular.

- 5 min: Escogemos a un usuario para que nos cuente como lleva él a cabo el ejercicio de levantarse y tumbarse en la cama. Es importante que mientras lo hace, lo verbalice, para reforzar más los conceptos. Una vez terminado, cogeremos a un segundo voluntario y le pediremos lo mismo, de esta manera podremos ver diferentes formas de realizar una misma acción.

- 30 min.: Adiestramiento de la actividad.

Hay que dejarles claro que deben ser conscientes de los movimientos que están llevando a cabo al realizar el ejercicio y a continuación se pasa a explicarles cuál es la forma correcta de entrar y salir de la cama. A continuación lo irán repitiendo todos ellos.

Forma correcta:

1. Levantarse de la cama:

Han de colocarse lo más cerca posible del borde de la cama, una vez ahí, sacar las piernas fuera de la cama mientras se ayudan con el codo más cercano al borde para levantar el tronco. Utilizar el otro brazo para acabar de incorporarse del todo, realizar el movimiento despacio, o esperar antes de poner los pies en el suelo, evitando así un posible mareo y la posterior caída.

Una vez con el cuerpo erguido, deslizarse hacia el borde de la cama hasta apoyar las plantas de los pies en el suelo, con las rodillas separadas para tener una buena base de sustentación. Por último, impulsarse para levantarse.

2. Tumbarse:

Para tumbarse en la cama, los pasos son más cortos y sencillos. Sentarse en el bode de la cama, a continuación inclinar el tronco y apoyar el codo en la cama a la vez que damos impulso a las piernas, acabar por apoyar el cuerpo entero en la cama de forma lenta.

- 5 min: barreras, facilitadores y ayudas técnicas:

Iremos explicando las diferentes ayudas técnicas, barreras y facilitadores que pueden tener a la hora de realizar el ejercicio, haciendo que ellos comenten como lo tienen en casa. La cama tiene que tener un colchón duro para evitar que se hundan al apoyarse, la altura de la cama debe ser la adecuada, que seria a la altura de las rodillas.

El uso del nórdico o edredón facilita la movilidad en la cama, en lugar de utilizar varias mantas.

Si existe fuerza en los brazos, se puede utilizar un triangulo, que se ancla a la cabecera de la cama y nos permite ayudarnos a levantarnos, si por el contrario lo que falta es fuerza para sentarse e incorporarse en la cama, lo recomendable es el uso de un asidero; que estará colocado bajo el colchón. Por último si se dispone de una cama articulada, la elevación del cabecero nos ayudará a incorporar el tronco y poder levantar el resto del cuerpo.

- 5 min: Vuelta a la calma: Daremos la sesión por concluida, aclararemos todos los conceptos que generen dudas y seguiremos con el programa.

➤ Sesiones tipo de Psicomotricidad.

- Objetivo de la sesión: Trabajar el esquema corporal, la respiración, la propiocepción y la coordinación.

- 5 minutos: Rueda de entrada: Se explica en que va a consistir la sesión que toca y se realiza un pequeño calentamiento, movilidad articular de todo el cuerpo.

- 30 min: Parte principal: Se realizan varios ejercicios dentro de la parte principal de la sesión.

En primer lugar vamos a trabajar con Picas de distintos colores. Les pedimos que se fije bien en el color de pica que les ha tocado, ya que más adelante lo necesitaran saber. Empezamos con la flexión de hombro; colocamos las manos con las palmas hacia abajo, codos estirados y vamos a llevar la pica a la flexión máxima. La bajada la haremos de forma lenta y suave para que ellos mismos sientan lo que sucede con su cuerpo al realizar este movimiento.

A continuación, cambiamos el agarre y colocamos las palmas de las manos hacia arriba, ahora vamos a realizar flexo-extensión de codo. De nuevo el movimiento debe ser lento y suave.

Para acabar con las picas trabajaremos por último el movimiento de desviación cubital y radial. Con la pica en la mano, cogida de tal manera que el pulgar mire adelante, dejamos el codo en flexión de 90° pegado al tronco y moveremos la muñeca, alternando desviación cubital y radial. Primero una mano y luego la otra.

Finalizamos con el trabajo de picas; ahora realizaremos unos pequeños estiramientos que nos van a servir también para flexibilidad articular. Entrelazamos las manos, con los brazos pegados al cuerpo y el codo en flexión de 90° y realizaremos flexo-extensión de muñeca. Es el momento de recordar los colores de la pica. Cada color va a ir asociado a un tipo de movimiento, por ejemplo si decimos el color verde, aquellos que tuvieran la pica de color verde, tendrán que apretar y relajar los puños fuertemente, los de color rojo, colocaran las manos en sus clavículas y realizaran círculos con los codos y así sucesivamente con los distintos colores. De esta forma trabajaremos con ellos también la memoria. Con el objetivo de que todos hagan todos los ejercicios asociados a los colores, iremos cambiando las ordenes según los colores, por ejemplo ahora los que tenían la pica verde, realizaran los círculos con los codos y los de la roja, apretar y relajar los puños fuertemente; así con todos los colores. Todos estos ejercicios se realizarán de forma suave, lenta y controlando la respiración.

Pasamos a trabajar los miembros inferiores; es importante que recuerden que ejercicios hacemos. Todos estos ejercicios los van a realizar en posición de sedestación para evitar caídas. Primero les pediremos que pisen el suelo con la punta, lo más fuerte posible. El objetivo es que sientan como se contraen los músculos al forzarlos. Después de realizar varias repeticiones, van a realizar extensión activa de cuádriceps, han de subir y bajar la pierna suave y lentamente. El último ejercicio que van a realizar será levantar cada uno de los glúteos de la silla, lo haremos de forma alterna, se apoyan en el reposabrazos de la silla y levantar el glúteo.

Una vez que hayamos realizados cada uno de los ejercicios, con sus respectivas repeticiones, vamos a combinar estos tres ejercicios a ritmo de las palmas. Cuando el terapeuta da una palmada solo, pisar el suelo, cuando son dos, levantar las dos piernas a la vez (extensión de cuádriceps) y cuando sean tres palmadas, levantaremos los glúteos.

Para acabar con la sesión, utilizaremos la caja china y nuestras manos. Haremos un ejercicio en el que intercalaremos movimientos del tren inferior y superior. El terapeuta va a combinar movimientos con la mano, con golpes en la caja china. Cada movimiento se asocia a un tipo de ejercicio. Cuando el terapeuta levante la mano derecha, los ancianos deben realizar giros con los codos, tal y como se ha hecho durante la sesión, cuando levante la mano izquierda, realizaran pronación y supinación de antebrazo, por ultimo si levanta las dos manos a la vez, realizaran una flexo-extensión de hombro. Los movimientos asociados a los golpes en la caja china son del

tren inferior; Un golpe pisar fuerte con la punta de los pies, dos golpes, levantar de forma vertical la pierna, tres golpes giros de los tobillos.

Iremos intercalando todos los movimientos para que muevan las diferentes partes del cuerpo y les ayude a ellos a seguir una secuencia y asociar un movimiento a una directriz.

- 5 min: Vuelta a la calma: Daremos la sesión por concluida, aclararemos todos los conceptos que generen dudas y seguiremos con el programa.

Anexo 7:

Encuesta de Satisfacción Personal

Marcar con una X la casilla que considere oportuna.

| Contenido | Bien | Normal | Mal |
|--|-------------|---------------|------------|
| El contenido se ha explicado correctamente. | | | |
| Los temas han sido útiles para la vida cotidiana. | | | |
| Docente | | | |
| La docente conoce la materia impartida en el programa. | | | |
| La docente me motiva para participar. | | | |
| La docente capta mi atención. | | | |
| Satisfacción | | | |
| Estoy satisfecho de haber participado en las sesiones. | | | |
| La duración del programa es el adecuado. | | | |
| Considero que me va a servir en mí día a día. | | | |

Por favor escriba brevemente alguna sugerencia, y lo que más o menos le ha gustado: