



Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2011 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO

PROGRAMA DE ATENCIÓN COMUNITARIA/ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS DEPENDIENTES.

Autor/a: Susana Almazán Domínguez.

Tutor/a: Juan Francisco León Puy.

CALIFICACIÓN.

INTRODUCCIÓN.

¿Qué se quiere hacer?

Desarrollo de programa de atención domiciliaria para personas dependientes a través de los recursos que aporta a las familias la "Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia", con el objetivo de aumentar la autonomía personal de las personas participes del programa y sus familias y/o cuidadores, a través de actuaciones domiciliarias, del equipo multiprofesional.

Identificación de valores y realidad local:

Basándonos en entrevistas a la comunidad, estadísticas de envejecimiento (Ref. Bibliográfica; Estrategias para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi), etc. se observa que la mayor parte de la población con la que vamos a trabajar (personas que hayan adquirido la condición de dependientes, en alguno de los grados y niveles que establece la "Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia", y sus familias), quieren conservar o aumentar su nivel de autonomía personal y seguir siendo participes de esa comunidad sin tener que variar de lugar de residencia (domicilio familiar a residencia), de roles (de ejercer rol de abuelo a depender del cuidado de los hijos), etc.

El número de personas que requieren apoyo para la realización de sus AVDs, debido a la pérdida o disminución de las funciones, por patologías adquiridas, innatas y/o envejecimiento. Se ha visto aumentado en los últimos años, con repercusión en la comunidad por familias que se ven afectadas por estas circunstancias, con la consecuente carga familiar para el cuidador, abandono en muchas ocasiones del puesto de trabajo para ejercer de cuidador), para encargarse del cuidado de los familiares, etc.

¿Cuál es la forma de alcanzarlo?

A través de programas de atención domiciliaria, para el entrenamiento de las AVDs a la persona y su entorno (familiar, físico, etc.).

Definición de estructura y lineamientos

Tratamientos domiciliarios de AVDs, por el equipo multiprofesional.

Usuarios:

Personas y familias interesadas en el programa, por sus objetivos. Habiendo obtenido en la valoración de dependencia algún grado de esta. Esto refleja dificultades en la ejecución de AVDs, y aporta el derecho a hacer uso de las prestaciones económicas que la Ley les aporta, y que financiaran el programa.

ESTUDIO Y ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS.

1. IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES Y DE LOS PROBLEMAS:

Necesidades sentidas por la población:

- Necesidad de mantener su autonomía personal, (entrar solo a bañera, realizar compra diaria, etc.).
- Necesidad de mantener sus roles (rol de abuelo versus rol persona dependiente, rol de hija versus rol de cuidadora, rol de trabajadora versus rol de cuidadora).
- Necesidad de mantener la estructura social, que tenían antes de la enfermedad.
- Eliminar los sentimientos de indefensión.

Problemas:

- Dificultades en el desarrollo autónomo de las AVDs.
- Dificultad en la colaboración de la persona dependiente con el cuidador en la realización de AVDs.
- Imposibilidad de compaginar actividad laboral y mantenimiento económico de la familia, con cuidados a familiar dependiente.
- Dificultad en manejo emocional de la situación familiar.
- Dificultad en el manejo en el entorno por barreras arquitectónicas.

Necesidades de servicios profesionales definidas.

- Adiestramiento en las AVDs en el entorno del usuario.
- Fomento de la toma de decisiones y locus de control interno, en la autonomía personal del usuario.
- Educación a familiares de personas dependientes (realización de AVDs, manejo del estrés, cuidado de espalda, etc.).
- Formar en la adecuación y manejo del entorno.

2. ESTABECER PRIORIDADES.

Las situaciones de dependencia afectan a todas las edades y pueden deberse a causas innatas y/o adquiridas. Debido a las características del tipo de vida que desarrollamos, hay factores como sedentarismo, alimentación, tabaquismo, etc., que han fomentado el incremento de ciertas

patologías con alto nivel de cronicidad, esto unido a los accidentes de tráfico, envejecimiento de la población, y otros, ha repercutido en que el número de personas que requieren apoyo, para ser autónomas en sus AVDs aumente de forma alarmante, repercutiendo esto, no solo en ellas, sino en su familia y entorno.

Las comunidades perciben esto como un problema en aumento, que afecta a todos los ámbitos de sus vidas.

Hasta ahora las soluciones partían del sistema de salud en un primer estadio, pero está latente en la población que esto no es suficiente, manifestando la necesidad de otros recursos que lleguen hasta ellos en su entorno, y no en el entorno protegido de las instituciones de salud.

Manifestando así la necesidad de programas de adiestramiento y educación, con soluciones que se adapten a las particularidades de cada uno.

De ahí surgen los objetivos del programa de rehabilitación basada en la comunidad, que trabajará en el fomento de la autonomía personal en la comunidad, de cualquier tipo de paciente y/o usuario, que presente problemas de dependencia en el desarrollo de sus AVDs.

3. DETERMINAR LOS OBJETIVOS:

El programa de fomento de la autonomía personal, pretende:

Disminuir el número de personas dependientes en la comunidad (impacto del proyecto).

Trabajar la autonomía personal en pacientes dependientes en la comunidad (efecto del proyecto).

Objetivos a largo plazo:

- Aumentar el desarrollo autónomo del paciente en sus AVDs.
- Aprendizaje de la familia y/o entorno sobre el desarrollo autónomo de las AVDs del paciente.

Objetivos corto plazo:

- Desarrollo de destrezas para la adecuada realización de las AVDs en su entorno.
- Adecuar el entorno según necesidades requeridas por el paciente.
- Aprendizaje familiar sobre la realización de las AVDs del paciente.

(Dado que es un Programa de intervención comunitaria y no un programa de atención individual, estos serían los objetivos del programa. Sin olvidar que en cada intervención individual, estableceríamos los objetivos específicos a cada usuario, tras su evaluación. Debido a las pluripatologías que se tratan, y la diversidad personal, las necesidades específicas pueden variar ampliamente, aunque los objetivos del programa se mantienen, definiríamos los objetivos específicos y las AVDs a tratar, ejemplo: aseo, movilidad, etc.).

METODOLOGÍA.

4. DETERMINAR ACCIONES Y RECURSOS.

El programa será llevado a cabo por el usuario y su familia y/o entorno y un equipo multiprofesional formado por terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadoras sociales.

El programa consta de una primera valoración del usuario, correspondiente a la realizada en la "Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia" (Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero) en el domicilio del usuario.

Esta será llevada a cabo por los técnicos de valoración de la CCAA y en esta valoración se determina si la persona tiene algún grado de dependencia, de los reconocidos en la "Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia" y por tanto si es apta para formar parte del programa.

Estos corresponde a:

De 15 a 29 puntos	Grado I de dependencia, nivel 2
De 30 a 44 puntos	Grado II de dependencia, nivel 2
De 45 a 72 puntos	Grado III de dependencia, nivel 2

La valoración se llevará a cabo por observación y entrevista con el usuario y familia, en ella se reflejará las dificultades del paciente en el desempeño autónomo de sus AVDs, las dificultades del entorno y barreras arquitectónicas y las necesidades expresadas por el usuario y su familia.

Se valorarán las siguientes actividades:

Comer y beber:

- Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos
- Cortar o partir la comida en trozos
- Usar cubiertos para llevar la comida a la boca.
- Acercarse el recipiente de bebida a la boca.

Higiene personal relacionada con la micción y defecación

- Acudir a un lugar adecuado.
- Manipular la ropa.
- Adoptar o abandonar la postura adecuada.
- Limpiarse

Lavarse

- Abrir y cerrar grifos
- Lavarse las manos
- Acceder a la bañera, ducha o similar.
- Lavarse la parte inferior del cuerpo
- Lavarse la parte superior del cuerpo

Realizar otros cuidados corporales

- Peinarse
- Cortarse las uñas
- Lavarse el pelo
- Lavarse los dientes.

Vestirse

- Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado
- Calzarse
- Abrocharse botones o similar
- Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo
- Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo

Mantenimiento de la salud

- Solicitar asistencia terapéutica
- Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas
- Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio
- Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio
- Pedir ayuda ante una urgencia

Cambiar y mantener la posición del cuerpo

- Cambiar de tumbado a sentado en la cama
- Permanecer sentado
- Cambiar de sentado en una silla a estar de pie
- Permanecer de pie
- Cambiar de estar de pie a sentado en una silla
- Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado
- Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado
- Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado

Desplazarse dentro del hogar

- Realizar desplazamientos para vestirse
- Realizar desplazamientos para comer
- Realizar desplazamientos para lavarse
- Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado
- Realizar desplazamientos entre estancias no comunes
- Acceder a todas las estancias comunes del hogar

Desplazarse fuera del hogar

- Acceder al exterior
- Realizar desplazamientos alrededor del edificio
- Realizar desplazamientos cercanos en entornos conocidos
- Realizar desplazamientos cercanos en entornos desconocidos
- Realizar desplazamientos lejanos en entornos conocidos
- Realizar desplazamientos lejanos en entornos desconocidos

Realizar tareas domésticas

- Preparar comidas
- Hacer la compra
- Limpiar y cuidar de la vivienda
- Lavar y cuidar la ropa

Sólo en los casos de personas con una condición de salud que pueda afectar a las funciones mentales.

Tomar decisiones

- Decidir sobre la alimentación cotidiana
- Dirigir los hábitos de higiene personal
- Planificar los desplazamientos fuera del hogar
- Decidir sus relaciones interpersonales con personas conocidas
- Decidir sus relaciones interpersonales con personas desconocidas
- Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano
- Disponer su tiempo y sus actividades cotidianas
- Resolver el uso de servicios a disposición del público

Tras consulta con el equipo se determina el profesional más adecuado para el caso (Ej.: gestión de ayudas para compra o préstamo de ayudas técnicas, trabajadora social; Entrenamiento en AVDs o adiestramientos en uso de ayudas técnicas, terapeuta ocupacional; adiestramiento en deambulación con obstáculos, fisioterapeuta).

Se elaboraran objetivos específicos y tiempo de realización, según las necesidades del usuario y los recursos existentes.

El cuándo se determinará con la familia.

El programa se desarrollará en el domicilio y/o entorno del usuario según necesidad.

El programa estaría subvencionado con fondos públicos a través de Servicios Sociales, de las ayudas que corresponden a las personas con dependencia en la "Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia".

DESARROLLO

5. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA.

Durante la implementación del programa, se llevarán a cabo reuniones de equipo donde se determinará la efectividad de los tratamientos, la necesidad de cambio o mantenimiento del profesional, según puedan variar las necesidades del paciente y la duración, proximidad a la consecución de objetivos y/o la necesidad de cambios si nos hemos alejado de estos.

Las actividades variarán según las necesidades y prioridades del usuario, dentro de los objetivos del programa.

EJ: Usuario con ACV tras alta hospitalaria, con hemiparesia derecha residual, refiere dificultades en alimentación y aseo.

Se llevarán a cabo actividades de adiestramiento en manejo de cubiertos, transferencia segura a bañera. Asesoramiento y adiestramiento en manejo de ayudas técnicas, (cubiertos adaptados, tabla de trasferencias para bañera, etc.).

EJ: Usuario con depresión mayor de larga evolución, con buena respuesta a medicación, la familia refiere carencia de atención para actividades de manejo del hogar como compra.

Se llevarán a cabo actividades de adiestramiento en elaboración de listado de compra, gestión de medios de apoyo (libreta), salidas del hogar con seguridad (aprendizaje de manejo en el entorno, paso de peatones, etc.).

6. CRONOGRAMA SEMANAL.

HORAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
08.00	Recogida de informes y material, en centro base.	Recogida de informes y material, en centro base.	Recogida de informes y material, en centro base.	Recogida de informes y material, en centro base.	Reunión de equipo.
09.00	Intervención Domiciliaria.	Intervención Domiciliaria.	Intervención Domiciliaria.	Intervención Domiciliaria.	
10.30	Intervención Domiciliaria.	Intervención Domiciliaria.	Intervención Domiciliaria.	Intervención Domiciliaria.	
12.00	Intervención Domiciliaria.	Intervención Domiciliaria.	Intervención Domiciliaria.	Intervención Domiciliaria.	
12.00 12.30	DESCANSO	DESCANSO	DESCANSO	DESCANSO	DESCANSO
12.30	Intervención Domiciliaria.	Intervención Domiciliaria.	Intervención Domiciliaria.	Intervención Domiciliaria.	Entrevistas con usuarios y familias.
13.30 15.00	Elaboración de informes de seguimiento.				

CONCLUSIONES.

7. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.

Tras la finalización del programa se llevará a cabo una valoración a los usuarios y las familias que han participado en la que se pretende conocer:

- Grado de satisfacción con los objetivos esperados y los cumplidos.
- Relación entre las necesidades requeridas y el tratamiento recibido.
- Grado de satisfacción con los profesionales, que han ejercido el tratamiento.
- Grado de adecuación del tiempo y las actividades.
- Grado de satisfacción entre los objetivos cumplidos y el costo ocasionado.
- Diferencia entre el antes y después de participar en el programa, con respecto a su nivel de autonomía.
- Si los objetivos han sido cumplidos y el nivel de autonomía se ha incrementado, relacionar este cambio con el uso de otros recursos de la comunidad.

EJ: Disminución del uso de servicios sanitarios de enfermería, como resultado del aprendizaje de la autogestión de medicación, etc.

Disminución de la frecuencia de Servicio de Ayuda a Domicilio, tras el aprendizaje de uso de ayudas técnicas y técnicas de seguras, para transferencia a bañera.

COMPORTAMIENTO A MEDIR.	NO LOGRADO	PARCIALMENTE LOGRADO	LOGRADO
Grado de satisfacción con los objetivos esperados y los cumplidos.			
Relación entre las necesidades requeridas y el tratamiento recibido.			
Grado de satisfacción con los profesionales, que han ejercido el tratamiento.			
Grado de adecuación del tiempo y las actividades.			
Grado de satisfacción entre los objetivos cumplidos y el costo ocasionado.			
Aumento del nivel de autonomía.			
Cambio del uso de otros recursos de la comunidad.			

BIBLIOGRAFIA.

Carta de Ottawa, <http://www.cota.org>

Kielhofner,G.(1983). "El arte de Terapia Ocupacional" en: " Health Throught Occupation". Ed. Davis Company. Philadelphia.

Culler, K, (1998), "Cap.8.Sección 2. Manejo del hogar y la familia", en: Hopkins H. y Smith H., Willard/ Spackman, Occupational Therapy, Ed. Medica Panamericana. Madrid, 8º Ed.

Werner, D. & Bower, B.(1995). "Cap. II. Para escoger promotores de salud, instructores y asesores" en Aprendiendo a promover la salud". CEE, México.

Pellegrini, M. (2002). Práctica Profesional en Comunidad. Ed. Universidad Nacional de Quilmes. Argentina.

Nuria Máximo Bocanegra, Marta Pérez de Heredia Torres, María Gutiérrez Morote, "Atención en el hogar de personas mayores. Manual de terapia ocupacional". Ed. Tempora, S.A. (2004).

J.C. Miangolarra Page, I.Mª Alguacil Diego, A.Mª Agila Maturana. "Clínica Integral. Funcionamiento y Discapacidad" .ED. Masson, (2003).

Pilar García-Margallo Ortiz de Zárate, María San Juan Jiménez, Sara Jorquera Cabrera, Isabel Naval Morales. "El análisis y la adaptación de la actividad en terapia ocupacional". Ed. AYTONA TOSA (2009).

Pedro Moruno Miralles, Dulce María Romero Ayuso, "Actividades de la vida diaria".Ed. (2006)

Ferran Montagut Martínez, "Rehabilitación domiciliaria: principios, indicaciones y programas terapéuticos" Ed. (2005)

Polonio López, Pilar Durante Molina, Blanca Noya Arnaiz, "Conceptos fundamentales de terapia ocupacional" Ed. (2001).

Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi.

Portal: <http://cronicidad.blog.euskadi.net>