



**Universidad**  
Zaragoza

1542

## Trabajo Fin de Grado

Un caso de adaptación de la persona y del entorno en el medio rural.

Autor/es

Eva Sarasa Frechín

Director/es

Juan Francisco León Puy

Universidad de Zaragoza  
Facultad de Ciencias de la Salud  
2012

## INTRODUCCION

En el caso que nos ocupa, el terapeuta ocupacional brinda sus servicios de una manera global a una persona particular. Entendiendo que el sujeto necesitaba un cambio para una mejora de su calidad de vida, tanto en el aspecto de: **A.** su capacidad funcional física para conseguir ser más autónomo a través de dos vías: el proceso rehabilitador de sus patologías médicas y el proceso compensador/adaptación de su entorno habitual con ayudas técnicas y eliminación de barreras arquitectónicas en accesos y fuera del domicilio ,participando plenamente en la accesibilidad (1)(2)(3); como de: **B.** sus intereses vitales y desempeño ocupacional teniendo en cuenta su edad (80 años) y su historia vital y haciendo una valoración de su contexto familiar.

Centro la intervención del caso en la comarca de Alto Gállego en Huesca, en concreto en la zona urbana de Sabiñánigo y en la zona rural de San Juan de Guarga, en un periodo de actuación aproximado de ocho meses, dando por finalizado el proceso tras conseguir los objetivos ocupacionales propuestos.

Recreación del caso: Pedro Lanaspa Ara, de 80 años de edad, con diagnósticos clínicos realizados por atención primaria de Sabiñánigo, cardiología y reumatología del hospital San Jorge de Huesca: artrosis generalizada, prótesis de cadera izquierda (01/2003), diabetes mellitus tipo 2 (03/2009), disnea e insuficiencia cardíaca congestiva (02/2001) en tratamiento con fármacos y o2 varias horas al día.

El día de la evaluación de la situación de dependencia a través del BVD (4) nos encontramos a Pedro con su esposa en su domicilio de Sabiñánigo. Ella presenta problemas de salud físicos leves y es la cuidadora en cuanto a apoyo en AVDb y realización de tareas del hogar. La unidad familiar sin los dos solos. Viven en un piso en el centro de la zona urbana, cuarto piso sin ascensor ni salvaescaleras, el exterior presenta tráfico, semáforos y servicios básicos cubiertos, también cafeterías y zona de compras, calles llanas. Pedro refiere no salir "porque le cuesta mucho" y "no le apetece". Sus intereses vitales se reducen a estar en casa viendo la televisión . No tiene teleasistencia ni SAD (Servicio de ayuda a domicilio), les ayudan en limpiezas grandes una persona particular. Los hijos viven dos en Sabiñánigo y uno en Zaragoza, realizan visitas diarias y sólo colaboran en compras. Pedro se relaciona bien a pesar de ligera hipoacusia. Se moviliza con dos muletas dentro y fuera (cerca) , riesgo de caídas. Se evidencia: fatiga de pequeño esfuerzo. El aparato de o2 lo tiene en su habitación y lo necesita varias horas al día. Su hija, que vive en Sabiñánigo y es trabajadora social de los servicios comarciales de base, está presente en la valoración. Pedro y su esposa refieren su interés de vivir en el campo, tienen una casa en San

Juan de Guarga que hay que reformar pues hace tiempo que no usan, está a 25 km de Sabiñanigo y no hay ningún vecino en el pueblo, ni servicios básicos ni sanitarios (ellos han vivido la mayor parte de su vida en medio rural).

## OBJETIVOS

¿Qué necesidades de cambio? ¿Qué queremos intentar cambiar?

Cumplir los INTERESES vitales y facilitar el concepto de DISFRUTE de Pedro y su esposa de acuerdo con sus VALORES personales (5).

Disminuir la fatiga a la movilización de Pedro a través de la estrategia del aprendizaje de técnicas de ahorro de energía y de la compensación de su entorno (6)(7)(8)(9).

Mejorar el DESEMPEÑO ocupacional de Pedro con la adaptación total de su entorno físico rural (1)(2)(3)(10) para adecuarlo a sus limitaciones artrósicas y coronarias(11).

## METODOLOGIA

¿Cómo actúo con Pedro?, INTERVENCION:

Se decidió llevar a cabo la **Entrevista Histórica de Desempeño Ocupacional (5)**, segunda versión (OPHI-II) de la cual se obtuvo la siguiente información: Pedro ha vivido durante la mayor parte de su vida en un entorno rural ya que su trabajo remunerado ha consistido en la ganadería y agricultura en la comarca del Alto Gállego (Huesca), sus hijos se emanciparon del domicilio familiar y él y su esposa siguieron con las mismas tareas hasta que a los sesenta años comenzó con problemas reumáticos que limitaron su actividad, luego apareció la insuficiencia cardíaca, que complicó la movilidad y los desplazamientos, a los setenta años deciden mudarse a Sabiñanigo para estar cerca de sus hijos y sus roles vitales cambiaron drásticamente convirtiéndose en una persona inactiva y dependiente en muchas tareas de su esposa. Dice necesitar más responsabilidades vitales, él se encuentra aun joven y quiere seguir haciendo cosas. Se refleja el interés de volver al medio rural.

**BVD: Baremo de valoración de la situación de dependencia(4)(12) (anexo 1)** Se evalúan las actividades de comer y beber, higiene relacionada con la micción defecación, lavarse, realizar otros cuidados corporales, vestirse, mantenimiento de la salud, cambiar y mantener la posición del cuerpo, desplazarse dentro del hogar, desplazarse fuera del hogar, realizar tareas domésticas y tomar decisiones. Así se encuadra a la persona en un determinado grado y nivel de dependencia, según esta baremo. Se realiza a través de la observación en su entorno habitual, entrevista y pruebas específicas motoras .

Pedro resultó en la primera valoración en Sabiñanigo: Dependiente moderado, 45 puntos, grado I nivel 2.

**Situación doméstica y capacidades del paciente antes del tratamiento** (valoración de la vivienda de San Juan de Guarga). Tuvimos un contacto intenso con los dos hijos de Sabiñanigo, que decidieron junto a sus padres trasladar la vivienda de éstos a San Juan de Guarga. Ubicación y descripción de la nueva vivienda: casa a 25 kilómetros de Sabiñanigo ubicada en un pueblo sin vecinos y carreteras de acceso complicado por curvas y mal estado del piso, no tienen servicios básicos en 25 kilómetros a la redonda y los servicios sanitarios solo acuden si existe una urgencia desde Sabiñanigo. Casa de una planta con escaleras en el acceso, escalones dentro de la planta, los caminos de alrededor están sin asfaltar y la vivienda sin adaptar.

**Situación domestica y capacidades del paciente antes del tratamiento:**

Clave: 1)independiente 2) independiente con ayuda técnica 3)independiente con dificultad 4)requiere supervisión 5)ayuda física 6)incapacitado .

Situación social: con quién vive, solo o con otros

Visitantes significativos: algún contacto con otras personas, con qué frecuencia

Accesos: existencia de escalones, elevadores , ascensores, pasamanos, paso de coches, calles cuestas o llanas, aceras o caminos.

Movilidad: que distancia es capaz de deambular y tiempo en su entorno, usa ayuda técnica para deambular, problemas dentro y fuera de casa, aumenta la disnea/dolor/.

Escaleras: dónde están y qué tipo de escaleras son (altura, cantidad) , tienen barandillas y en que posición, con qué frecuencia se usan, aumentan la disnea/dolor, escalones dentro entre habitaciones.

Silla: algún problemas para trasferencias, qué altura tienen los asientos que usa.

Cama: donde está ubicada su habitación, cama articulada o normal, problemas en transferencias, que altura tiene la cama.

Aseo/inodoro: dónde está el aseo, con qué frecuencia va al aseo incluyendo la noche, elevador de la taza y barras agarraderas, problemas en transferencias.

Baño/ducha: localización, frecuencia de uso, problemas y efecto de la actividad, incluido secarse, necesita ayuda, bañera o ducha, adaptaciones en el baño, aumenta la disnea con el vapor de agua.

Lavado: cuando, como , donde, frecuencia y efecto y duración del lavado, limitaciones articulares o disnea.

Vestido: cuando, donde , como, efecto de vestirse/desvestirse, tipo de prendas y calzado, ayudas técnicas usadas.

Alimentación: como usa los cubiertos, adaptaciones.

Tratamiento: que tipo de tto usa en la actualidad: inhaladores, o2, oral , parches... y como se lo aplica.

Transporte: conduce automóvil, como se moviliza en desplazamientos lejanos.

**Listado de intereses (5) (anexo 2):** el resultado de dicho listado fue, como ya pronosticábamos, es la elección como actividades que le gustaría hacer en un futuro: practicar huerto- jardinería, cuidar animales domésticos-mascotas, ver la televisión y observar naturaleza- aves.

Se evaluó las estrategias de afrontamiento que tiene el individuo frente a sus limitaciones físicas: si son positivas o negativas y si hay afectación emocional-depresiva. Pedro relativizaba sus deficiencias, participaba con energía ante los retos diarios y aceptó de forma positiva en tratamiento de terapia ocupacional.

Observación de las limitaciones articulares de articulaciones gruesas (que están afectadas en Pedro) en los **movimientos funcionales de las AVD básicas:**

1. "llevar las manos a la nuca": flexión y rotación externa de hombro. Tareas: peinarse, lavarse cabeza y cuello, vestir y desvestir prendas cerradas de la parte superior. RESULTADO: puede realizar todas las tareas de manera autónoma.
2. "llevar las manos a los riñones-espalda": extensión y rotación interna de hombro. Tareas: vestir prendas cerradas parte superior(bajar jersey al colocarlo), vestir y desvestir prendas abiertas de la parte superior(pasar y sacar las mangas)limpiarse después de la defecación, no valoramos el uso de sujetador al ser varón, lavarse la parte baja de la espalda. RESULTADO: puede realizar todas las tareas de manera autónoma.
3. "tocarse los dedos de los pies desde la posición de sentado en asiento bajo (40 cm)": flexión de cadera y flexión de rodilla. Tareas: ponerse/quitarse los calcetines perneras de vestido inferior(pantalón y ropa interior), lavarse los pies y parte inferior de EEII, cortarse las uñas de los pies. RESULTADO: Pedro no consigue las tareas sin el uso de ayuda técnica compensadora, especialmente con EI izquierda.
4. "agacharse a coger un objeto del suelo desde bipedestación": flexión de caderas, flexión de rodillas y flexión de tobillos. RESULTADO: Pedro no puede coger objetos del suelo, ni acceder a cajones ni a armarios bajos.
5. "sentarse-levantarse desde un asiento estandar (sin apoyabrazos y altura de 50 cm)": flexión-extensión de cadera y rodillas. RESULTADO: Pedro realiza la tarea con riesgo de caídas, por eso necesita la ayuda física de una persona.

Evaluación del **rendimiento ocupacional diario**: durante la entrevista inicial es importante aclarar el modo cómo afecta la enfermedad a estas tres áreas de rendimiento ocupacional:

- Trabajo: tareas de cuidado propio y actividades instrumentales de la vida diaria.
- Reposo: descanso y sueño.
- Recreo: qué hace en el tiempo libre y cómo lo hace.

A través de la observación estructurada se consigue una imagen clara del modo cómo la enfermedad afecta al individuo durante la vida diaria. Los aspectos que es necesario examinar comprenden intensidad de la disnea, tolerancia a la actividad, cansancio, dolor y rapidez de recuperación.

## **DESARROLLO**

Trabajando codo a codo con Pedro y su familia: los hijos decidieron ayudar a sus padres en la decisión de adaptar la casa. Se realizó una reforma integral para que ambos pudieran movilizarse en ella de una manera autónoma. El terapeuta ocupacional tomó las decisiones de accesibilidad y en concreto se llevaron a cabo las siguientes actuaciones dentro del TRATAMIENTO COMPENSADOR: la primera línea de actuación es el tratamiento compensador para favorecer la autonomía porque nos permite ECONOMÍA ARTICULAR (11)(13)(9)(7) en las limitaciones artrósicas/reumáticas y CONSERVACION de la ENERGIA disminuyendo el esfuerzo físico y evitando la disnea en afectaciones coronarias (14)(8):

ACCESOS: no se colocó salvaescaleras porque los dos podían seguir usando las siete escaleras de acceso, pero fueron decisivas:

-escaleras con altura máxima de 10 cm y profundidad de 30 cm. Antideslizantes.

-barandillas a ambos lados a 85 cm del suelo, de fácil agarre y presa.

Utilizó siempre una muleta en ES izquierda y barandilla en ES derecha para subir y bajar.

MOVILIDAD: se valoró el uso de andador en el interior para aumentar la estabilidad, pero Pedro se sentía ágil con dos muletas tanto dentro del hogar como fuera en distancias cortas.

**ESCALERAS INTERIORES:** desaparecieron los escalones entre estancias y se construyeron rampas fijas de una pendiente del 6% y con barras agarraderas a ambos lados.

**LAS ESTANCIAS COMUNES** (comedor, cocina, baño y habitación) se rediseñaron para que estuvieran todas cerca y contiguas.

Todas las sillas que iban a usar eran con una altura de asiento de 50 cm y apoyabrazos.

Se colocaron dos camas articuladas eléctricas que él usaba de manera autónoma mediante el mando tanto para las transferencias como para elevar la cabecera para favorecer la función respiratoria.

**BAÑO:** el inodoro se adaptó con elevador de wc de 8 cm, haciendo la altura total de wc de 58 cm, lo cual favorecía el cambio de postura y dos barras abatibles a los lados con una altura a 80 cm del suelo.

Se reformó el baño colocando ducha a ras de suelo, con antideslizantes, barras agarraderas horizontales a 80 cm del suelo y asiento fijo anclado en la pared a 50 cm del suelo. Se facilitó cepillo de mango largo.

**VESTIDO:** se propuso a Pedro el uso de calzador largo, pero lo rechazó porque él buscó como estrategia el usar las pinzas del hogar para acabar de pasarse el talón del zapato. Usando una banqueta baja para apoyo de los pies conseguía pasar las perneras del pantalón y la ropa interior. También se la educó en el uso de pasacalcetines, pero no resultó facilitador por la complejidad del uso. Pedro siguió siendo dependiente de su esposa para poner-quitar calcetines y cortarse las uñas de los pies. En todo el resto del vestido era autónomo y no se necesitaron más adaptaciones.

Empezó a utilizar pinza larga de agarre para coger objetos del suelo o utensilios que se encontraban en la parte baja de los armarios, la aceptó en el día a día.

Alrededor de la casa se encontraba el corral, el huerto y el jardín: el piso del camino a estos tres sitios se limpió, aunque seguía habiendo una ligera cuesta que tendríamos que valorar si Pedro la podía transitar.

El aparato de oxigenoterapia y todos los aerosoles y tratamiento oral se colocaron en la amplia cocina y en armarios accesibles a Pedro.

La discrepancia surgió cuando el terapeuta ocupacional aconsejó el uso de teleasistencia y servicio de ayuda a domicilio SAD para tareas del hogar, dada la edad avanzada de ambos y la falta de servicios y apoyos sociales cercanos (los hijos seguían viviendo en Sabiñánigo), la hija consideró que no era efectiva la teleasistencia ya que ellos podían usar perfectamente teléfono móvil y fijo y que un SAD era muy difícil de conseguir dada la complicada accesibilidad al pueblo por carretera. Los hijos se comprometieron a acudir casi a diario para apoyos de tareas del hogar y gestiones.

La otra intervención del tratamiento fue la : ESTRATEGIA EDUCATIVA Y BIOMECANICA (15): mediante una larga entrevista con Pedro se consiguió involucrarlo en programas de ejecución motora relacionados con sus intereses (TRAMIENTO OCUPACIONAL): le propusimos de una manera secuencial y progresiva mejorar su tolerancia a la movilización (disminuida por su artrosis, fractura de cadera izquierda e insuficiencia cardíaca) con actividades relacionadas con : paseos alrededor de su casa en la naturaleza, cuidar de animales domésticos y cuidado de las plantas de ornamentación alrededor de la casa.

Empezó usando las escaleras de manera autónoma con muleta y una barandilla, más tarde toleraba desplazamientos de pocos metros con dos muletas en el exterior.

Se usaron técnicas de reducción del esfuerzo (8): 1. evitando el levantamiento y transporte de objetos pesados. 2. equilibrio entre reposo y trabajo, con microdescansos cada 5 minutos en su caso. 3. no permanecer en la misma posición durante periodos prolongados, recomendamos cambio de posición cada 20-30 minutos. 4. evitar la actividad si aparece dolor súbito intenso o disnea.

Pedro aprendió a secuenciar( en el plazo de tres meses) las actividades, mejoró poco a poco su tolerancia al esfuerzo descansando cuando lo necesitaba y sobretodo empezó a disfrutar de una vida activa, eso sí , con la supervisión diaria de su esposa.

A los 80 años Pedro quería seguir siendo un SER OCUPACIONAL, gracias a su familia, al tratamiento y a su tesón, lo ha conseguido. Enfermedades tan incapacitantes como las que él padece necesitan de la combinación de varios tipos de tratamiento (también el farmacológico) para conseguir ciertos efectos a medio plazo. La involucración familiar ha sido decisiva en la consecución de resultados. La satisfacción del profesional ante casos así es ABSOLUTA.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Ayuntamiento de Zaragoza, Fami Aragón : Documento básico para la eliminación de barreras arquitectónicas en la vivienda. Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza; 1982.
2. Fundación ONCE. Accesibilidad universal y diseño para todos: arquitectura y urbanismo. Madrid: ed. de Arquitectura, Fundación Arquitectura COAM ; 2011.
3. Instituto biomecánico de Valencia. ¡Pregúntame sobre accesibilidad y ayudas técnicas!. Madrid: Instituto biomecánico de Valencia D.L. ; 2005.
4. Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia.
5. Kielhofner G. Modelo de ocupación humana: terapia ocupacional: teoría y aplicación. Buenos Aires: ed . Médica panamericana; 2004.
6. Instituto Nacional de Servicios Sociales, Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas. Catálogo general de ayudas técnicas. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas. D.L. ; 1994.
7. Hammnond A. , Jefferson P. Artritis reumatoide. En: Turner A. , Foster M., Johnson S.E.. Terapia ocupacional y disfunción física. Londres: Elsevier-Masson; 2003. p.543-64.
8. Oliver K. , Sewell L. : Enfermedad cardíaca y respiratoria. En: Turner A. , Foster M., Johnson S.E.. Terapia ocupacional y disfunción física. Londres: Elsevier-Masson; 2003. p. 581-98.  
.
9. Simón L, Brun M, Honlez G. Poliartritis reumatoide y economía articular. Barcelona: Documenta Geigy; 1983.
10. Millán Calentí J. C. , Mayores, accesibilidad y nuevas tecnologías de la información y comunicación. A Coruña: servizo de publicacions Universidad da Coruña D.L. ; 2005.
11. Barceló P. La artrosis. Barcelona: Ancora, D.L. ;1982.
12. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

13. Jefferson P. , Hammond A. Artrosis. En: Turner A. , Foster M., Johnson S.E.. Terapia ocupacional y disfunción física. Londres: Elsevier-Masson; 2003. p. 617-36.

14. Giraldo Estrada H. et al. Diagnóstico y tratamiento integral con énfasis en la rehabilitación pulmonar. Bogotá: ed. Medica panamericana; 2008.

15. Gómez Tolón J. Fundamentos metodológicos de la terapia ocupacional. Zaragoza: Mira editores S. A. ; 1997.

Cailliet R. Lumbalgia. Mexico DF: Manual moderno; 1984.

Durante Molina P. Terapia ocupacional en geriatría : principios y práctica. Barcelona: ed. Masson, D. L. ; 2010.

Polonio López B. Terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica. Madrid: ed Médica panamericana D.L. ; 2003.

Polonio López B, Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia ocupacional en geriatría:15 casos prácticos. Madrid: ed . Médica panamericana; 2002.

Trombly C.A. Terapia ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. México DF: La prensa médica mexicana; 1990.