



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza

**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2016 / 2017

TRABAJO FIN DE GRADO

CASO CLÍNICO: Terapia Ocupacional domiciliaria en una persona de avanzada edad con pluripatología.

CLINICAL CASE: Home Occupational Therapy with an elderly person with pluripathology.

Autor/a: Jorge Sánchez Hernández

Directora: Alba Cambra Aliaga.

ÍNDICE

Resumen.....	Pág. 2
Introducción.....	Pág. 3
Metodología.....	Pág. 5
Desarrollo.....	Pág. 8
Conclusiones.....	Pág. 17
Bibliografía.....	Pág. 18
Anexos.....	Pág. 20

RESUMEN

Este trabajo consiste en un caso clínico de una persona mayor de 80 años, cuyo objetivo es mejorar su calidad de vida, su seguridad y su desempeño a la hora de realizar las actividades básicas de la vida diaria. Se centra en dichas actividades ya que son fundamentales para poder realizar de manera satisfactoria su rol principal.

Para la elaboración de este caso se ha seguido la estructura del marco de trabajo de la AOTA, donde se han establecido, en cada uno de los pasos, los principales criterios para conseguir los objetivos propuestos. Al finalizar el caso, se ha realizado una reevaluación para comprobar si existe satisfacción frente a los cambios y si ha mejorado su calidad de vida y su desempeño.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se caracteriza normalmente por la pérdida de capacidad de adaptación y de reserva del organismo ante los cambios. De éstos, solo un tercio obedece al proceso normal y, los otros dos, son por enfermedad y/o por falta de actividad. El envejecimiento engloba tres tipos de alteraciones: del aspecto corporal, de los órganos y de los diversos sistemas de control del cuerpo.¹ La persona que sufre diferentes variaciones dentro de estos tipos, tiene una pluripatología, por lo que se hace necesario identificar cuáles son las enfermedades que padece para orientar la intervención.

Según el último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2011, en España, hay 8.745.213 personas con más de 65 años, lo que equivale a un porcentaje de 18,68% del total de la población, distribuido en 10,69% de mujeres y 7,99% de hombres.² En Aragón, según el Instituto Aragonés de Estadística (IAEST), la población mayor de 65 años se ha incrementado en un 1,5% desde 2010, llegando al 21,3% en la actualidad, lo que constituye un número de 269.993 de personas mayores de 65 años.³

De éstas, 260.005 residen en su vivienda, lo que supone un 96,30% de la población mayor en Aragón.⁴ Es decir, no más del 5% viven en residencias, sin embargo, según el INE se duplicó la cantidad de residentes entre el 2001 y el 2011. Por datos recogidos en algunas fuentes, parece que a partir del 2011 esta tendencia ha disminuido debido a diversos factores, entre ellos, la crisis económica, la cual hace mella a la hora de poder financiar este recurso.⁵

Por todo ello, se puede concluir que la mayoría de personas mayores de 65 años viven en su domicilio particular, por lo que los recursos de atención domiciliaria son un ámbito de crecimiento de atención socio-sanitaria, entre ellos los servicios de Terapia Ocupacional.

Algunas de las enfermedades más comunes en personas en este rango de edad son la artrosis, la artritis, el Parkinson, la osteoporosis, la demencia y

los accidentes cerebro-vasculares (ACV).⁶ Las consecuencias de tener alguna de estas enfermedades son los efectos negativos en el desempeño ocupacional de la persona, haciendo que su independencia funcional y su autonomía personal se vean afectadas de manera significativa.

La Terapia Ocupacional domiciliaria ofrece un tipo de asistencia que puede suponer un ahorro de recursos a las instituciones, proporcionando además una calidad de servicio basada en la permanencia del usuario en su entorno. Por ello, la atención y rehabilitación domiciliaria tiene la capacidad de satisfacer ambas necesidades debido a que se le permite al usuario permanecer en su ambiente familiar y se controla el gasto, que sería mucho mayor con un paciente ingresado.

El terapeuta ocupacional puede intervenir abordando diferentes áreas, facilitando la funcionalidad de la persona en las actividades cotidianas y, observando el entorno para ver que modificaciones se pueden realizar para una mejora de la autonomía de la persona.⁷ Además, se encarga de la valoración y asesoramiento sobre la necesidad de productos de apoyo, aparte del posterior entrenamiento si éstos fueran prescritos y de la valoración de las capacidades funcionales y cognitivas de la persona. También puede enseñar estrategias de reentrenamiento en actividades básicas de la vida diaria a los cuidadores.⁸⁻⁹ El terapeuta ocupacional utiliza enfoques de intervención que pueden ir desde la compensación hasta la promoción de la salud, dependiendo de las necesidades que tenga la persona.

En Terapia Ocupacional se utilizan una serie de modelos denominados modelos ecológicos, entre ellos se encuentra el modelo de persona-entorno-ocupación (PEO), que pensamos puede ser muy apropiado para el caso que se presenta en este trabajo, ya que se basa en un enfoque centrado en el cliente y siempre considera la importancia del entorno en el proceso de Terapia Ocupacional. En este modelo, el concepto "persona" es definido desde un punto de vista holístico donde se reconoce la mente, el cuerpo y el espíritu; el concepto "entorno" es donde tiene lugar el desempeño ocupacional y consiste en componente físicos, culturales y sociales; y el

concepto "ocupación" se define como las tareas autodirigidas en las que participa una persona durante su curso en la vida.¹⁰⁻¹¹⁻¹²

El trabajo que se presenta es un caso clínico de una persona mayor de 80 años que se lleva a cabo en su domicilio particular. Los objetivos de este trabajo son los siguientes:

- Evaluar el desempeño ocupacional en el domicilio particular de la persona y definir los problemas.
- Elaborar e implementar un plan de intervención.
- Reevaluar el plan y valorar los resultados de la intervención.

METODOLOGÍA

1. Metodología de búsqueda

Para el planteamiento inicial del trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes pasos:

Para comenzar, se realizó una búsqueda manual de la bibliografía relacionada con la Terapia Ocupacional en la Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Posteriormente, se realizó una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos: "ISOC", "Pubmed", "WOS", "OTseeker" y Dialnet. Se han introducido las siguientes palabras clave tanto en español como en inglés, en función de la base de datos: "terapia ocupacional", "terapia domiciliaria", "personas mayores" y "pluripatología".

Además, se ha utilizado el buscador "Alcorze" de la Universidad de Zaragoza utilizando los términos comentados anteriormente y donde se han podido encontrar alguno de los artículos y libros utilizados en este trabajo.

2. Metodología del trabajo

La intervención se ha desarrollado en el domicilio particular de la persona, situado en el barrio San José de la ciudad de Zaragoza. Se ha

seguido el proceso de Terapia Ocupacional según el marco de trabajo de la AOTA.¹³

Fase 1: Evaluación

La evaluación se ha dividido en dos partes: perfil ocupacional y análisis del desempeño.

- *Perfil ocupacional*

1. Recopilación de información

La persona ha facilitado diferentes informes médicos, datos sobre consultas, revisiones y operaciones realizadas a lo largo de su vida.

2. Entrevista

Se le ha realizado una entrevista semi-estructurada para obtener, por un lado, la información relevante sobre su desempeño en las actividades de la vida diaria y sus preocupaciones frente a los problemas que le surgen en su realización; y, por otro, las barreras que le influyen negativamente.

- *Análisis del desempeño*

1. Valoraciones iniciales

Se ha realizado una valoración global de su funcionamiento con las siguientes herramientas:

Mini Examen Cognitivo (MEC): es un test de evaluación cognitiva donde la máxima puntuación es 35. Se considera deterioro cognitivo si es menor de 30.¹⁴

Índice de Barthel: se valora la independencia en las actividades básicas de la vida diaria en una escala de 0 a 100 puntos, siendo 100 el nivel máximo de independencia.¹⁵

Pruebas funcionales: balance muscular (BM), para evaluar la fuerza y función muscular en una escala del 0-5; y balance articular (BA) para analizar el rango de movimiento de las articulaciones.^{16,17,18}

2. Observación/análisis de actividad

Se ha llevado a cabo una observación informal para poder ver cuáles son las actividades que le suponen más dificultad y, a lo largo de un día, se realizó el acompañamiento en sus actividades cotidianas. Previamente se elaboró un análisis de la actividad como guía para la observación formal en las tareas que le conllevan problemas en su desempeño.

3. Evaluación del entorno

A la hora de evaluar el entorno doméstico se ha utilizado como guía básica la evaluación del hogar de terapia ocupacional propuesta por Dulce Romero. Esta evaluación se divide en dos partes: los aspectos sociales del entorno y los aspectos estructurales del hogar evaluando diferentes estancias del domicilio.¹⁹

Fase 2: Plan de intervención

1. Elaboración

Se han establecido una serie de prioridades, definido unos objetivos y, en función de ellos, se han propuesto unas actividades.

2. Implementación

La duración del plan de intervención ha sido de un mes.

Esta fase se ha centrado en dos aspectos:

- a. Las actividades en las que más dificultad presentaba siguiendo el enfoque compensatorio.
- b. La modificación en diferentes aspectos del entorno para mejorar su desempeño en las actividades.

3. Reevaluar el plan

Esta fase sirve para comprobar si los objetivos propuestos han sido alcanzados a través de las actividades planteadas. Para ello, se realizará una observación de las actividades en la que presenta dificultad para comprobar si se han cumplido los objetivos.

Fase 3: Resultados

Se evaluarán los resultados globales identificados a lo largo de proceso mediante una entrevista semiestructurada al final de la intervención. En ella se tendrán en consideración los parámetros del desempeño, aspectos relacionados con la calidad de vida y la satisfacción frente a los cambios.

DESARROLLO

➤ **Proceso de evaluación**

a. Elaboración del perfil ocupacional

I.M.D es una mujer de 81 años, viuda, con dos hijos, que vive sola en un segundo piso sin ascensor situado en el barrio de San José en Zaragoza. A los 65 años le detectaron artrosis en ambas rodillas, lo cual le dificulta la realización de diferentes actividades cotidianas. Debido a esta patología, hace diez años, fue intervenida quirúrgicamente de la rodilla derecha, aunque la dificultad tras la operación se ha mantenido. No recibió ningún tipo de rehabilitación y está a la espera de una operación para ambas rodillas.

Es independiente en la realización de las actividades de la vida diaria tanto básicas como instrumentales y, aunque percibe ciertas dificultades en su desempeño, es capaz de resolverlas y llevarlas a cabo. Las actividades en las que más dificultad presenta son en el vestido de la parte inferior y en el baño, siendo esta última donde aparecen problemas de seguridad con el consiguiente aumento de riesgo de caídas.

Antes del matrimonio, servía de asistente del hogar en un domicilio. Desde que se casó, ocupó el rol de ama de casa, encargándose de las tareas del hogar y del cuidado de sus dos hijos. Cuando éstos fueron mayores, abrieron un negocio de hostelería, en el cual trabajó como cocinera hasta el día de su jubilación.

Con el fallecimiento de su marido, hace 11 años, I.M.D se volvió más apática, sin mostrar mucho interés por salir de casa ni realizar actividades de ocio. Su rutina diaria es salir a la calle por la mañana para hacer las compras necesarias y no vuelve a salir hasta el día siguiente para realizar lo mismo. Aunque la familia le insista en salir más de casa, ella no quiere.

Actualmente, no realiza actividades de ocio fuera del hogar y no tiene contacto social con otras personas que no sean su familia. A lo largo de su vida no ha participado en numerosas actividades de ocio, pero sí que quedaba con algunas amigas, con las cuales perdió relación tras el matrimonio, hace más de 50 años.

I.M.D ha sido siempre una mujer productiva ya que, para ella el valor del trabajo ha sido fundamental en toda su vida. Por una parte, a esta persona, le preocupa no llegar a ser capaz de realizar alguna de las actividades cotidianas de manera independiente, aunque, por otro lado, le preocupa el riesgo que tiene que asumir para poder llevarlas a cabo de manera autónoma ya que puede sufrir alguna caída.

b. Análisis del desempeño ocupacional

En relación con las herramientas de evaluación, los resultados obtenidos en el Índice de Barthel han sido de 100 puntos, y en el Mini Examen cognitivo han sido de 30 puntos sobre 35. Por lo tanto, es independiente en las actividades básicas de la vida diaria y no tiene ningún deterioro cognitivo. En el BM, se ha observado como su fuerza muscular tanto de miembro superior como inferior tiene una puntuación mayor de tres. En el BA se han observado limitaciones en el recorrido flexor, en la rotación interna y abducción y aducción de hombro y cadera. Además, presenta limitación en la flexo – extensión de rodilla.

En la entrevista y a través de la observación informal, se ha recogido que la mayor dificultad en las actividades básicas de la vida diaria se halla en el vestido de la parte inferior y el aseo, en concreto en la ducha. Debido a los problemas en estas dos áreas, se hicieron observaciones formales de dichas actividades, realizándose un análisis de actividad previo como guía para la observación.

✓ Vestido de la parte inferior

I.M.D. lleva a cabo esta actividad de la vida diaria en su habitación, dónde se prepara las prendas que se va a colocar encima de la cama antes de empezar el vestido.

Para comenzar, se coloca en sedestación en la cama para posteriormente ponerse la ropa interior hasta los muslos. En este proceso sufre algo de fatiga a la hora de alcanzarse los pies. Después, se coloca en bipedestación para subirse esta prenda hasta la cintura. Vuelve a aparecer algo de fatiga y se tiene que apoyar en el armario cercano en la cama para evitar una caída.

Una vez colocada esta prenda, se vuelve a posicionar en sedestación en la cama, dónde se pone unos pantis hasta la altura de los muslos y, repitiendo el mismo proceso anterior, en bipedestación se las sube hasta la cintura, apareciendo los mismos signos de fatiga y teniéndose que sujetar en el armario. Vuelve a hacer lo mismo con la falda en los que se vuelven a mostrar los mismos signos de antes.

A la hora de colocarse los zapatos, en sedestación en la cama, muestra bastante fatiga para poder alcanzarse los pies debido a la limitación articular de cadera. Además, tarda en ponérselos porque son zapatos cerrados y ajustados. Cuando consigue ponérselos, tiene que hacer un pequeño descanso sentada en la cama por fatiga. Vuelve a suceder lo mismo cuando tiene que atarse los cordones.

✓ Ducha

I.M.D comienza la actividad colocando una toalla en el suelo y entrando en la bañera con mucha dificultad, teniendo que sujetarse con una mano en

la pared de dentro de la ducha y con otra mano en la cortina que tapa la bañera. Aparece algo de fatiga en el proceso y bastante inseguridad a la hora de realizarlo.

Una vez dentro de ella, abre el grifo para regular el agua. Todo el proceso de la ducha lo realiza en bipedestación, lo que hace que al finalizar esta actividad tenga que sentarse para descansar por la fatiga que le produce. A la hora de enjabonarse la cabeza no presenta ningún problema y lo realiza correctamente, cogiendo el champú de la repisa y utilizando el necesario. Para enjabonarse el cuerpo sí que muestra más dificultad, ya que al realizarlo todo en bipedestación, no llega bien a los miembros inferiores y tampoco a la espalda, mostrando cierta inseguridad al hacerlo y fatiga. Por último, se aclara tanto cabeza como cuerpo a la vez y sale de la ducha, sujetándose en la cortina y en la bañera para salir y ponerse encima de la toalla.

c. Valoración del entorno

I.M.D. lleva viviendo en el domicilio 49 años, de los cuales 11 años ha estado viviendo sola. Ella describe su vivienda como un sitio confortable, limpio, privado y silencioso, pero también comenta que es estrecho y que no está bien organizado.

Es capaz de realizar todas las actividades de la vida diaria de forma autónoma, aunque existen ciertas limitaciones relacionadas con elementos ambientales. Según ella, las modificaciones principales que podrían realizarse serían el cambio de bañera por ducha sin escalón, armarios de menor altura en la cocina y el cambio de emplazamiento de los muebles del pasillo.

El domicilio es un segundo piso sin ascensor, con escaleras de bastante altura y con los primeros seis escalones sin pasamanos. Dentro del domicilio se encuentra un recibidor con una habitación a la derecha y un pequeño pasillo que lleva a un salón amplio en el que no hay ningún tipo de obstáculo. A la derecha de éste, está el pasillo principal con determinados muebles que obstaculizan el paso. A la derecha se encuentra la sala de

estar, la cual es algo estrecha, pero no presenta obstáculos que le dificulten el desempeño. Avanzando por el pasillo, se encuentra a la izquierda el baño y al fondo de éste la habitación principal. Por último, se encuentra la cocina a la derecha del pasillo, la cual es amplia pero tiene muchos armarios de altura elevada, lo que hace que no los pueda alcanzar de manera correcta, exponiéndose a una caída.

d. Definición de problemas

- Diagnóstico 1. Baño y ducha.

Presenta dificultad al entrar y salir de la bañera y al enjabonarse la espalda y los pies a consecuencia de su limitación articular tanto en los miembros inferiores como superiores. Se mantiene todo el tiempo en bipedestación y se sujeta frecuentemente a la pared y a la cortina de la bañera. Durante la actividad aparecen signos de fatiga y de dolor derivados de la artrosis.

- Diagnóstico 2. Vestido.

Muestra dificultad en el vestido de la parte inferior por fatiga e inseguridad. Esto se produce a consecuencia de la inestabilidad postural y la falta de equilibrio, la limitación articular de cadera y el hábito de cambiar de manera repetida su posición de sedestación a bipedestación.

- Diagnóstico 3. Participación social.

I.M.D. presenta limitaciones en su participación social. Su historia vital centrada en el trabajo y los valores familiares han influido en su participación en actividades de ocio, limitando su contacto social a los miembros de su familia. Actualmente esta situación se ha acrecentado por su dificultad para bajar a la calle, lo que conlleva a que no pueda tener nuevas amistades, produciéndole una situación de aislamiento social.

➤ **Elaboración del plan de intervención**

a. Prioridades

La intervención se centrará inicialmente en las actividades dentro del hogar ya que son en las que más dificultades se observan. El riesgo de caídas, la falta de seguridad y la posibilidad de perder su independencia en el desempeño de su rol principal genera bastante preocupación en I.M.D.

b. Objetivos

➤ Diagnóstico 1. Baño y ducha.

- Objetivo general
 - ✓ Realizar la actividad del baño de manera segura sin que aparezca dolor ni fatiga.
- Objetivos específicos
 - ✓ Mejorar la forma de acceder a la bañera, evitando conductas inseguras.
 - ✓ Enjabonarse la espalda y los pies de manera segura sin balancearse, sin apoyarse en la pared, sin dolor y sin fatiga el 75% de las veces.
 - ✓ Aclararse de manera segura sin balancearse ni apoyarse en la pared el 75% de las veces.
 - ✓ Realizar la actividad de la ducha en menos de 15 minutos.

➤ Diagnóstico 2. Vestido.

- Objetivo general
 - ✓ Realizar la actividad del vestido de manera segura, sin que aparezca dolor ni fatiga.
- Objetivos específicos
 - ✓ Colocarse las medias y los zapatos sin que aparezca dolor ni fatiga el 75% de las ocasiones.
 - ✓ Ponerse la ropa interior y la falda o pantalón de manera segura sin balancearse ni apoyarse en el armario el 75% de las ocasiones.

c. Enfoque de intervención

El enfoque utilizado es el compensatorio o de adaptación, ya que va dirigido a encontrar formas para apoyar el desempeño en un ambiente natural, modificando la forma de realización de las actividades, introduciendo dispositivos de ayuda o adaptando objetos y modificando el ambiente.

d. Actividades propuestas

Se han realizado 2 sesiones de asesoría: sesión de análisis de los objetos que ella utiliza, y posibilidades de adaptación e introducción de dispositivos.

Se le han dado una serie de recomendaciones según los diagnósticos elaborados:

- Introducir productos de apoyo
 - ✓ Diagnóstico 1. Baño y ducha.
 - Una alfombra antideslizante para evitar posibles caídas en la ducha.
 - Una banqueta fija para poder realizar la actividad de la ducha en sedestación.
 - Un asidero colocado diagonalmente en la pared de dentro de la ducha y un asidero vertical en la pared de al lado de la ducha para introducirse en la bañera de manera más segura.
 - Una esponja de mango largo para enjabonarse las partes del cuerpo a las que le es difícil acceder.
 - ✓ Diagnóstico 2. Vestido
 - Un calzador de mango largo para conseguir una mejor colocación de los zapatos.
 - Una banqueta para colocar los pies encima para poder calzarse mejor y con menos fatiga.
 - Un asidero que le sirva de apoyo a la hora de pasar de sedestación a bipedestación.²⁰

Se han realizado 10 sesiones de entrenamiento en las que se ha hecho:

- Modificar hábitos en la realización de las actividades

- Vestido

En primer lugar, la realización de la actividad se lleva a cabo en sedestación en una silla con reposabrazos en vez de en la cama. A la hora de colocarse la ropa interior, la falda y los pantalones, cuando llega a la altura de los muslos, realiza pequeños volteos de izquierda a derecha para poder subirse estas prendas hasta la cintura. Posteriormente, se pone en bipedestación para recolocarse la prenda. Por último, apoya los pies en la banqueta y se pone los zapatos con ayuda del calzador de mango largo.

- Ducha

A la hora de entrar en la ducha, utiliza los asideros para facilitar su entrada y evitar riesgos de caída. La actividad la realiza en sedestación para una mayor seguridad y utiliza la esponja de mango largo para alcanzar las zonas donde antes llegaba con dificultad.

- Modificar prendas

Sería conveniente que modificase los zapatos, ya que ella utiliza de lazo y tiene dificultad a la hora de atarlos y no le favorece para la circulación. Podría sustituirlos por unos zapatos abiertos o mocasines, los cuales no tienen cordones y facilitarían su desempeño.

- Realizar cambios estructurales

La sustitución de la bañera por la ducha facilitaría una mayor seguridad en su desempeño. Teniendo esto en cuenta, se ha contactado con una empresa de albañilería y fontanería la cual nos ha dado un presupuesto de 750,00 euros con todo incluido.

También se ha contactado con una empresa de ascensores para conocer el precio que supondría colocar un ascensor en la comunidad. Nos ha dado

un presupuesto de 35.000 euros, lo que dificulta la colocación de éste por su alto coste.

e. Reevaluación

Para realizar la reevaluación se ha realizado una observación de las actividades para confirmar el seguimiento de las recomendaciones y el cumplimiento de los objetivos.

- El 100% de las recomendaciones se han llevado a cabo.
- El 75% de los objetivos se han cumplido.
- El entrenamiento del vestido y de la ducha con dispositivos requiere más tiempo de entrenamiento.

Los objetivos que se han cumplido tras la intervención en la actividad de la ducha son mejorar el acceso a la bañera, ser capaz de enjabonarse la espalda y los pies de manera segura sin balancearse, sin apoyarse en la pared, sin dolor y sin fatiga y ser capaz de aclararse de manera segura sin balancearse ni apoyarse en la pared. El objetivo cumplido en la actividad del vestido es ser capaz de ponerse la ropa interior y la falda/pantalón de manera segura sin balancearse ni apoyarse en el armario.

➤ **Resultados globales**

A través de una entrevista semiestructurada se ha comprobado que I.M.D. se siente más segura al realizar estas actividades, ya que percibe que su desempeño ha mejorado. Comenta como su calidad de vida ha mejorado desde que realiza las actividades como se han propuesto en el plan de intervención. Se siente bastante satisfecha con los avances que ha habido pero quiere completarlos al 100%.

CONCLUSIONES

Este caso es un ejemplo de intervención de T.O. en el ámbito domiciliario. En él, se puede observar como en un corto espacio de tiempo se han conseguido objetivos ocupacionales que facilitan la vida de la persona.

El modelo en el que se ha centrado este trabajo (modelo de persona – entorno – ocupación) ha sido muy apropiado para este caso, ya que es un enfoque centrado fundamentalmente en la persona y, además, el entorno ha tenido una importancia relevante.

Una de las ventajas más importantes en la realización de este trabajo ha sido la predisposición de esta persona para llevar a cabo las diferentes modificaciones que se han propuesto. Las dificultades principales han sido los hábitos marcados que tenía, lo que ha conllevado a que necesite más tiempo para habituarse a los cambios.

Este trabajo tendría una posibilidad de ampliación centrándose más en las actividades instrumentales y en el problema social que la persona presenta y que no se ha podido abordar en dicho trabajo.

La mayoría de personas mayores vive en sus domicilios particulares, lo que hace que la atención domiciliaria sea fundamental en ellas. El papel del terapeuta ocupacional puede ayudar a que estas personas aumenten su calidad de vida y mejoren su desempeño sin tener que abandonar sus viviendas principales.

La Terapia Ocupacional domiciliaria podría adquirir bastante importancia dentro de Aragón, ya que la cantidad de personas con una edad superior a los 65 años que viven en sus viviendas principales es bastante significativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Serrano G. ¿Cómo intervenir en personas mayores?. Madrid: Dykinson; 2004.
2. INE [Internet]. Madrid: INE; [2017; 18-3-2017]. Disponible en: http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_inicio.htm
3. IAEST [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; [18-3-2017]. Disponible en: http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Institutos/InstitutoAragonEstadistica/AreasTematicas/02_Demografia_Y_Poblacion
4. IAEST [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; [4-4-2017]. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonEstadistica/Documentos/docs/Areas/Demogra/6.-%20CensoPoblacionViviendas/2011/fichas/A02.pdf>
5. M.T.F. El número de personas que vive en residencias de mayores se duplicó entre 2001 y 2011. Heraldo [Internet]. 2014 [7-4-2017]; 177 (8): Z-50564. Disponible en: http://www.heraldo.es/noticias/aragon/2014/04/18/el_numero_personas_que_vive_residencias_mayores_duplica_ultima_decada_282472_300.html
6. Tercera edad [Internet]. España: Datacom Multimedia S.L; 2002 [actualizado 24-4-2017; citado 30-4-2017]. Disponible en: <http://www.tercera-edad.org/salud/enfermedades.asp>
7. Matilla Mora R. Intervención en el domicilio del anciano desde la terapia ocupacional [sede web]. España: terapia-ocupacional.com; Mayo 2008 [acceso 27 de febrero de 2017]. Disponible en: http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Domicilio_anciano_terapia_ocupacional.shtml
8. Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2010.
9. Loitegui Baciero A, Trébol Urra A. La Terapia Ocupacional en la intervención domiciliaria. ZH [Internet]. 2017 [8-5-2017]. Disponible

- en: <http://www.zonahospitalaria.com/la-terapia-ocupacional-en-la-intervencion-domiciliaria/>
10. Boyt Schell B, Gillen G, Scaffa M. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. 12ª ed. Madrid: Panamericana; 2016.
 11. Dunn W, Brown C, McGuigan A. The ecology of human performance: a framework for considering the impact of context. AJOT. 1994; 48: 595 – 607.
 12. Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3ª ed. Buenos Aires: médica panamericana; 2006.
 13. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola 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. 2ª ed. [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [20 de mayo de 2017]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
 14. López Miquel J, Martí Agustín G. Mini-Mental State Examination. MLegal. 2011;37(3):122-127
 15. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med, 1.965; 14: 61-5.
 16. Hislop H, Montgomery J. Técnicas de balance muscular. 7ª ed. Madrid: Elsevier España S.A.; 2003.
 17. Kapandji AI. Fisiología Articular Miembro Superior. 6ª ed. Madrid. Panamericana; 2012.
 18. Kapandji AI. Fisiología Articular Miembro Inferior. 5ª ed. Madrid. Panamericana; 2012.
 19. Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson; 2006.
 20. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ceapat [Sede Web]. España: Imsero; 2015 [8 de marzo de 2017; 16 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.ceapat.es/ceapat_01/index.htm

ANEXOS

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

Fecha: 5-6-2017

Patología: artrosis, artritis reumatoide.

Paciente: I.M.D.

Actividad: vestido.

- ***Descripción de la actividad***

La actividad consiste en vestirse la parte inferior del cuerpo. Se viste con una falda, unas medias y unos zapatos de lazo.

- ***Demandas del espacio***

La habitación se encuentra al fondo del pasillo principal del domicilio y está iluminada artificialmente por dos lámparas, ya que no entra mucha luz natural. Tiene alrededor de 11m² con una buena ventilación y una temperatura, ruido y humedad normal. A la entrada de la habitación hay un pequeño pasillo, a la derecha se encuentra un armario, en frente de la puerta el balcón y en la pared de la derecha una cama con una mesilla a cada lado.

- ***Secuenciación y manejo del tiempo***

- Pasos específicos/secuencia

1. Se prepara la ropa encima de la cama.
2. Se posiciona en sedestación en la cama.
3. Se coloca la ropa interior hasta la altura de los muslos.
4. Se coloca en bipedestación.
5. Se sube la ropa interior hasta la cintura.
6. Se coloca en sedestación.
7. Toma las medias.
8. Se coloca las medias hasta la altura de los muslos.
9. Se levanta para poder subírselas hasta la cintura.
10. Se introduce la falda en bipedestación.
11. Se coloca en sedestación en la cama.
12. Se coloca los zapatos.
13. Se ata los zapatos.

- Requerimientos de tiempo

Necesita alrededor de diez minutos para poder realizar la actividad.

- ***Destrezas de ejecución***

- Destrezas motoras y praxis: para vestirse la parte inferior se encuentra en sedestación en la cama. Es necesario un buen rango articular de miembro superior e inferior, un buen control de tronco y una buena destreza manipulativa.
- Destrezas sensoriales y de percepción: es necesario la coordinación óculo-manual, coordinación bimanual, capacidad de ajuste para saber cuánta fuerza se debe ejercer y una buena sensibilidad táctil. Aparte de esto, necesita un buen equilibrio y propiocepción en bipedestación para evitar caídas.
- Destrezas de regulación emocional: persistencia en la actividad y tolerancia a la frustración.
- Destrezas cognitivas: atención sostenida, orientación temporal, secuenciación y planificación.

- ***Objetivos***

- Vestirse de forma correcta la parte inferior de su cuerpo.

- ***Riesgos para la seguridad***

El principal riesgo que encuentra en esta actividad es una posible caída a la hora de pasar de sedestación a bipedestación con la ropa interior y medias a la altura de los muslos y a la hora de atarse los zapatos. Aparte de esto, también puede sufrir bastante fatiga al no realizar descansos mientras realiza la actividad.

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

Fecha: 5-6-2017

Patología: artrosis, artritis reumatoide.

Paciente: I.M.D.

Actividad: ducha.

- ***Descripción de la actividad***

La actividad consiste en ducharse en la bañera. La persona tiene que introducirse en ella para posteriormente enjabonarse el cabello y el cuerpo y después aclararse.

- ***Demandas del espacio***

La habitación se encuentra a la izquierda del pasillo principal del domicilio y está iluminado artificialmente por una lámpara ya que no hay ventana. Tiene alrededor de 5 m² con una buena ventilación y una temperatura, ruido y humedad normal. Nada más entrar en el baño, a la izquierda se encuentra el váter y enfrente el lavabo con un armario situado a su derecha. A la derecha del habitáculo se encuentra la bañera.

- ***Secuenciación y manejo del tiempo***

- Pasos específicos/secuencia

1. Se prepara la ropa que se va a poner cuando salga de la ducha.
2. Coloca una toalla en el suelo.
3. Prepara la toalla con la que se va a secar al lado de la bañera.
4. Se desviste en bipedestación.
5. Abre la cortina.
6. Se introduce en el interior de la bañera.
7. Cierra la cortina.
8. Abre el grifo para mojarse.
9. Se enjabona el cabello en bipedestación.
10. Se aclara el pelo.
11. Se enjabona el cuerpo en bipedestación.
12. Se lo aclara.
13. Cierra el grifo.
14. Abre la cortina.

15.Sale de la ducha.

16.Cierra la cortina.

17.Coge la toalla preparada anteriormente para secarse en bipedestación.

- Requerimientos de tiempo

Necesita alrededor de veinte minutos para poder realizar la actividad.

- ***Destrezas de ejecución***

- Destrezas motoras y praxis: esta actividad la realiza en bipedestación en todo momento. Necesita un buen rango articular tanto de miembros superiores como de miembros inferiores, buena destreza manipulativa y un buen agarre palmar para la cortina, la esponja, el champú, el grifo, el gel y el mango de la ducha.
- Destrezas sensoriales y de percepción: es necesario la coordinación óculo-manual, coordinación bimanual, capacidad de ajuste para saber cuánta fuerza se debe ejercer, una buena sensibilidad táctil. Necesita también un buen equilibrio en bipedestación y una buena propiocepción para evitar caídas.
- Destrezas de regulación emocional: persistencia en la actividad y tolerancia a la frustración.
- Destrezas cognitivas: atención sostenida, secuenciación y planificación.

- ***Objetivos***

- Ducharse de forma correcta tanto el cabello como el cuerpo.

- ***Riesgos para la seguridad***

El principal riesgo que sufre es una posible caída tanto en la entrada a la bañera como en la estancia dentro de ella. No tiene ningún tipo de apoyo en forma de agarradera ni antideslizante en el suelo de la bañera.