



**Descripció de la tipologia d'usuaris derivats al servei de Teràpia Ocupacional
Domiciliària a la comarca d'Osona: Estudi descriptiu preliminar.**

Autor: Josep Maria Villegas i Subirana

Directora: Anna Puig Ribera

**Màster Universitari: Envel·liment actiu: Prevenció i Bases per a una Atenció
Integrada**

**Treball final de Màster – Itinerari recerca
Curs 2010-2011**

Agraïments

A l'Anna Puig per la seva capacitat d'adaptar-se i ensenyar-me.

Als meus companys de Màster per la seva amistat

A la Visi, la Bruna, la Mireia, l'Abril i als meus pares per aguantar els meus horaris

Als meus avis, el millor màster d'envelliment el vaig fer amb ells

Gràcies

Índex

1. Resum /Abstract.....	pag 5
2. Estat de la qüestió i fonamentació conceptual.....	pag 7
2.1 La Dependència	
2.1.1 Concepte de la dependència	
2.1.2 Dades epidemiològiques.....	pag 8
2.1.3 Marc legal.....	pag 9
2.1.4 L'Atenció a la dependència.....	pag 11
2.2. Intervenció domiciliària en les persones dependents	pag 13
2.2.1 L'atenció domiciliària	
2.2.2 L'atenció informal.....	pag 15
2.2.3 Tipus d'intervencions domiciliàries.....	pag 17
2.3 Teràpia ocupacional i Dependència	
2.3.1. La Teràpia Ocupacional Domiciliària (TOD).....	pag
20	
2.3.2. Servei TOD a Osona (Banc d'Ajudes Tècniques -BAT Osona)	
.....	pag 25
3. Objectius de la recerca.....	pag 27
4. Metodologia d'investigació.....	pag 28
4.1 Descripció de l'estudi	
4.2 Variables recollides	
4.3 Criteris d'inclusió i exclusió.....	pag30
4.4 Condicionants ètics i deontològics.	
4.5 Eines estadístiques emprades.	
5. Exposició de resultats.....	pag31
5.1 Descripció de la mostra	
5.2 Resultats per variables.....	pag32
6. Discussió	pag36
7. Conclusions.....	pag39
8. Bibliografia.....	pag41

Descripció de la tipologia d'usuaris derivats al servei de Teràpia Ocupacional Domiciliària a la comarca d'Osona: Estudi descriptiu preliminar.

1. Resum

Introducció

Aquest treball, aborda l'atenció domiciliària a les persones amb dependència des de la perspectiva de la teràpia ocupacional a la comarca d'Osona.

Conèixer aquesta tipologia de persones i la seva problemàtica, ha de servir per adaptar les infraestructures d'aquests serveis a fi de donar millor resposta a les seves necessitats.

Objectiu

Descriure la tipologia d'usuaris que es deriven al servei de Teràpia Ocupacional Domiciliària a la comarca d'Osona

Metodologia

S'ha realitzat un estudi descriptiu preliminar d'una mostra (n=65) de usuaris de la base de dades del Banc D'ajudes Tècniques (BAT Osona) del Consell Comarcal d'Osona.

En aquest estudi s'han analitzat les variables de sexe, edat, nivell funcional, diagnòstic, situació familiar, agents derivadors, motius de derivació i problemàtica principal detectada.

Resultats

S'indica un perfil femení de la mostra (72,09%), amb una mitjana d'edat de 74,41 anys. A nivell funcional, la mitjana de puntuació ha estat de 65 punts en l'Índex de Barthel, en persones amb patologia osteoarticular en el 18,60% dels casos. La situació familiar situa un perfil compartit de persones que viuen en família (41,86%) o soles (39,53%). En les derivacions al servei, el 58,13% dels casos es fa des dels Ajuntaments i per dificultats en el quarto de bany (46,51%). La problemàtica més detectada en aquests domicilis és la dificultat per l'accés a la banyera (67,40%).

Conclusió

Aquests resultats ens indiquen una clara tipologia de persones que s'han d'atendre i unes problemàtiques en la seva vivenda que provoquen serioses dificultats de desenvolupament funcional. Es precis, en futures investigacions acotar encara més aquets perfils i problemàtiques a fi de precisar les estratègies d'intervenció i optimitzar millor aquest tipus de recursos.

Description of the types of derivatives users in the service of Occupational Therapy at Home-Osona: preliminar descriptive study.

Abstract

Introduction

This study examines home care for dependent people from the perspective of occupational therapy in Osona.

Aim

Describe the type of users that are derived from the Occupational Therapy service to Domiciliary -Osona-

Metodology

We have conducted a preliminar descriptive study of a sample of users of the database of Bank Technical Assistance(BATOsona)-Osona District Council-.

This study analyzed the variables of sex, age, functional status, diagnosis, family situation, bypass agents, reasons for referral and the main problems detected.

Results

Profile indicated a female sample (72.09%), with an average age of 74.41 years. At functional level, the average score was 65 points in the Barthel Index in people with bone and joint disease in 18.60% of cases. The family situation places a shared profile of people living with the family (41.86%) or alone (39.53%). In the referrals to the service, the 58.13% of the cases is from the Councils and difficulties in the bathroom (46.51%). The problem also detected in these homes is the difficulty of access to the bath (67.40%).

Conclusion

These results indicate a clear type of people who have to attend and some problems in your home causing serious difficulties for development works. The precise, narrowed further in future research these profiles and problems in order to clarify the best strategies for intervention and optimize these resources.

2. Estat de la qüestió i fonamentació conceptual

2.1 La Dependència

2.1.1 Concepte de la dependència

El referent més proper que tenim al nostre país sobre el concepte de dependència és de finals del 2006, principis del 2007 amb l'aprovació i posterior posada en funcionament de l'anomenada *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Segons aquesta llei, es defineix el concepte de dependència com *"el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria, en el caso de las personas con discapacidad intelectual, o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal"*. (BOE num 299)

Aquesta definició pren la base de un document anterior aprovat l'any 1998 pel Consejo de Europa en la seva recomanació n^o98 relativa a la dependència on ja es definia el concepte com *"aquél estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria"*. (Consejo de Europa 1998)¹

En aquestes definicions, queda palès que per donar-se una situació de dependència, en aquest cas el concepte agafa la connotació funcional, sense entrar a valorar conceptes econòmics, d'addició, fan falta uns detonants bàsics: limitacions en les esferes físiques, sensorials, mentals i intel·lectuals, incapacitat per desenvolupar de forma autònoma les activitats de la vida diària i lligat a aquest segon condicionant, la necessitat d'ajuda per part d'una altre persona.

Cal destacar en el redactat de la llei, la relació entre aquests detonants amb situacions de lligades a l'edat, la malaltia i la discapacitat.

Agafant com a referent conceptual la Classificació Internacional del Funcionament, de la Discapacitat i de la Salut (CIF), publicada per la OMS l'any 2001, podem entendre en primer lloc el concepte de discapacitat com el component que engloba els dèficits a nivell de funcionament (físic, sensorial, mental o intel·lectual), la

¹ El Consejo de Europa, va constituir a mitjans de la dècada dels noranta un grup d'experts que va treballar durant dos anys en l'elaboració d'un text de consens que pugues ser assumit per la majoria dels països membres d'aquest organisme internacional. El resultat d'aquest treball va ser l'aprovació, el setembre de 1998, pel Comitè de Ministros del Consejo de Europa, d'una recomanació relativa a la dependència (Consejo de Europa, 1998)

incapacitat o limitació per desenvolupar les activitats i en tercer lloc, la restricció que suposa a l'hora de implicar-se en les situacions vitals que exigeix l'entorn (social, familiar)(Fernández J.A. 2009) i finalment el concepte de dependència com la concreció d'aquests factors en el moment en que, degut a la impossibilitat o limitació d'adaptació de l'entorn per compensar aquestes mancances, es indispensable l'ajuda d'altres persones. (Bonet I.Ú. 2009)

En aquesta classificació (CIF 2001) destaca també el concepte de barrera, com tots aquells factors ambientals en l'entorn d'una persona que condicionen el funcionament i creen discapacitat. Poden incloure aspectes com, per exemple, un ambient físic inaccessible, la falta de tecnologia assistencial adequada, actituds negatives de les persones vers la discapacitat i també la inexistència de serveis, sistemes i polítiques que afavoreixin la participació.

Els treballs disponibles, ens demostren la estreta relació entre dependència i edat. El progressiu augment de la gent gran fa que la proporció de persones amb limitacions en el seu funcionament o amb necessitat de suport per realitzar les tasques diàries també hagi augmentat, destacant que aquestes limitacions augmenten radicalment en els grups de més edat (>80anys). De totes maneres no perquè sigui en aquestes franges d'edat on es posi de manifest en major mesura aquest fenomen, vol dir que la dependència sigui un aspecte exclusiu de les persones grans, ja que es pot considerar un fet que recorre totes les estructures d'edat.

La dependència pot aparèixer en qualsevol moment de la vida. Pot donar-se per alteracions congènites, ja des del naixement, per malalties en les diferents franges d'edat o per accidents. També cal destacar que la dependència pot no aparèixer tot i parlar d'edats avançades. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2005)

2.1.2 Dades epidemiològiques

Segons la Comissió Europea, s'estima que aproximadament un 20% de la població europea de més de 65 anys, pateix algun tipus de dependència. A Espanya, aquesta xifra oscil·la entre 11% i 35% segons les fonts. (Díaz, E.; Ladra, S.; Zozaya, N. 2009)

En la EDDDES del 1999 es quantificava (tenint en compte tots els graus de gravetat i totes les franges d'edat) en 3,528,222 (9% de la població) les persones amb algun tipus de discapacitat. (Instituto Nacional de Estadística 2000)

En la darrera EDAD 2008, el número de persones amb algun tipus de discapacitat ascendia a 3,8 milions (8,5 % de la població). D'aquestes, 1,39 milions de persones, necessiten ajuda per realitzar alguna de les activitats de la vida diària.(Instituto Nacional de Estadística,2008)

A Catalunya la xifra està en el 7,61% de persones amb algun tipus de discapacitat. Segons una enquesta de l'Institut d'Estadística de Catalunya al 2007 s'estableix que 432.900 persones (el 7% de la població de més de 15 anys), necessiten ajuda o la companyia de tercers per realitzar les activitats de la vida diària. Quasi la meitat d'aquestes persones (213,000) necessiten ajuda de manera regular o habitual, mentre la resta de 219.000 persones necessiten ajuda a vegades o de forma esporàdica. Dos de cada tres persones que necessiten ajuda per les activitats de la vida diària són dones.(Palau,C.I. 2009)

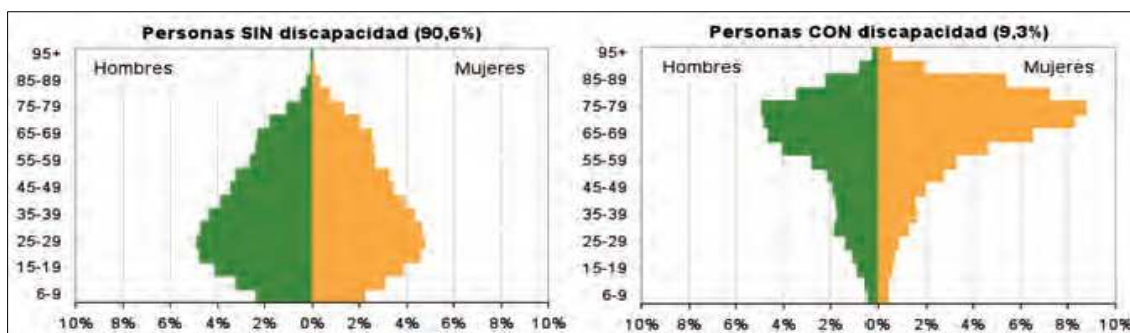


Figura 1 Piràmide de la població de sis y més anys amb o sense discapacitat (EDDES1999)(Alustiza G.A,2010)

Si ens fixem en algunes dades més enfocades en l'objecte d'estudi d'aquest treball (intervenció en l'àmbit domiciliari), destaquem que un total de 608.000 persones amb algun tipus de discapacitat, viuen soles en el seu domicili.(Institut Nacional de Estadística 2008)

En relació al tipus de afectació més predominant, podem afirmar que les dificultats de mobilitat són les més freqüents en aquestes persones (6%), seguit dels problemes per realitzar les tasques domèstiques (4.9%) i activitats d'auto cura (4.3%).(Institut Nacional de Estadística 2008)

Hi ha treballs que parlen de més d'un milió de persones, dins la seva pròpia llar, que presenten severes dificultats per llevar-se, estirar-se i fins i tot mantenir-se dempeus (sobretot en persones molt grans).

Agafant com a referència les dades derivades les sol·licituds de valoració de dependència el 2009, el perfil de la persona sol·licitant/dependent és el de una dona (65%), de més de 80 anys (60%), que viu al seu domicili (81%) valorada com a gran dependent (grau III) (56%) i majoritàriament amb el suport d'un cuidador de l'entorn familiar (58%).(Palau, C.I.2009)

2.1.3 Marc legal

Amb l'aprovació de la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (39/2006) -LAPAD-*, es varen posar les

bases jurídiques per el què ha de ser el quart pilar de l'Estat del benestar a Espanya i es va donar marc al Sistema per l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD).

La LAPAD, té com objectiu regular les condicions bàsiques que garanteixin la igualtat en l'exercici del dret subjectiu de ciutadania a la promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.(BOE num. 299)

Les institucions encarregades d'aplicar la nova legislació, són bàsicament les Comunitats Autònomes i institucions locals, partint de la legislació que s'en deriva dels acords del Consell Territorial i comptant amb el finançament que aporta l'Administració de l'Estat, concretada en els Pressupostos Generals de L'Estat.(Palau,C.I. 2009)

La llei, classifica les situacions de dependència en tres graus i són els organismes competents, designats a cada Comunitat Autònoma, els encarregats d'aplicar el barem de medició oficial i comú per tot l'estat. Aquest grau de dependència assignat, serveix per repartir els recursos i prestacions segons les necessitats de cada cas.

Els graus estipulats per la llei són els següents:

1.Primer grau o dependència moderada: Persones que necessiten ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària, almenys una vegada al dia, (per exemple, per menjar i beure, controlar la micció o la defecació, rentar-se, vestir-se...),o necessiten ajuda intermitent o limitada per mantenir l'autonomia personal.

2.Segon Grau o dependència severa: Persones que necessiten ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària dues o tres vegades al dia, però no requereixen el suport permanent d'un cuidador,o necessiten molta ajuda per mantenir l'autonomia personal.

3.Tercer grau o gran dependència: Persones que necessiten ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària diverses vegades al dia i, per la seva pèrdua total d'autonomia,necessiten el suport indispensable i continu d'una altra persona,o bé tenen necessitat d'ajut total per mantenir l'autonomia personal.

En cadascun d'aquests graus, s'estableixen dos nivells en funció de l'autonomia de la persona i de la intensitat de la cura que necessita. Els graus i nivells de dependència es determinen amb l'aplicació d'un barem acordat pel Consejo Territorial. Per la valoració d'aquests graus, es va aprovar la utilització del Barem de Valoració dels Graus i Nivells de Dependència. Per persones de menys de 3 anys, s'utilitza l'Escala de Valoració específica (EVE).(Díaz, E.; Ladra, S.; Zozaya, N. 2009)

A Catalunya el marc legal que engloba l'atenció a la dependència ve regit per la Llei 12/2007 de l'11 d'octubre de Serveis Socials. Aquest marc normatiu, ve a ser una

evolució en un procés iniciat el 1979 quan la Generalitat de Catalunya va assumir de manera exclusiva la competència en assistència social. Posteriorment es va aprovar la primera Llei de Serveis Socials (26/1985), amb la creació de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, seguit de la segona Llei 4/1994 del 20 d'abril.

El context de la Llei 12/2007, són la Llei 13/2006 de prestacions socials de caràcter econòmic i la 39/2006 de promoció de l'Autonomia i d'Atenció a la Dependència (LAPAD), abans esmentada.(DOGC num.4990 2007)

Els objectius principals de la Llei 12/2007, són garantir l'accés universal al sistema de serveis socials i prestar els serveis socials amb requisits i estàndards de qualitat òptims per garantir la dignitat i qualitat de vida de les persones.

Tot i no ser un fenomen nou, el procés de progressiu envelliment poblacional, ha donat una nova dimensió al problema. Aquesta nova dimensió és la que es relaciona amb els canvis d'estructures i disponibilitats familiar a l'hora de tenir cura de les persones amb dependència.

Evidentment, la necessitat d'assistència i/o cures en situacions de dependència, ha existit sempre; el que actualment ha canviat és la dimensió (sobretot degut al creixement del número i la proporció de persones grans), la seva importància social (ja que s'ha deixat de veure com un problema exclusivament individual o familiar per passar a percebre's com un problema que afecta a la societat en el seu conjunt) i la seva naturalesa (ja que implica redimensionar nous objectius de protecció i finançament de l'Estat del Benestar).(Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2005)

L'atenció de les persones amb dependència s'inclou dins l'àmbit dels serveis socials. La necessitat de cures inclou, no només les actuacions d'altres persones (familiars, metges, fisioterapeutes, terapeutes ocupacional i cuidadors en general,...) si no també la disponibilitat de l'entorn on es realitzarà aquesta cura i la possibilitat de disposar de les ajudes tècniques necessàries, així com de l'actuació sobre les barreres arquitectòniques. La dependència com a objecte de consideració social i administratiu està clarament lligat a una estructura organitzativa i a la possibilitat de disposar de recursos personals i materials. (Andrade J.A. 2008)

2.1.4 L'atenció a la Dependència

El nou SAAD es diferencia en molts aspectes del sistema de atenció a la dependència que existia a Espanya abans de 2007, basat fonamentalment en l'esquema protector de la *Ley General de la Seguridad Social*. En primer lloc, l'únic criteri que regula l'accés als serveis és el nivell de dependència. Això suposa un canvi substancial, degut a que fins al moment, a l'hora de rebre la prestació, es tenia en compte el nivell de renda dels beneficiaris. (Díaz, E.; Ladra, S.; Zozaya, N. 2009)

Abans de l'entrada en vigor d'aquest nou sistema, les persones amb algun grau d'invalidesa només podien acollir-se a les prestacions i beneficis per invalidesa recollits a la *Ley General de la Seguridad Social de 1994*² en la seva modalitat contributiva o no contributiva.

En l'abordatge de l'atenció de la persona dependent, la LAPAD, en el seu article 36, estableix en un dels seus punts la necessitat d'afrontar l'atenció a la dependència d'una forma coordinada entre els diferents sistemes.

*“ amb l'objectiu de garantir la qualitat del Sistema, es fomentarà la col·laboració entre diferents Administracions Públiques competents en matèria educativa, sanitària, laboral i de assumptes socials, així com d'aquestes amb les universalitats, societats científiques i organitzacions professionals i sindicals, patronals i del tercer sector”.*³

L'article 15 de la LAPAD, és l'encarregat d'especificar el Catàleg de Serveis Socials de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a la dependència.

- a) Els serveis de prevenció de les situacions de dependència i dels de promoció de l'autonomia personal
- b) Serveis de teleassistència
- c) Serveis d'Ajuda a domicili:
 - Atenció a les necessitats de la llar
 - Cures personals
- d) Servei de Centres de dia i de nit
 - Centres de Dia per gent gran
 - Centres de Dia per a menors de 65 anys
 - Centres de Dia d'atenció especialitzada
 - Centres de Nit
- e) Servei d'Atenció Residencial
 - Residència de gent gran en situació de Dependència
 - Centre d'atenció a persones en situació de dependència, a raó de diferents tipus de discapacitat.

A partir d'aquest catàleg de serveis, el que queda clar és el grans desplegament de professionals que es requeriran per desenvolupar-el. En aquest sentit, estem parlant des de cuidadors (atenció directe en la cura d'usuaris), metges, psicòlegs, treballadors/es socials, terapeutes ocupacionals, fisioterapeutes,

2..Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Disponible a: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1994-14960

3. BOE num. 299 LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

infermers/es,...(atenció d'alta especialització), fins a tasques professionals de serveis generals com hostaleria, manteniment o gestió administrativa.(Tejada J. 2009)

A Catalunya, dins el marc de la Llei de Serveis Socials 12/2007, es contempla l'anomenat Catàleg classificat de serveis i prestacions socials del Sistema Català de Serveis Socials.

2.2 Intervenció domiciliària en les persones dependents

2.2.1 L'atenció domiciliària

En situacions de dependència, i sobretot en els casos on el seu nivell és de severitat, progressivament es va reduint l'hàbitat de la persona dependent. Aquest hàbitat es centra en el domicili i només en casos d'extrema gravetat s'aconsella un trasllat hospitalari. És per aquest motiu, que el domicili passa a ser el lloc ideal per romandre en aquestes situacions sempre que s'hi puguin oferir les cures oportunes. Aconseguir el major temps possible de permanència al domicili és objectiu principal tant dels Serveis de Salut com de Serveis Socials. (Rodríguez,J.V.Z.1999)

Però per aconseguir aquesta fita, es planteja com a indispensable la valoració integral i la coordinació multi professional dels dos sistemes. (Segura, J.C.C.2009)

En l'àmbit sanitari, al parlar d'atenció domiciliària, parlem del tipus d'assistència o cures que es presten en el domicili a aquelles persones i a les seves famílies que, degut al seu estat de salut o a altres criteris prèviament establerts per l'equip assistencial, no poden desplaçar-se al centre de salut.

Aquest tipus d'atenció, es pot analitzar des de varies perspectives. Es pot entendre com una demanda més a atenció primària, amb l'única diferència de que es realitza en el domicili, o bé com una estratègia dels serveis de salut, buscant potenciar l'escenari tradicional de l'atenció domiciliària.(De la Revilla, L.; Espinosa, JM. 2003)

A Catalunya, la xarxa d'atenció comunitària, està formada pels Centres de Atenció Primària (CAP). L'Àrea Bàsica de Salut, està formada per un CAP i pels diferents consultoris de salut locals. Els professionals d'aquests centres ofereixen una atenció integral, que inclou l'atenció i la prevenció de malalties, l'educació en els hàbits saludables i l'orientació en l'assistència social.

L'atenció al domicili la realitzen els anomenats equips d'Atenció Domiciliària (ATDOM) i també poden rebre el suport dels equips del Programa de Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES), que està especialment dissenyat per oferir atenció i suport en els casos de dependència severa o en el final de vida (tant oncològics com per altres patologies).⁴

La vessant des dels Serveis Socials Comunitaris, ofereix la perspectiva d'aposta per la resolució de problemes generats en el domicili quan el suport informal defalleix. En aquests casos és quan es genera tot el sistema de suport formal (SAD).(De la Revilla, L.; Espinosa, JM. 2003)

El SAD el podem definir com “el programa individualitzat, de caràcter preventiu i rehabilitador, en el que s'articulen un conjunt de serveis i tècniques d'intervenció professionals consistents en atenció personal, domèstica, de suport psicosocial i familiar i relacions amb l'entorn, prestats en el domicili d'una persona gran dependent en algun grau” (Rodríguez, P. 2003).

Actualment a Espanya, amb dades del 2011, la cobertura de Serveis d'atenció ajuda a domicili (SAD) de persones amb dependència és d'un 13,8% (116,000), sent a Catalunya d'un 9,53% (13,288). (IMSERSO 2011)

De totes maneres la proliferació de diferents professionals, institucions i organitzacions molt cops crea confusions i incoordinacions que qüestionen la rendibilitat dels recursos que generen. (Castejon JM. 2005)

En aquesta direcció, alguns autors ja es plantejaven aquests tipus de mancances i anaven més enllà en les necessitats que havia de resoldre aquesta atenció.(Veure Taula 1)

Problemes en la coordinació sociosanitària
Falta de prioritització d'aquesta activitat assistencial dins dels equips d'atenció primària front a altres activitats dins el centre de salut.
Falta de definició de una cartera de serveis d'atenció a domicili per part dels diferents proveïdors en el sector.
No utilització regular dels equips PADES com “suport”.
Poca integració dels serveis sanitaris d'atenció domiciliària sanitària i els serveis d'ajuda a domicili social.
Planificació insuficient i inapropiada de les altes hospitalàries que faciliti un continuum assistencial.
Utilització de protocols diferents en relació a l'atenció de determinats processos, especialment d'aquells que requeriran continuïtat assistencial post alta.
Poca planificació en l'accés a serveis sociosanitaris.
Poca capacitat d'adaptació de la llar i de provisió d'ajudes tècniques
Absència de case-mix definits i sistemes clars de finançament de l'atenció domiciliària.
Dèficit de provisió de serveis de suport complementaris com la rehabilitació domiciliària i la teràpia ocupacional.

Taula 1. La coordinació sociosanitària en un escenari de atenció compartida. (Segura, J.C.C. 2002)

Tot i que podem afirmar que l'atenció domiciliària és un camp d'actuació molt rellevant dins l'atenció de les persones grans dependents, també queda palès que és un escenari on es posen de manifest les contradiccions i incoordinacions del propi sistema d'atenció. De totes maneres podem dir que és l'àmbit ideal per desenvolupar les estratègies de prevenció i atenció destinades a evitar el desenvolupament de la dependència, minimitzar els seus efectes quan es presenta i oferir cures de qualitat en fases més avançades.(Castejon JM. 2005)

2.2.2 L'atenció informal de la persona dependent

La immensa majoria de persones dependents, són atesos a casa per la seva família. És el que anomenem cura informal. La cura familiar neix del fet de que l'espai familiar és el context principal on la malaltia i la posterior dependència es presenta i es resol. (Bonet I.Ú 2008)

Cal tenir en compte aquest suport familiar a l'atenció de les persones dependents tal com defensa l'atenció domiciliària centrada en l'atenció familiar.(De la Revilla, L.; Espinosa, JM. 2003)

Degut a que les situacions de discapacitat i dependència impliquen, casi per definició, la necessitat d'ajudes per realitzar les activitats que comporten dificultat, la articulació entre les pautes i rutines de suport familiar i les ajudes als membres de la família amb discapacitat és molt intensa.(Alustiza G.A. 2010)

Segons diversitats de treballs, l'atenció familiar a les persones dependents, té un impacte tant psicològic, físic i emocional sobre la persona cuidadora.

Es pot identificar clarament el perfil de la persona responsable de la cura del familiar dependent. Parlaríem d'una dona casada, normalment la filla de la persona amb dependència, amb estudis primaris, una edat mitja de 56 anys i que habitualment conviu amb el familiar dependent.(González A. 2009)

En una recent enquesta a famílies en l'àmbit dels països de la UE-27, aquestes declaraven que el quart problema més significatiu al que s'enfrontaven, darrera els costos de la vivenda, dels fills i la conciliació familiar i laboral, era la cura de pares i gent gran. Un 30% de les respostes a la pregunta sobre quina hauria de ser la orientació de les polítiques socials sobre cures de llarga durada, eren referides a la de proporcionar serveis que permetessin a la gent gran romandre el major temps possible en els seus domicilis. (Prieto,C.V. 2009)

En aquest sentit, Berjano (2005), assenyala les expectatives del conjunt de la població respecte al seu desig de envellir a casa resulten coincidents amb les de les pròpies persones grans que es troben o poguessin trobar-se en un futur en situació de dependència, el que evidencia que el creixement de les necessitats d'atenció

domiciliària i adaptació funcional es mantindrà amb l'envelliment de les següents generacions.(Berjano E. 2005)

Aquestes dades es corroboren amb altres estudis que conclouen el el 89% de persones amb algun tipus de dependència que volien ser ateses al seu domicili després d'un període d'ingrés hospitalari, però amb el condicionant de poder disposar dels recursos necessaris per fer-ho.(Iturria, J.A.1997)

Aquesta voluntat, no deixa d'amagar les greus conseqüències , abans esmentades, que comporta la cura de llarga durada d'una persona amb dependència.

Un recent treball, destaca diversos factors de risc de la sobrecàrrega psíquica, física i emocional en el que ells anomenen cuidador "crucial", tenint-el en compte com a un pacient en el futur. Aspectes com l'esgotament no lligat a l'esforç, factor comú en determinades situacions límit, en ocasions en casos de percepció d'absència de suports socio-sanitaris immediats, i aspectes relacionats amb el desconeixement del tipus de malaltia i procés i maneig pràctic.(Lluch A. Et cols. 2010)

Diversos estudis parlen de diferents estratègies, des de l'àmbit de salut, de suport al cuidador informal. El que queda palès en aquests treballs és el fet de que la majoria de programes realitzats, tracten estratègies psicoeducatives, en programes o sessions grupals i amb especial incidència en aspectes de sobrecàrrega psíquica i emocional del cuidador.(Torres M., et cols 2008)

En aquesta direcció, tot i no ser majoritària la seva presència en literatura relacionada amb el suport a la persona cuidadora de persones amb dependència, destaca algun treball on es destaca la importància de l'assessorament i informació sobre la necessitat de disposar d'un entorn físic aquedat i adaptat a les necessitats de cada cas, que actuï com a entorn facilitador de la cura i maneig de les persones amb dependència i com a factor de prevenció de la sobrecàrrega del cuidador principal.(Lawton, M.P. 1973)(Torres M., et cols 2008)

De fet, la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, ja contempla en el seu redactat, la formació no només de professionals si no també a les persones cuidadores, com a objectiu.

2.2.3. Tipus d'intervencions domiciliàries

En l'exposició feta anteriorment en el punt 2, es desprèn que gran part de l'atenció i intervencions dirigides a les persones amb dependència i al suport de les seves famílies, s'ha de realitzar en el domicili i per diferents professionals.

Així doncs, en el domicili hi poden intervenir entre d'altres professionals:

- ⤴ Treballador/ra social: Té la funció de valorar la situació de la persona i la vivenda per assessorar i procurar els recursos disponibles més adequats en cada moment.
- ⤴ Infermer/ra: Realitza les cures d'infermeria necessàries, l'educació sanitària i en molts moments, agent coordinador entre diferents professionals sanitaris i socials.
- ⤴ Fisioterapeuta: Treballa amb la persona i forma a la família en programes concrets d'exercicis i activitats per procurar de mantenir components de força, coordinació, equilibri,...amb l'objectiu de millorar o manteniment funcional.
- ⤴ Terapeuta Ocupacional: Ha de ser l'autèntic protagonista en les teràpies no farmacològiques. Utilitza les activitats diàries de forma terapèutica, adapta aquestes tasques, aconsella les modificacions del domicili i les ajudes tècniques més pertinents, amb l'objectiu de retardar al màxim la pèrdua de capacitats així com facilitar a la família la tasca de cura de la persona, formant i creant habilitats per fer-ho.

Evidentment, és necessari el suport de diferents nivells d'atenció mèdica (primària, especialitzada, equips de suport geriàtric o pal·liatiu).(Rodríguez,J.V.Z.1999)

2.3 Teràpia Ocupacional i Dependència

L'any 1999, la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales, va definir la Teràpia Ocupacional (TO) com “ *la disciplina sociosanitària que avalua la capacitat de la persona per desenvolupar les activitats de la vida diària i intervé quan aquesta capacitat està en risc o malmesa per qualsevol causa. El Terapeuta Ocupacional utilitza l'activitat amb propòsit i l'entorn per ajudar a la persona a adquirir el coneixement, les destreses i actituds necessàries per desenvolupar les tasques quotidianes requerides i aconseguir el màxim d'autonomia i integració*”.

De forma més recent, la Red Europea de Terapia Ocupacional en la Enseñanza Superior (ENOTHE 2000), defineix: “*La Teràpia Ocupacional utilitza un*

enfoc centrat en el pacient per mitja de l'activitat per possibilitar la funció ocupacional i per promoure el benestar dins el seu ambient, per millorar la seva qualitat de vida".

El marc de treball de la TO és la ocupació. El concepte d'ocupació s'entén com el grup d'activitats que tenen un significat personal i sociocultural per les persones. La ocupació està determinada per la cultura, promou la participació en la societat i inclou els contextos personal, espacial i temporal i entorn on aquesta es dur a terme.

Es per tant considerada com l'eina d'interacció de la persona amb el seu entorn.

Sota aquest concepte d'ocupació, destaca el treball de TO amb l'activitat. Activitat significativa aplicada tant a la pròpia persona com, en els supòsits que desenvolupem, en la tasca duta a terme pels cuidadors.(Brea M. 2008)

En situacions de dependència la realització de les activitats bàsiques de la vida diària, així com el suport d'altres persones en la cura d'aquestes activitats, passa a ser un dels objectius bàsics de la intervenció de la TO.

Com diu la pròpia Llei de la Dependència en la seva definició del concepte de dependència, hi ha una situació de limitació funcional, que repercuteix en les desenvolupament de les activitats de la vida diària i que necessiten de l'ajuda de terceres persones. Per tant, s'identifica com un signe d'absència de salut, el fet de no poder desenvolupar una ocupació.

Aquest treball vol fer èmfasi en el paper de la Teràpia Ocupacional com a intervenció fonamental a l'hora de contribuir a la necessitat de suport en l'atenció de la persona amb dependència.

Des d'aquesta perspectiva, la Teràpia Ocupacional ofereix diferents alternatives, proveint de coneixements sobre la malaltia i sobre possibles estadis evolutius, així com potenciant i empoderant a la persona cuidadora per poder desenvolupar aspectes de independència funcional en el desenvolupament de les activitats de la vida diària.(Méndez, M.C. 2007)

En aquesta direcció s'han plantejat intervencions des d'aquest àmbit (Gitlin L.N 2001), fonamentades en els plantejaments de Lawton i Nahemow (1973) amb tres objectius fonamentals: a) proporcionar educació al cuidador, b) entrenar al cuidador en tècniques de solució de problemes i habilitats tècniques i c) realitzar adaptacions ambientals simples.

Aquest plantejaments, van donar resultats positius en reducció de l'estres, millorés la sensació de benestar i es reduís la percepció de necessitat d'ajuda. Seguint aquestes estratègies, (Dooley, Hinojosa 2004), varen desenvolupar un programam similar obtenint resultats satisfactoris en relació a la reducció de la sobrecàrrega del cuidador i a la seva percepció de qualitat de vida.

La intervenció des de TO és basa en tres pilars fonamentals: Valoració i exposició de la problemàtica, planificació i proposta dels objectius a aconseguir, proposta i consens de la intervenció a realitzar i finalment la revaluació i modificació.

Creek J. 1997, destacava tres grans fases:

- ⤴ Avaluació: Dividida en avaluació/derivació, avaluació inicial i avaluació detallada.
- ⤴ Tractament/Intervenció: planificació, realització del tractament i revisió d'aquest (revaluació del progrés)
- ⤴ Valoració: revisió final.

Trombly, C.A. al 1990 per la seva banda, descrivia la tasca clínica del terapeuta ocupacional com un procediment de resolució de problemes, seguint el que anomenava procés de planificació:

- ⤴ Obtenció de dades
- ⤴ Interpretació de les dades
- ⤴ Identificació dels problemes
- ⤴ Establiment dels objectius i prioritats
- ⤴ Formulació del pla de tractament: enfocament, principis teòrics i mètodes
- ⤴ Realització del tractament
- ⤴ Revaluació del procés

Cal tenir en compte al descriure aquests procediments, que la majoria de casos en que s'intervé des de TO, tenen un punt de partida previ que és la derivació.

Segons bibliografia consultada (prèvia a l'aprovació de la Llei de la Dependència), a Espanya la gran majoria dels pacients són derivats per metges i altres professionals sanitaris. Amb menor freqüència, per orientadores, professors, educadors o treballadors socials, etc... (Ayuso, D.M.R. 2003)

L'expansió en l'àmbit dels Serveis Socials i a la derivació dels seus professionals ha estat més significativa arran de La posada en marxa del Sistema para la Autonomia y Atención a la Dependencia (SAAD) i ha suposat un fort impuls per la TO. (García Crespo, V. 2008)

Tot i que la normativa no inclou, específicament la seva presència dins els equips de valoració, en les diferents comunitats autònomes, hi és present. La contrapartida és que, tret de pocs casos, és aquest el seu únic espai i en aspectes de valoració del barem de la dependència i no com a agent d'intervenció.

La Teràpia Ocupacional en l'àmbit dels domicilis, porta dècades en funcionament en països com Estats Units (Steinhauer, M.J. 1984), Austràlia, Amèrica del Sur o el nord d'Europa. És la combinació d'un treball en context institucional amb

l'ambient domiciliari el què s'ha anat produint progressivament amb més força. (Pollard, N. 2005)

A Espanya, aquesta expansió es va fent però de manera més tímida, tot i que no són moltes, encara, les institucions públiques que ofereixin aquest tipus de servei.

Al 2007, en un estudi realitzat a professionals de TO, s'analitzava el paper professional que desenvolupen els terapeutes ocupacionals i sobre l'àmbit de les adaptacions de les vivendes, ja es reflectia, sensació de desconeixement i poca valoració professional, o falta de coordinació amb altres agents. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2007)

Actualment és des de Serveis Socials, molts cops locals, on s'està introduint aquesta funció, molts cops sota el marc de serveis de bancs d'ajudes tècniques (a Catalunya amb exemples com Osona, Terres d'Ebre)⁵.

Aquests serveis, són sistemes de préstec, recuperació i emmagatzematge de aparells (ajudes tècniques) per un posterior ús temporal per altres persones. De totes maneres les dificultats per gestionar i desenvolupar aquests bancs, són evidents: cost del manteniment de les ajudes, de la logística (transport, magatzem, processos de higiene,...).(Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2007)

2.3.1 La Teràpia Ocupacional Domiciliària

Cada cop són més els estudis basats en l'evidència que apunten a beneficis significatius per la persona que rep teràpia ocupacional al domicili, però la gran majoria indiquen la necessitat de més investigacions.(Di Monaco, M 2008)(Lannin, N. 2007)(Helewa, A. 1991)

La pràctica de la TO a nivell domiciliari, es diferencia de l'assistència en altres nivells. La diferència principal radica en que l'afrontament i tractament dels problemes, es fa de manera immediata i sorgint d'una necessitat de desenvolupament ocupacional referit per la pròpia persona o familiar, i en el fet de que tota la intervenció es dur a terme en l'entorn real d'aquesta persona o família, lluny dels entorns adaptats i ficticis dels àmbits hospitalaris.(Molina, P.D. 2004)

La base de la TO en les cures a domicili, és un model pràctic de resolució de problemes. Tan es dirigeix a la millora o manteniment de l'autonomia de la persona, en la formació, orientació i entrenament en estratègies de maneig a la família, com a la proposta i assessorament en modificacions ambiental i/o ajudes tècniques.(Matilla R. 2006) Les estratègies es dirigeixen principalment a la prevenció de caigudes i

5 http://www.grupperemata.cat/resource/pere_mata_desembre08.pdf
<http://www.ccosona.es/index1.php?idF=2&idSubF=120>

accidents, i a adaptar l'entorn per prevenir incapacitat funcional i dependència.(Molina, P.D. 2004)

Les funcions del terapeuta ocupacional en l'àmbit domiciliari són:(Berrueta Maeztu, L.M. 2009)

- ⤴ Valorar les capacitats de la persona, la situació, l'entorn familiar, les persones de suport i el domicili.
- ⤴ Valorar les necessitats ocupacionals i planificar el pla de tractament.
- ⤴ Estimular un nivell adequat d'activitat en funció de les necessitats i interessos de les persones promovent un adequat equilibri ocupacional.
- ⤴ Ensenyar i entrenar estratègies per facilitar, proporcionar seguretat i aconseguir la màxima autonomia possible en les activitats de la vida diària (AVD).
- ⤴ Aconsellar, adaptar i entrenar en l'ús d'ajudes tècniques i adaptacions de l'entorn per facilitar les AVD a les pròpies persones i cuidadors i proporcionar seguretat.
- ⤴ Valorar el seguiment i modificar el tractament en cas necessari.
- ⤴ Formar i orientar a la família i/o cuidadors en tècniques d'estimulació , prevenció i mobilització.
- ⤴ Documentar els serveis prestats i la informació clínica de la persona.
- ⤴ Coordinar-se amb la resta de professionals
- ⤴ Coordinació amb els recursos necessaris de la comunitat

A nivell d'hospitals d'aguts, caracteritzat per la breu estança de la persona, es podran treballar aspectes de valoració funcional, entrenament d'equips adaptats o temes de posicionament, però poques vegades es podrà valorar l'impacte d'aquestes intervencions en el seu medi habitual. (Ayuso, D.M.R. 2003)

En nivells de unitats de rehabilitació o llarga estada, tot i ser estances de més durada, un cop a l'alta es perd la visió del seu desenvolupament al domicili.

Al intervenir un cop la persona és al seu domicili, permet veure in situ la seva interacció amb l'entorn, i les intervencions poden tenir un impacte immediat i significatiu.

En aquest sentit, en la intervenció en els serveis socials de base, destaquen funcions més específiques del propi entorn com:(Berrueta Maeztu, L.M. 2009)

- ⤴ Valorar i adaptar l'entorn
- ⤴ Valorar i prescriure les ajudes tècniques necessàries

- △ Participar en la planificació de supressió de barreres arquitectòniques no només al domicili, si no també a la comunitat.
- △ Formar , orientar i donar suport a família, cuidadors, colectius i institucions en la utilització d'activitats útils per mantenir un adequat estat de salut de la gent gran.

Hem de tenir en compte que al parlar “d'entorn domiciliari”, em de tenir en compte que ens referirem a un sistema complexe compost per cultura, persones properes i aspectes físics del espai, que afectaran, sense cap dubte, al servei proporcionat.(Molina, P.D. 2004)

El Model de la Ocupació Humana (MOHO) de Gary Kielhofner, conceptualitza l'entorn com “ els objectes, fet externs i les persones que influeixen en l'acció d'un individu”, així com “l'espai físic, social i cultural en el que opera la persona i sense la interacció del qual, no existiria”.(Kielhofner,G. 1980)

Lawton (1987) per la seva banda parla de “ espai, estructura física, objectes, ítems de decoració, d'altres persones o de conducta col·lectiva de varies persones”

Donada la importància d'aquest complexe sistema que forma l'entorn domiciliari, és important destacar alguns conceptes que afecten directament en la intervenció al domicili.(Lawton, M.P. 1987)

L'entorn cultural, inclou les actituds, conductes socials, creences i hàbits. Aquest és el primer referent que es mostra al intervenir en un domicili. Es mostra la forma de vida, formes de pensar i d'enfocar la situació, habilitats socials i rols de cadascun. La valoració d'aquests aspectes (conversa informal inicial, ...) ajudarà a formar el que serà la relació terapèutica, facilitarà la identificació, per part del terapeuta, de les prioritats i expectatives, i es crearà l'ambient idoni pel consens d'objectius i intervencions.

L'entorn social, està compost per les persones més properes i significatives per la persona (parella, fills,...). Aquesta estructura, també es veu alterada davant una situació de dependència i per tant el seu paper serà clau en la dotació de les cures necessàries. S'ha de poder donar la oportunitat de demostrar la seva implicació en el procés en aspectes com la instrucció en exercicis concrets, en la forma i tipus d'ajuda que han de proporcionar, en el valor de les potencialitats de la persona,...

L'entorn físic, és l'entorn on resideix la persona. Té un impacte molt significatiu en l'execució de les activitats (autonomia), però també en l'execució de les cures i atencions (dependència). (Molina, P.D. 2004)

El paper de la llar en la qualitat de vida és més fonamental en col·lectius amb major discapacitat física o de qualsevol tipus.(Pengelly, S. 2006)

Lawton al 1987, sobre els principals atributs que s'havien d'abordar en el treball del terapeuta ocupacional al domicili. Parlava de *seguretat* (l'entorn ha de disminuir el risc d'accidents i proporcionar ajuda en casos de necessitat), *confiança* (grau de tranquil·litat psicològica i satisfacció personal), *accessibilitat* (facilitació de la participació, millor salut funcional) i *comprensibilitat* (grau en que l'entorn pot ser entès per la persona).(Lawton, M.P. 1987)

Segons un treball de Newman (2003), es suggereixen tres vies per les quals la vivenda pot afectar a la salut de les persones (en aquest estudi, les persones grans). En primer lloc, la vivenda i el seu entorn, incideixen sobre la viabilitat i cost de oferir serveis d'atenció domiciliària de qualitat. En segon lloc, les condicions objectives d'una vivenda poden augmentar els riscos pels seus residents; això és especialment clar per les persones de molta edat amb problemes físics o cognitius. Finalment, en tercer lloc les condicions del barri o entorn urbà (entorns socials) en termes de recursos disponibles (tendes, transports,..) també poden tenir importants conseqüències sobre la salut.(Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2007)

En una enquesta del 1990 realitzada des del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), es recollia el resultat de que pràcticament la meitat de la població de gent gran reconeixia que la seva vivenda necessitaria algun tipus de reparació, essent per el 13% dels enquestats reparacions importants.(Cruz, P. 1989)

El mateix any, un estudi centrat en l'impacte de la vivenda en els resultats sobre independència funcional d'individus amb discapacitat, confirmava que els persones grans sovint només requereixen adaptacions menors, com la instal·lació de barres de bany.(Dunn, P.A. 1990)

Significatiu és l'estudi de Berjano al 2005, comparant les respostes obtingudes, en dos estudis CIS de dos anys diferents (1998 i 2002), de la mateixa pregunta relativa a l'expectativa d'atencions que es desitjaria rebre en cas de veure's afectat/da per una situació de dependència. Un 46% (1998) i un 66,7% (2002), responien amb la voluntat de romandre a casa amb les adaptacions necessàries. (Berjano E. 2005)

Si ens centrem amb les dificultats reals que es troben les persones amb algun tipus de dependència o limitació funcional en les seves vivendes, l'enquesta de Discapacitat (TODODIS) i l'enquesta de Salut (SALIDDIS), existeix un grup de 592,164 persones amb condicions de màxima fragilitat, potencialment necessitades d'ajudes importants si els seus entorns no estan adaptats. D'aquest gruix poblacional, 429,349 son majors de 64anys. (Instituto Nacional de Estadística 2000)

En un submostratge d'aquests estudis (n=8775), el 37,7% de persones refereixen dificultats en les escales i el 14,20% en el bany.

Relacionant les dades de TODODIS i SALUDDIS amb diferents limitacions funcionals (específicament pèrdua de resistència i força, dificultat per inclinar-se o flexionar-se, dificultats per desplaçar-se i incapacitat per utilitzar les extremitats inferiors), el 85,39% declaraven tenir problemes en les escales de la seva vivenda i el 63,94% problemes per utilitzar els seus quartos de bany.

En un treball realitzat per mitjà d'enquesta a terapeutes ocupacionals de l'àmbit domiciliari amb cert grau d'expertesa, el tipus d'adaptacions més freqüents realitzades als domicilis eren els relacionats amb els accessos generals (escales, rampes,...) i als quartos de bany. Prenent els diferents elements de cada grup, es pot establir un rànquing d'adaptacions⁶ més freqüents:

- ▲ Instal·lar barres de bany
- ▲ Elevació del wc
- ▲ Retirada de la banyera
- ▲ Instal·lar seient per accés a la banyera i a la dutxa
- ▲ Canvi de distribució del bany
- ▲ Instal·lar terres antilliscants
- ▲ Instal·lar rampes
- ▲ Canvis en la distribució general de la vivenda

Revisant les dades de l'estudi, es pot afirmar que el bany és el lloc de treball més comú del terapeuta ocupacional al domicili i complementant amb la informació de que el major beneficiari és la població de més de 65 anys.(Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2007)

Reafirmant aquests resultats, el Libro Verde: La Accesibilidad en España (Alonso 2002: 77), referia:

“BAÑOS: Es la asignatura pendiente de la accesibilidad en las viviendas. En efecto, el 96% de los baños de viviendas analizadas sólo disponen de espacio libre para inscribir un círculo de diámetro igual o inferior a 1,20 m, lo que significa que prácticamente la totalidad de los baños son inaccesibles. Este resultado es independiente del número de baños que posea la vivienda y de la superficie total destinada a ellos, estimándose que la superficie deficitaria media en los baños para que sean accesibles es inferior al 3% de la superficie total útil de la vivienda.”(Alonso, F. 2002)

6 Inclou les Ajudes Tècniques o Productes de Suport en el terme adaptacions

2.3.2. Servei de Teràpia Ocupacional Domiciliària a la comarca d'Osona (Banc d'ajudes Tècniques d'Osona -BAT Osona-).

El BAT Osona, va néixer a Manlleu l'any 2005 com una iniciativa de la Fundació Hospital St. Jaume que conjuntament amb el CAP i els responsables del Departament de Benestar Social i Salut Pública de l'Ajuntament, varen decidir apostar per la iniciativa.

Aquest projecte servia per realitzar préstecs temporals de ajudes tècniques a persones derivades dels diferents agents abans esmentats. Aquestes ajudes inicialment es van aconseguir per mitjà de compra i posteriorment a través de donacions. El seu àmbit de influència, llavors, estava molt limitat a la zona d'Osona Nord i comptava amb una terapeuta ocupacional a temps parcial i ubicada al magatzem.

El 2006/2007 amb l'entrada del Consell Comarcal d'Osona es va donar un gir, dotant al projecte d'un àmbit d'influència comarcal i amb la idea de que el professional, prèvia derivació dels diferents agents socials i sanitaris de la comarca, valorés les necessitats dels usuaris directament al domicili.

Actualment el BAT Osona és:

- ⤴ Servei de valoració, assessorament i intervenció domiciliària
- ⤴ Servei de préstec d'Ajudes Tècniques
- ⤴ Pèrit del programa de subvencions per la compra d'Ajudes Tècniques del Consell Comarcal d'Osona

El BAT Osona, depèn del Consell Comarcal d'Osona i la seva font de finançament bàsica és un conveni, signat el 2008, amb tots els ajuntaments de la Comarca d'Osona.

Actualment està format per un terapeuta ocupacional a jornada completa, encarregat de la gestió diària del servei així com de les valoracions i intervencions domiciliàries i una auxiliar administrativa a mitja jornada. Amb aquest canvi, no només millorava la el recurs, si no que es va poder dotar de més criteri el sistema de préstecs i a la vegada es va poder fer més sostenible.

En l'actualitat, s'està donant una cobertura de uns de 440 casos nou a l'any (650 comptant revaluacions) i generant 400 préstecs de material.

A nivell logístic i degut al progressiu creixement del servei, actualment s'està treballant en col·laboració amb l'Associació St. Tomàs (departament de centre

ocupacional) dedicats a l'atenció i cura de persones amb discapacitat intel·lectual, per les tasques de magatzem, transport, higiene i desinfecció i manteniment.

Com a projectes paral·lels del BAT Osona, hi ha la coordinació en projectes d'assistència, recerca i innovació amb el Centre per a l'Autonomia Persona SIRIUS de Vic (depenent del Departament de Benestar i família de la Generalitat de Catalunya i adscrit a la Universitat de Vic), així com la col·laboració en projectes de cooperació amb la Fundació Nani Roma (Proyecto Mauritania)⁷.

7 <http://www.youtube.com/watch?v=IYEtsXKvWnY>

3. Objectius de recerca

- ⤴ Definir un perfil dels usuaris derivats al servei de Teràpia Ocupacional (BAT Osona)
- ⤴ Conèixer el motius principals pels quals els usuaris són derivats al servei de Teràpia Ocupacional Domiciliària(BAT Osona)
- ⤴ Conèixer quins són els principals agents generadors de derivacions al servei de Teràpia Ocupacional Domiciliària(BAT Osona)
- ⤴ Conèixer quins són els principals problemes detectats i valorats en els domicilis dels usuaris derivats al servei de Teràpia Ocupacional (BAT Osona)

El motiu per el qual es planteja aquest treball i es plantegen aquests objectius és el fet que es consideri la seva rellevància en relació a tres aspectes claus:

- ⤴ La progressiva i emergent posada en marxa de serveis de teràpia ocupacional en l'entorn domiciliari dins l'àmbit general espanyol i específic de Catalunya.
- ⤴ La significació que representa el fet d'un servei com el del Banc d'Ajudes Tècniques d'Osona, pioner en aquest tipus d'intervenció a la comarca d'Osona.
- ⤴ La necessitat de més recerca en aquest camp i d'obtenir més informació i més resultats empírics sobre aquests tipus de serveis i intervencions.

4. Metodologia d'investigació

4.1. Descripció de l'estudi

Per aquest treball s'ha realitzat un estudi descriptiu preliminar a partir de les dades obtingudes de la base de dades del Banc d'Ajudes Tècniques d'Osona del Consell Comarcal d'Osona (BAT Osona). S'ha utilitzat aquesta metodologia amb la finalitat d'identificar unes característiques concretes.

La recollida de dades per aquest estudi s'ha fet per mitja de l'anàlisi de fitxes d'usuaris i d'informes d'intervenció realitzats pel terapeuta ocupacional del servei.

4.2. Variables recollides

Les variables recollides i analitzades són les següents:

- ▲ Sexe: Home / Dona
- ▲ Edat: anys
- ▲ Nivell funcional per mitja de l'Índex de Barthel⁸ (veure taula 2)

L'Índex de Barthel és un instrument àmpliament utilitzat per la medicació de la discapacitat de la persona per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària, obtenint-se així una estimació quantitativa del grau de dependència del subjecte. Utilitzada des de 1955, ha donat múltiples versions i s'ha fet servir com a comparatiu d'altres escales de valoració.

És una mesura fàcil d'aplicar, amb un alt grau de fiabilitat i validesa, capaç de detectar canvis. Fàcilment interpretable i la seva aplicació no causa molèsties al subjecte.

La puntuació d'aquesta escala és la següent:

- De 0 a 20 punts : Dependència total.
- De 21 a 60 punts : Dependència severa.
- De 61 a 90 punts: Dependència moderada.
- De 91 a 99 punts: Dependència lleu.
- 100 punts: Independència funcional.

Taula2. Valoración de la discapacidad física: El Índice de de Barthel . (Cid Ruzafa J. 1997)

- ▲ *Diagnòstic principal*
 - ▲ Alteració de la marxa : Problemes d'equilibri i coordinació que es manifesten en la deambulació de la persona

8. Versió original: Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: Barthel index. Md State Med J 1965; 14: 61-5.

- ⤴ Dany Cerebral Adquirit (DCA): Malaltia cerebral vascular, Traumatisme crani encefàlic
 - ⤴ Demències : Només en persones que s'havia filiat el diagnòstic.
 - ⤴ Fractures varies: S'inclou fractures d'extremitats superiors i inferiors, descartant la fractura de fèmur.
 - ⤴ Fractura de fèmur: S'inclou com a entitat pròpia.
 - ⤴ Intervenció quirúrgica recent (IQ): S'inclouen els casos en que s'ha produït una davallada funcional arran d'una intervenció quirúrgica. No s'inclouen les IQ de pròtesis de maluc o genoll o les realitzades com a conseqüència d'una fractura de fèmur.
 - ⤴ Malalties cròniques avançades (MCA): En aquest estudi, malalties cardíaques i respiratòries cròniques.
 - ⤴ Malalties neurològiques: Esclerosis Múltiple.
 - ⤴ Malaltia oncològica: Persones amb diagnòstic de càncer.
 - ⤴ Osteoarticulars: Inclou processos d'artropatia degenerativa, artritis reumatoide o espondiloartrosis.
 - ⤴ Pluripatologia: S'inclouen persones amb diversos diagnòstics principals amb situacions de fragilitat.
 - ⤴ Senectut: No és estrictament un diagnòstic clínic. S'inclouen els casos de envelliment fisiològic no exempt de possibles dificultats funcionals.
-
- ⤴ *Situació familiar*: S'utilitzen els ítems bàsics (viu sol/a, viu amb parella i viu amb família) que estan validats en l'Escala de Valoració del Risc Social. (Cabrera González, D.,1990)
-
- ⤴ *Institució derivadora*: Ajuntaments (Serveis Socials Bàsics), ABS (Àrees Bàsiques de Salut, Hospital d'Aguts, Hospitals Sociosanitaris, Altres (particulars que acudeixen al servei derivats per conductes no reglats).
-
- ⤴ *Motiu de derivació*: Es recullen agrupats els motius de derivació al servei per parts dels agents derivadors (dificultats en el bany, dificultats en la pròpia mobilitat, valoració de riscos i dificultats en el maneig per part dels cuidadors)
 - ⤴ *Problemàtica principal detectada*: Es recullen agrupades les principals problemàtiques detectades i registrades en els informes de valoració del terapeuta ocupacional (dificultats d'accés a la banyera, a la dutxa, dificultat en els accessos entre les diferents plantes de la vivenda, dificultat per la transferència específica del wc, dificultat per les transferències en general i

altres (inclou maneig en situacions d'alteració conductual i dificultats per la mobilització al llit)

4.3 Criteris d'inclusió / exclusió

De número total d'usuaris que consten a la base de dades del BAT Osona (n=2300), s'han extret, per realitzar l'estudi, només els usuaris que han estat derivats al servei durant el períodes compres entre el dia 1 i 31 de maig de 2011. La justificació d'aquesta decisió es el fet de que s'ha pretès fer un estudi de caire preliminar i per a tal finalitat s'ha escollit el període de l'any en que històricament es fan mes derivacions (BAT Osona 2007-2010).

Amb aquest condicionant, la població s'ha acotat a 65 usuaris, als quals s'ha aplicat uns criteris d'inclusió i exclusió per tal d'obtenir la mostra definitiva per l'estudi.

Aquests criteris són els següents:

▲ Criteri d'inclusió

- Usuaris nous (prèviament no han fet ús del servei) derivats o que han acudit al servei de Teràpia Ocupacional (BAT Osona), durant els període compres entre 1 i 31 de maig de 2011.

S'ha tingut en compte aquest criteri degut a que en l'estudi d'una de les variables (problemàtica principal detectada), el fet de que abans ja s'hagués intervingut, podia produir un biaix.

▲ Criteri d'exclusió

- Usuaris, les fitxes i informes dels quals, estiguin correctament completats.

4.4 Condicionants ètics i deontològics

Aquestes dades s'han recollit durant el procés de derivació i l'entrevista inicial que es realitza habitualment en el marc del Servei de Teràpia Ocupacional Domiciliària (BAT Osona). En el maneig de les s'han tingut en compte tots els aspectes relacionats amb la protecció de dades i s'ha comptat amb el permís de la institució de la qual depèn el servei, en aquest cas, el Consell Comarcal d'Osona.

4.5 Eines estadístiques emprades

Per a l'extracció de les dades, s'ha utilitzat la base de dades del BAT Osona gestionada per una aplicació informàtica de control i gestió de clients i control logístic KAIS EVO. Per al registre i el posterior anàlisis de les dades recollides, s'ha emprat el MS Microsoft Excel.

5. Exposició de Resultats

5.1. Descripció de la mostra

De la població total (n=65), s'ha tingut que descartar 21 (32,3%) persones en aplicació del criteri d'inclusió i dels 44 restants, s'ha tingut que descartar 1 (1,53%) persona en base al criteri d'exclusió. Per tant la mostra total ha estat de (n=43) (66,1%).(veure figura 2)

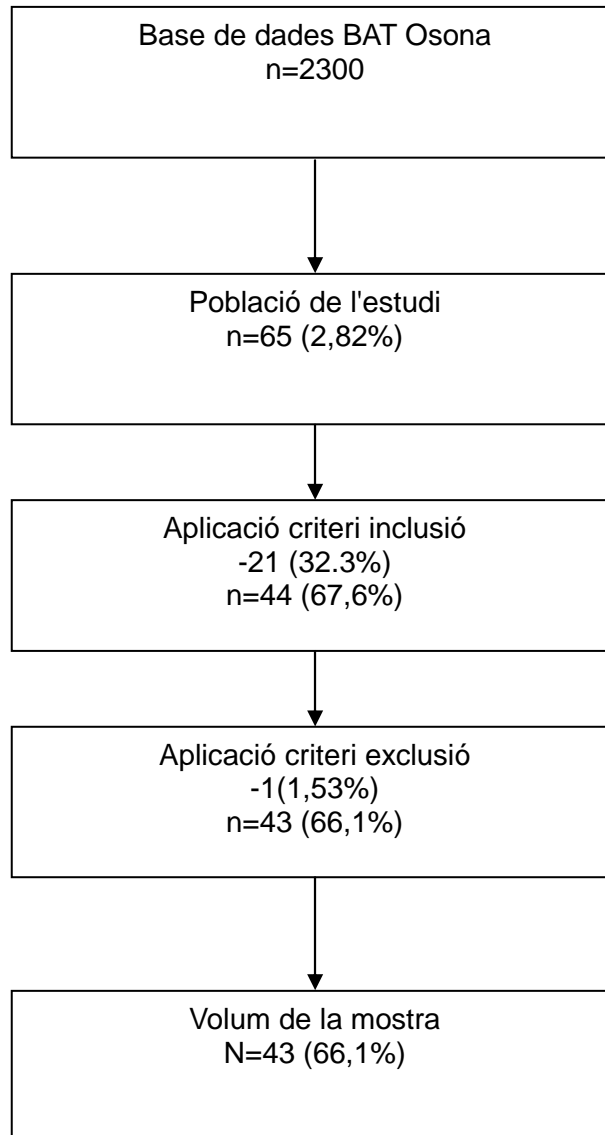


Figura 2. Descripció de la mostra

5.2 Resultats per variables

Els resultats indiquen un clar percentatge de dones (72,91%) respecte al percentatge d'homes de la mostra. (veure taula 3)

5.2. Resultats per la variable sexe

Sexe	n	%
Homes	12	27,90%
Dones	31	72,91%
Total	43	

Taula 3. Resultats de la variable sexe

Analitzant la variable de l'edat, la mostra ens presenta una mitjana de 74,41 anys (+/- 17,81), agafant el total d'individus de la mostra.

Finalment ressaltar que la franja d'edat que representa més individus de la mostra és la situada entre els 76 i 85 anys (48,83%). (veure taula 4)

5.3 Resultats per la variable edat

Edat	n	%
De 01 a 25 anys	2	4,65%
De 26 a 50 anys	3	6,97%
De 51 a 65 anys	1	2,32%
De 66 a 75 anys	9	20,93%
De 76 a 85 anys	21	48,83%
+ de 85 anys	7	16,27%
Total	43	

Taula 4. Resultats de la variable edat

L'anàlisi del nivell funcional de la mostra, ens indica un nivell mitjà de 65 punts (+/- 27,4), que correspondria a un nivell de dependència moderada segons els criteris desenvolupats en l'Índex de Barthel. Es mostra la franja de puntuació de 61 a 90 punts com la més freqüent en la mostra amb el 48,83% dels casos.

5.4 Resultats per la variable nivell funcional. (veure 5)

Nivell Funcional	n	%
00 a 20 punts -Dep. Total-	4	9,30%
21 a 60 punts -Dep. Severa-	12	27,90%
61 a 90 punts -Dep. Moderada-	21	48,83%
91 a 99 punts -Dep. Lleu-	5	11,62%
100 punts -Independència-	1	2,32%
Total	43	

Taula 5. Resultats de la variable nivell funcional

Les dades referides a la informació diagnòstica disponible, trobem que les patologies més freqüents en la mostra estudiada són les osteoarticulars -artropatia degenerativa- amb un 18,60% (n=8), seguides, al mateix nivell dels diagnòstics de fractures vàries, demències i pluripatologia amb un 13,95% (n=6 cada ítem). (veure Taula 6)

5.5 Resultats per la variable diagnòstic principal

Diagnòstic principal	n	%
Alteració de la marxa	3	6,97%
DCA	3	6,97%
Demències	6	13,95%
Fractures vàries	6	13,95%
Fractures de fèmur	3	6,97%
IQ Recent	1	2,32%
MCA	2	4,65%
Neurològiques	2	4,65%
Oncològiques	1	2,32%
Osteoarticulars	8	18,60%
Pluripatologia	6	13,95%
Senectut	2	4,65%
Total	43	

Taula 6. Resultats de la variable diagnòstic

Finalment, en l'anàlisi del perfil de la mostra des de una perspectiva de la seva situació familiar (tipus de vivenda i nucli familiar), les dades revisades ens assenyalen cap a una majoria (41,86%) de persones que conviuen amb la seva família -normalment fills/es i família d'aquests- (n=18), o bé en la situació contrària, o sigui, viuen sols (39,53%) (n=17). (veure taula 7)

5.6 Resultats per la variable situació familiar

Situació familiar	n	%
Viu amb família	18	41,86%
Viu amb parella	8	18,60%
Viu sol/a	17	39,53%
Total	43	

Taula 7. Resultats de la variable situació familiar

Els resultats de la mostra analitzada, es indiquen que les institució que deriva més casos al serveis de teràpia ocupacional domiciliària, són els Equips Bàsics d'Atenció Social (EBAS) dels Ajuntaments amb 25 casos (58,13%).(veure taula 8)

5.7 Resultats per la variable institució derivadora

Institució derivadora	n	%
Ajuntaments	25	58,13%
ABS	7	16,27%
Hospital d'Aguts	2	4,65%
Hospitals Sociosanitaris	8	18,60%
Altres	1	2,32%
Total	43	

Taula 8. Resultats de la variable institució derivadora

Per la variable referent als motius per els quals les institucions deriven els casos al servei de teràpia ocupacional domiciliària, les dades ens mostres una clara identificació de dificultats a l'hora d'accedir i manejar-se al quarto de bany. Es dona en 20 casos (46,51%) de la mostra.(veure taula 9)

5.8 Resultats per la variable motius de derivació

Motius de derivació	n	%
Dificultats en el quarto de bany	20	46,51%
Dificultats de mobilitat	10	23,25%
Dificultats en el maneig	8	18,60%
Valoració de riscos	5	11,62%
Total	43	

Taula 9. Resultats de la variable motius de derivació

Els resultats de la variable problemàtica principal detectada, mostren clarament que el principal problema detectat als domicilis dels usuaris de la mostra és la dificultats en l'accés a la banyera en 29 dels casos, representant un 67,47%.(veure taula 10)

5.9 Resultats per la variable problemàtica principal detectada

Problemàtica principal detectada	n	%
Accés a la banyera	29	67,40%
Accés a la dutxa	9	20,93%
Accessos entre plantes de la vivenda	4	9,30%
Transferències generals	8	18,60%
Transferències del wc	10	23,25%
Altres	3	6,97%

Taula 10. Resultats de la variable problemàtica principal detectada. En aquesta variable, es podien donar més d'una resposta per cas.

6. Discussió

Analitzant les dades en funció de les variables recollides, els resultats de la mostra en relació al **sexe**, ens indiquen una clara majoria de dones (72,09%) respecte als homes. Aquests resultats estan en la línia de l'enquesta oficial del Institut Nacional d'Estadística al 2007 o tal com exposava Palau Capdevila C. (2009).

Al parlar de la variable **edat**, els resultats d'aquest estudi preliminar ens destaca una mitjana d'edat de 74,41 anys i sobretot caldria remarcar la franja d'edat de 75 a 85 anys amb un 48,83% dels casos. Les diferents publicacions consultades (Palau, C.I. 2009) o xifres de la EDDDES (1999) (2008), ens assenyalen en un 60% dels casos, persones de més de 80 anys. En aquesta dada, es veu clarament reflectit, el fenomen d'envelliment progressiu de la població, abastament estudiat.

Relacionant les dades de sexe i edat de la mostra recollida, l'anàlisi ens revela que en el total d'individus de més de 65 anys, la variable sexe queda en un 81,08% de dones. Acotant encara més la franja d'edat i fixant-nos en el nombre d'individus de la mostra compresos entre els 75 i 85 anys -franja més nombrosa-, els percentatges s'atenuen amb un 70% pel sexe femení. Aquests ítems, són reflexa de la major supervivència femenina.

Al analitzar els resultats obtinguts en referència al **nivell funcional**, les dades de l'estudi mostren una mitjana de puntuació amb l'Índex de Barthel de 65 punts, que correspondria a un nivell de dependència moderada per aquesta escala. Si comparem aquests resultats amb els que Palau Capdevila C. (2009) ens dona en el seu perfil, veiem que en el nostre estudi, la mostra és menys dependent que en el seu treball on el 56% dels casos estaven valorat amb un nivell de grans dependència. Aquestes diferències es relacionen amb les diferents eines de mesura de la dependència (aquest estudi amb Índex de Barthel i les dades de la literatura amb el barem de medicació de la dependència)

Estratificant la mostra per graus de dependència ens destaca els estrats que comprenen de 21 a 60 punts (dependència severa) i de 61 a 90 punts (dependència moderada) com les franges de puntuació amb més nombre d'individus (33) arribant al 76,73% del total.

Si relacionem el nivell funcional amb el sexe, tenim que en els estrats de puntuació referents als graus de dependències moderada, severa i total, el 62,06% correspondria a les dones. En les puntuacions que referixen graus de dependència més baixos, les proporcions s'allunyen amb un 92,8% del sexe femení.

S'han detectat percentatges molt igualats en relació a la variable **diagnòstic**. Patologies osteoarticulars (18,60%), així com fractures varies, demències o persones amb pluripatologia (13,95%), són les més comuns en la mostra. Les conseqüències

per la mobilitat general que generen aquests patologies, va en concordança amb els resultats de enquestes com la TODODIS o SALUDDIS (2008).

En la variable **situació familiar**, ens destaca que el 41,86% de la mostra estudiada viu amb família. Resultats distants amb els del Institut Nacional d'Estadística (2007) que reflectien un perfil en que el 81% dels casos, vivia en el seu propi domicili i rebia suport d'un familiar. En la mostra d'aquest treball, les persones que viuen soles és del 39,53%. Una minoria viuen amb la seva parella, que correspondria a un 18,60% dels casos. D'aquests darrers cal destacar que un 62,5% dels casos fa referència a dones.

Per tant, en resposta a l'objectiu plantejat sobre quin és el **perfil d'usuaris derivats al servei de Teràpia Ocupacional (BAT Osona)**, podem dir que és una dona (72,09%) amb una edat compresa entre els 75 i 85 anys (48,83%), amb dificultats derivades de malalties osteoarticulars (18,60%) i que pot viure en família (41,86%) o sola (39,53%). Aquest és un punt de aptida per tenir en compte el tipus d'usuaris que arribaran als serveis de teràpia ocupacional al domicili i per tant ens dona la possibilitat d'anticipar respostes i estratègies de prevenció.

Per donar resposta al objectiu definit com **conèixer els motius principals pels quals els usuaris són derivats al servei de Teràpia Ocupacional Domiciliària (BAT Osona)**, les dades ens mostren que els principals motius de derivació estan relacionats amb la detecció per part de l'agent derivador de dificultats generals de mobilitat (bàsicament deambulació, incorporacions,...) en un 23,25% dels casos, però majoritàriament quan aquests manifesten en dificultats al quarto de bany (accés a banyera, dutxa o wc) que llavors parlem que es deriva en un 46,51% dels casos.

Gens lluny a l'hora de valorar queden les derivacions amb demanda de intervenció en aspectes de maneig de la persona amb dependència (mobilitzacions, transferències,...) amb un 18,60% i la valoració de riscos (accidents i caigudes) amb una freqüència del 11,62% .

Aquestes dades s'allunyen de les mostrades pels estudis TODODIS i SALUDDIS (INE 2008) amb població amb algun tipus de discapacitat (parlen de 14,20% de dificultats al bany), però no tant quan acoten la mostra a les persones amb dificultats de mobilitat, pèrdua de força,...(abans relacionades amb l'estudi de la variable diagnòstic) que representen un 63,94%.

Les dades referents a l'objectiu plantejat de **Conèixer quins són els principals agents generadors de derivacions al servei de Teràpia Ocupacional Domiciliària(BAT Osona)**, podem afirmar que la majoria de casos de l'estudi, han estat derivats per els Equips Bàsics d'Atenció Social dels Ajuntaments (58,13%).

Amb aquests resultats, tenint en compte que és un a mostra petita, podem intuir que la tendència de la derivació ha anat evolucionant des de els plantejaments de Ayuso, D. M. R. (2003) on els agents derivadors més importants eren els sanitaris.

Aquest fet té l'explicació més clara amb l'aprovació de la *Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* el 2006).

Finalment, en relació a l'objectiu **Conèixer quins són els principals problemes detectats i valorats en els domicilis dels usuaris derivats al servei de Teràpia Ocupacional (BAT Osona)**, la mostra que la majoria dels casos s'han detectat dificultats per accedir a la banyera (67,40%), reafirmant les dades de Alonso, F. (2002) o les del treball realitzat pel Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales al 2007 (Adaptación de la vivienda en la población dependiente: Necesidades, soluciones y costes), on ja es reflectia aquest fet.

D' aquest estudi descriptiu realitzat, destacaria les limitacions pròpies d'un estudi preliminar, degut a que la mostra estudiada és escassa i no permet generalitzar resultats.

També a nivell de la tria de variables, ha estat limitat degut a que parteix d'una base de dades en plena evolució.

Per altra banda, caldria destacar el fet de que l'estudi d'aquest tipus de servei és totalment nou a la comarca d'Osona, en el sentit de que el servei de Teràpia Ocupacional és de recent creació i d'aquí la constant evolució, abans esmentada, per cercar el seu òptim desenvolupament.

Es per aquests motius que un estudi preliminar ens pot servir per revisar les mancances i potenciar les virtuts d'una bases de dades ja prou important i poder perfilar millor la tipologia d'usuaris que accedeixen al servei, així com poder detectar i planificar millors estratègies per donar resposta a les seves necessitats.

7. Conclusions

Quasi 900.000 persones amb discapacitats moderades i severes, resideixen als seus domicilis segons dades de l'EDDES (INE1999). Junt a aquestes dades, al progressiu envelliment de la població i l'augment, de forma considerable, de l'esperança de vida, suposen la necessitat de donar resposta a noves i múltiples necessitats.

Cada cop més, es necessiten serveis adequats, professionals especialitzats en l'atenció i la cura d'aquestes persones, ajudes tècniques i adaptacions en pro d'una millor accessibilitat i un millor i major suport a les famílies i cuidadors, amb l'objectiu de millorar la seva qualitat de vida.

En aquest Treball Final de Master, s'ha volgut, descriure la tipologia d'usuaris que són derivats al servei de teràpia ocupacional domiciliària de la comarca d'Osona. S'ha realitzat per mitjà d'un estudi descriptiu preliminar a partir de l'anàlisi de fitxes i informes de la base de dades del Banc d'Ajudes Tècniques d'Osona.

Aquest estudi ens ha servit per poder dir que:

- ⤴ Les dades de tipologia de persones segueixen una línia pròxima a la literatura consultada, però que la limitació de la mostra no permet extrapolar
- ⤴ Es detecta la creixent presència de la teràpia ocupacional en l'atenció a les persones amb dependència des de l'aprovació del marc legal (2007).
- ⤴ Els banys, segueixen sent els llocs més significatius a l'hora de generar dependència.
- ⤴ Els serveis de teràpia ocupacional domiciliària, han de tenir en compte el tipus de persones que serà més freqüent atendre i establir estratègies per optimitzar els recursos del servei a la vegada que es dona una resposta a les necessitats d'aquests usuaris.

Aquest és un tema que desperta el meu interès pel simple fet de que és la meva dedicació professional. Des dels inicis de la meva singladura per la professió de terapeuta ocupacional, he pogut viure diferents nivells de què és l'atenció a les persones amb dependència. Però bàsicament el significatiu pas entre l'atenció dispensada en els centres de rehabilitació sociosanitària i de llarga estada i el retorn al propi entorn domiciliari.

Cada cop s'ha pogut evidenciar de forma més clara, la sensació de buit que genera per a persones en situació de dependència i per les seves famílies, la sortida d'un entorn "bombolla" que sol ser el dels centres hospitalaris, on l'atenció personal dels

professionals és pràcticament continuada i on l'entorn físic no representa un problema d'accessibilitat i seguretat.

Actualment la dedicació professional és exclusiva en l'àmbit domiciliari, tant en persones amb dependència ja instaurada com en persones que aquest fenomen els hi ha sobrevingut de forma sobtada. Aquest fet fa que consideri important centrar aquesta primera incursió en el camp de la investigació, en conèixer més de prop aquest fenomen i així poder millorar el desenvolupament de la tasca diària.

8. Bibliografía

- Alonso, F. (2002). Libro verde de la accesibilidad en España. Diagnóstico y Bases Para Un Plan Integral De Supresión De Barreras. Instituto De Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO,
- Alustiza Galarza, A.; Pérez Díaz, J. (2010). Familia, envejecimiento y discapacidad en España. *Papers. Revista De Sociologia*, 95(3), 673-700.
- Andrade Ortega, J. A. (2008). De la discapacidad a la dependencia: Conceptos. *Seminario Médico*, 60(2), 77-80.
- Ayuso, D. M. R. (2003). *Terapia ocupacional: Teoría y técnicas*. Barcelona. Ed. MASSON.
- Banc d'Ajudes Tècniques d'Osona. Consell Comarcal d'Osona. (2007-2010) Memòria del BAT Osona.
- Berjano Peirats, E. (2005). Dependencia y calidad de vida en las personas mayores. *Revista Multidisciplinar De Gerontología*, 15(3), 144-154.
- Berrueta Maeztu, L. M.; Ojer Ibiricu, M. J.; Trébol Urra, A. (2009). Terapia Ocupacional en Geriátrica y Gerontología. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, 6(4), 215-258.
- Bonet, I. Ú., & Roca, M. R. (2008). Los cuidados familiares y las políticas públicas. *Nursing*, 26(9), 57.
- Bonet, I. Ú., Vilalta, J. S., Segalés, A. V., & Viñets, L. G. (2009). Calidad de vida de los cuidadores familiares: Evaluación mediante un cuestionario. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona.

- Brea Rivero, M. (2008). Terminología consensuada en terapia ocupacional: Marco para el entendimiento. *Revista Electrónica De Terapia Ocupacional Galicia, TOG*, (7), 6.
- Cabrera González, D.; Menéndez Caicoya, A.; Fernández Sánchez, A.; Acebal García, V.; García González, J.; Díaz Palacios, E.; Salamea García, A. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria: Publicación Oficial De La Sociedad Española De Familia y Comunitaria*, 23(7), 434-440.
- Castejon Garrote, J. (2005). La valoración geriátrica hoy: atención domiciliaria. *Rev Mult Gerontol*, 15(1), 16-22.
- Comisión Europea. (2008). Flash Eurobarometer 247: Family Life and the Needs of an Ageing Population.
- Consejo de Europa. (1998). Recomendación n.98 (9) relativa a la dependencia.
- Creek, J. (1997). The knowledge base of occupational therapy. *Occupational Therapy and Mental Health*, , 27-46.
- Cruz, P., Cobo, R. (1989). Situación social de los viejos en España . Centro de Investigaciones Sociológicas.
- De la Revilla, L.; Espinosa, J. (2003). La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Aten Primaria*, 31(9), 587-591.
- Di Monaco, M.; Vallero, F.; De Toma, E.; De Lauso, L.; Tappero, R.; Cavanna, A. (2008). A single home visit by an occupational therapist reduces the risk of falling after hip fracture in elderly women: A quasi-randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(6), 446-450.

- Díaz, E., Ladra, S.; Zozaya, N. (2009). La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales. Documento de trabajo 143/2009. Fundación Alternativas.
- Dooley, N. R.; Hinojosa, J. (2004). Improving quality of life for persons with Alzheimer's disease and their family caregivers: Brief occupational therapy intervention. *The American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), 561.
- Dunn, P. A. (1990). The impact of housing upon the independent living outcome of individuals with disabilities. *Disability, Handicaps and Society*, 9(1), 137-150.
- Fernández-López, J. A.; Fernández-Fidalgo, M.; Geoffrey, R.; Stucki, G.; Cieza, A. (2009). Funcionamiento y discapacidad: La clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española De Salud Pública*, 83(6), 775-783.
- Galarza, A.; Díaz, P. (2010). Familia, envejecimiento y discapacidad en España.
- García Crespo, V.; Calvo Torres, I.; Rodríguez Campo, R.; López Otero, J.; Vázquez Otero, A. M. (2008). La atención a la dependencia como reto de futuro para la terapia ocupacional. *Revista Electrónica De Terapia Ocupacional Galicia, TOG*, (8), 5.
- Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (2006).
- Llei 12/2007, d'11 d'octubre, De Serveis Socials. (2007).
- Gitlin, L. N.; Mann, W.; Tomit, M.; Marcus, L. (2001). Factors associated with home environmental problems among community-living older people. *Disability & Rehabilitation*, 23(17), 777-787.

González Valentín, A.; Gálvez Romero, C. (2009). Características sociodemográficas de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. *Gerokomos*, 20(1), 15-21.

Helewa, A.; Goldsmith, C. H.; Tugwell, P.; Hanes, B.; Bombardier, C.; Smythe, H. A.; Lee, P. (1991). Effects of occupational therapy home service on patients with rheumatoid arthritis. *The Lancet*, 337(8755), 1453-1456.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2000). Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES). 1999. Avance de Resultados. Datos Básicos.

Instituto Nacional de estadística (INE). (2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). 2008.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales -IMSERSO- (2011). Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Situación a 1 de agosto de 2011. Disponible en:

<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20110801.pdf>

Iturria Sierra, J. A.; Márquez Calderón, S. (1997). Servicios sanitarios y sociales: Necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un episodio de hospitalización. *Revista Española De Salud Pública*, 71(3), 281-291.

Kielhofner, G.; Burke, J. P.; Igi, C. H. (1980). A model of human occupation, part 4. assessment and intervention. *The American Journal of Occupational Therapy*.: Official Publication of the American Occupational Therapy Association, 34(12), 777-788.

Lannin, N.; Clemson, L.; McCluskey, A.; Lin, C. W.; Cameron, I.; Barras, S. (2007).

Feasibility and results of a randomised pilot-study of pre-discharge occupational therapy home visits. *BMC Health Services Research*, 7(1), 42.

Lawton, M. P. (1987). Environment and the need satisfaction of the aging. En

Carstensen LL, Edelman BA, eds. *Handbook of clinical gerontology*. Nueva York: Pergamon Press.

Lawton, M. P.; Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process.

Lluch Bonet, A.; Morales López, A.; Cabrera Adán, M.; Betancourt Navarro, M. (2010).

Factores previsibles en la salud física y psicosocial del cuidador crucial del anciano con demencia en el hogar. *Revista Cubana De Enfermería*, 26(2), 0-0.

Matilla Mora, R.; (2006). Intervención en el domicilio del anciano desde la terapia ocupacional. Portal Terapia ocupacional.com Disponible en:

<http://www.terapia->

[ocupacional.com/articulos/Domicilio_anciano_terapia_ocupacional.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Domicilio_anciano_terapia_ocupacional.shtml)

Méndez, M. C.; Baltar, A. L.; Rodríguez, R. M. (2007). El papel de la terapia

ocupacional en la atención a cuidadores de personas con demencia.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2005). Ministerio de Trabajo y Asuntos

Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (Ed.), Libro blanco de la Dependencia (1era ed.)

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2007). Adaptación de la vivienda en la

población dependiente: Necesidades, soluciones y costes.

- Molina, P. D., & Tarrés, P. P. (2007). Terapia ocupacional en geriatría: Principios y práctica (2ª Edición) .Barcelona. MASSON.
- OMS (2001). International Classification of Functioning Disability and Health.
- Palau, Capdevila C. (2009). El desarrollo de la Ley de Dependencia en Catalunya. Presupuesto y Gasto Público, 56, 29-44.
- Pengelly, S.; Clutton S.; Grisbrooke J.(2006). The social model and clinical reasoning. Occupational Therapy in Housing.Building. En Firm Foundations.Whurr Publishers,
- Pollard, N.; Kronenberg, F. (2005). El marco conceptual de las actividades políticas de la vida diaria, la rehabilitación basada en la comunidad y la terapia ocupacional. Terapia Ocupacional, (38), 16-24.
- Prieto C. V. (2009). Dependencia y cuidados informales: Un modelo de preferencias de ayudas a la dependencia. Presupuesto y Gasto Público, 56, 183-204.
- Rodríguez, J.V.Z.; Fuentes, J.C.(1999). Atención domiciliaria a pacientes crónicos.
Disponible en:
<http://www.semergen.es/semergen/microsites/comunicaciones/Madrid1999/54-59.pdf>
- Rodríguez, P. R.; Sánchez, M.C.V. (2003). Los servicios de ayuda a domicilio. Ed. Médica Panamericana.
- Segura, J.C.C. (2002). La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. Atención primaria. Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, 30(8), 502-506.

- Segura, J.C.C. (2009). La atención a personas en situación de dependencia: Aportaciones de la evidencia en la construcción de un modelo de atención compartida. *Index Enferm*, 18(3)
- Steinhauer, M. J. (1984). Occupational therapy and home health care. *The American Journal of Occupational Therapy*.: Official Publication of the American Occupational Therapy Association, 38(11), 715-716.
- Tejada Fernández, J. (2009). Perfiles profesionales en la atención a personas dependientes. una mirada desde la formación. *Revista De Educación Inclusiva*, 2(2), 5.
- Torres, M. P.; Ballesteros Pérez, E.; Sánchez Castillo, P. D. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*, , 9-15.
- Trombly, C. A.; Ruíz, R. C. (1990/2001). Terapia ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. En *La Prensa Médica Mexicana*. Mexico

Portals d'internet consultats

<http://www.apeto.com/> Asociación Profesional Española de Terapeutas

Ocupacionales

<http://www.enothe.eu/> Red Europea de Terapia Ocupacional en la Enseñanza

Superior ENOTHE

