

Geriatría i Rehabilitació – Respostes de present i de futur

Taula 2.2
Rehabilitació, prevenció i educació sanitària
Conseqüències de la no prevenció en la rehabilitació

Participants:

Ramon Miralles, Hospital de l'Esperança (IMAS)
Sergio Guzman, APTOC
Montse Tàrrech, Alzheimer Catalunya

Sergio Guzmán, APTOC

La disfunción ocupacional en los diferentes contextos de la población con demencia

Esta ponencia se basa en la experiencia práctica que estamos desarrollando los terapeutas ocupacionales de los Centros Asistenciales del Dr. Emili Mira i López, perteneciente a la Diputación de Barcelona, detectando que una de las consecuencias observada, con mayor frecuencia, en la población que atendemos con demencia previa al ingreso en dispositivos sanitarios (hospital de día, media estancia, larga estancia,...) es el de discapacidad ocupacional.

Este concepto muy utilizado desde la disciplina conlleva a pensar y analizar cuales son las consecuencias que se derivan de la no intervención en los momentos iniciales de la enfermedad, desde el punto de vista del desempeño ocupacional, considerando así mismo el impacto que tiene la disfunción ocupacional en los diferentes contextos de la persona con demencia.

Teniendo como referencia para la intervención el actual paradigma de la salud, la funcionalidad o la discapacidad (C.I.F, 2001), propuesto por la Organización Mundial de la Salud, se destaca que la discapacidad de una persona no viene definida únicamente por los factores personales (por ejemplo el diagnóstico de demencia), sino que los factores contextuales son co-determinantes para el desarrollo de la funcionalidad o la discapacidad.

Al referirnos al concepto de disfunción ocupacional hay que destacar que se observa mediante:

- Rupturas del proyecto de vida.
- Una ausencia, alteración o pérdida del funcionamiento – intercambio- participación entre la persona con demencia y su entorno, marcada por la destacada inactividad persistente en su estilo de vida.
- Declive de las habilidades funcionales.
- Alteración no solo de la cognición, sino también de capacidades como la motivación, los aspectos psicomotores y la comunicación, por citar algunos.
- Dependencia generalizada en todos los aspectos de la ocupación.

Si se entiende que la rehabilitación no es un conjunto de técnicas y medidas compensatorias, sino que ante todo una filosofía de trabajo, cabe preguntarnos; ¿ Donde se inicia esta filosofía? ¿En los recursos sanitarios?, ¿Cuándo esta establecida la disfunción ocupacional?,... Quizás por esta forma de pensar desde el momento en el que una persona con demencia tiene problemas hasta que recibe algún tipo de intervención de las que se engloban en la rehabilitación, se observan algunas consecuencias derivadas de la ausencia de intervenciones rehabilitadoras, tanto en la persona como en los contextos de esta.

Durante la ponencia se describirán datos sobre: estilos de vida previos al ingreso, niveles de satisfacción, oportunidades contextuales ofrecidas, etc.

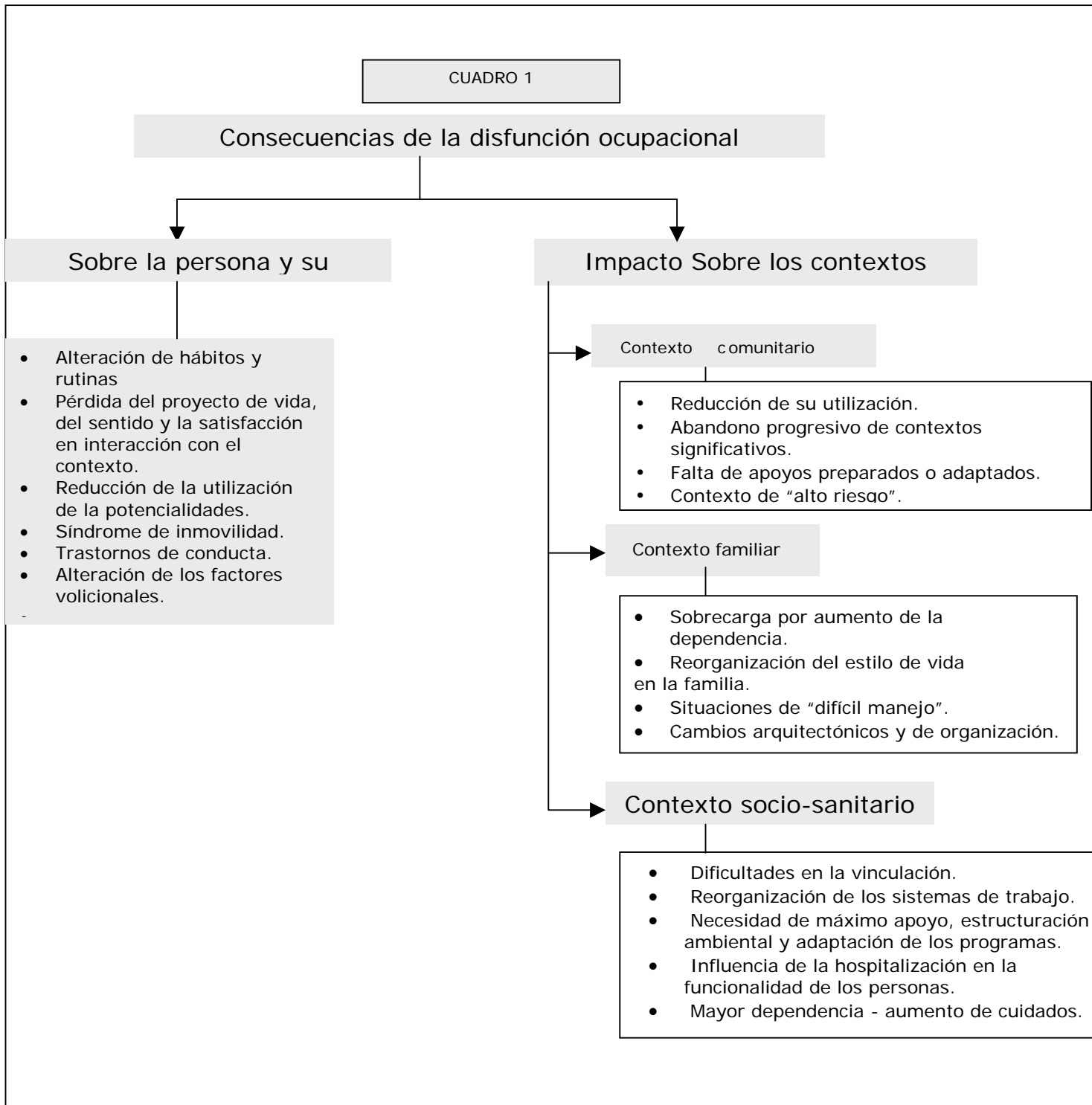
En el esquema 1 se ilustra el esquema de consecuencias observadas durante un periodo de 4 años en la población que atendemos por sector en los Servicios asistenciales.

Las herramientas utilizadas desde terapia ocupacional para la determinación de las consecuencias han sido:

- Entrevista historica ocupacional adaptada (OPHI-II) a familias o cuidador principal.
- Routine task Inventory (R.T.I.), 1985.
- Cuestionario de impacto ambiental del Modelo de la ocupación humana, 1995.

- Cuestionario volicional de Gary Kielthoner, 1995.
- Valoración de las habilidades de procesamiento, motoras y de comunicación en diferentes contextos.

Algunos de los factores que condicionan la disfunción ocupacional y que se han identificado a través del análisis contextual han sido la idea de la familia sobre la utilización de servicios diurnos en etapas iniciales, falta de información global, fragmentación de la filosofía de rehabilitación en el sistema sanitario y social, Cuestionamiento de la intervención, limitación en el proceso de continuidad, Ausencia de tiempo, disponibilidad y recurso, criterios del sistema, etc.



Para concluir se expondrán:

- Resultados obtenidos en nuestra práctica sobre programas de rehabilitación integral, destacando el momento en el que se benefician de forma más amplia la población que hemos atendido en unos de los dispositivos de los Centros Asistenciales Emili Mira i López.
- Un estudio de investigación sobre medidas de prevención realizado por terapeutas ocupacionales en Estados Unidos ("Modificando el estilo de vida". Florence A.Clark, M.Carlson,j. J.Jackson, D.Mandel) .

Montse Tàrrach, Associació Alzheimer Catalunya

Vivir y mantenerse en condiciones saludables es un derecho fundamental de la persona humana. De ello depende en buena parte el resto de su actividad existencial.

Los derechos que puede exigir el usuario para cuidar su propia salud es Lo que se entiende por EDUCACIÓN SANITARIA que a su vez también exige unos deberes para que este cuidado y autocuidado sean efectivos.

La nueva visión de la salud supone la participación activa de la población en la determinación de sus parámetros vitales de salud. Contando con la opinión y los conocimientos de los "expertos", la toma de decisiones revierte a los afectados, lo que supone su aplicación activa en la determinación de sus propios modos de existencia y por tanto un compromiso personal consigo mismo y con la comunidad. La salud en la vejez hay que entenderla.

Generar salud supone buscar y conseguir una mejor calidad de vida.

La Calidad de vida para la OMS y desde una perspectiva de salud Pública, se define como la percepción que un sujeto tiene de su lugar en el mundo en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive, en realidad con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes.

La aproximación a la salud de las personas mayores no puede caer en una unidimensionalización del problema por tanto aunque la patología aumenta con la edad sería falso asimilar vejez y enfermedad ya que muchas personas mayores con enfermedades crónicas se consideran en buen estado de salud incluso cuando padecen alguna incapacidad.

Por tanto, "Envejecer es vivir", y para vivir bien la vejez hay que aprender a asumir este proceso cuando llega tanto nosotros mismos como las personas que nos rodean (amigos, familia, vecinos, comunidad...). Hay que estar sensibilizado, preparado, y concienciado para llevar bien lo de "Poner vida a los años " y no acabar poniendo solo " años a la vida" sin más.

El conocimiento de las vivencias de las personas mayores de su escala de valores, de sus sentimientos de sus angustias, en definitiva el conocimiento de la persona y el respeto hacia ella es el pensamiento que ha de guiar la acción de profesionales, voluntarios, cuidadores, y familiares.

Cuando las personas ancianas se hacen **dependientes** y requieren asistencia esto lleva a pensar que lo más importante es "**darle cuidados**" y "**entretenimientos**" una vez restablecido, y eso es así, pero no del todo. Hay que trabajar en el reencuentro de la persona que era y buscar y fomentar las capacidades potenciales que todavía mantiene para poder reforzarlas y promover su desarrollo a pesar de las posibles limitaciones. Por tanto conociendo las limitaciones y las potencialidades podemos, promover, prevenir, potenciar y educar el **cuidado y el autocuidado** de la persona mayor y de sus cuidadores para garantizar un futuro rehabilitador y corresponsable.

Envejecer es el resultado de adquirir valores a lo largo de la infancia, de vivir experiencias en la juventud y de desarrollar un crecimiento personal en la madurez. El lugar que la persona mayor ocupa en la sociedad depende de la cultura en la que ha desarrollado su vida.

La persona mayor **discapacitada** cuando se pone en manos de un profesional para ser atendido puede llegar a perder todos los valores que sus signos de identidad le han conferido

hasta el momento. Parece como si toda la experiencia acumulada se disolviera en un solo instante y caemos en un trato infantil del anciano.

Hay que reflexionar sobre el proceso que ha hecho a lo largo de su vida valorando la historia de su vida que le ha permitido llegar a la vejez, que ha dejado una senda marcada con cantidad de huellas que no se pierden en un momento, ni en un día aunque la persona anciana sufra un deterioro físico y mental.

La educación para la salud se aplica a los diferentes niveles de atención de salud que regula el sistema sanitario: en el nivel de la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. A nivel general se entiende como Educación para la salud (EpS) :

Generalitat de Catalunya (1985): es un proceso de **información, de responsabilización del individuo para que adquiera los conocimientos las actitudes y las habilidades básicas** para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Pero también es (**Rochón 1992**) facilitar la **adaptación voluntaria** de los comportamientos de los responsables, de los técnicos y de la población, a través de las experiencias de aprendizaje complementarias que mejoren la salud del individuo o de la colectividad.

Por tanto el **objetivo de Educación Sanitaria** no es solo conseguir **un cambio cuantitativo de conocimientos sino un cambio cualitativo de las actitudes** que lleven a un **cambio real de las conductas**. No se trata de tener muchos conocimientos sino de disponer de capacidades y habilidades que permitan comportarse de manera diferente, crear, desarrollar y adaptarse a nuevos estilos de vida si la salud lo exige. Potenciar una cultura de salud asimilable y adaptable a nuevas situaciones.

Estos objetivos pueden ser alcanzables atendiendo a los **determinantes de salud** (La Londe) que intervienen sobre el individuo y la comunidad debido al contexto en el que están inmersos, la situación en el proceso de vida en el que se encuentran, recursos disponibles, estructuras institucionales sanitarias y sociales a las que pueden recurrir para resolver problemas de salud.

Por tanto la Educación para la salud contempla :

1. Información, **conocimientos**.
2. Desarrollo de **actitudes positivas**
3. Promoción de **hábitos y comportamientos** saludables
4. Potenciar y promover la **responsabilidad individual y colectiva** para la toma de decisiones a través del análisis de las alternativas y sus consecuencias
5. Aumentar la **capacidad de interrelación** entre diferentes profesionales y disciplinas, Favorecer relaciones entre profesionales y entidades, fomentar la corresponsabilidad entre profesionales-individuo y comunidad (profesional –individuo-Familia) y potenciar la buena comunicación entre recursos y sistema Sanitario y Social.
6. Por tanto ello conlleva el **diseño** de una buena organización, **planificación y evaluación** de acciones e intervenciones que se llevan a cabo para garantizar eficacia, eficiencia y efectividad en los servicios y en conseguir objetivos que garanticen una mejor **calidad de vida** para el anciano.

Todo ello requiere intervenir de una manera determinada en función de las características de la población con la que se esté trabajando, en este caso el mundo de la gerontología, en la que hay que incluir aspectos como: cultura de salud, estilo de vida, comunicación, nivel de conocimientos e información, predisposición participativa, estado de salud mental, disponibilidad y accesibilidad a recursos y servicios.

ENVEJECER ACTIVAMENTE supone: "un proceso de optimización en las oportunidades de bienestar físico, social y mental a través del ciclo vital con el objetivo de ampliar con bienestar la esperanza de vida" (Ministerio de Salud de Canada)

Para las personas mayores los Servicios Sociales y de Salud juegan un papel fundamental en el desarrollo de la calidad de vida y en la mitigación de handicaps provocados por las enfermedades o las discapacidades surgidas en ese periodo de edad.

La **EDUCACIÓN PARA LA SALUD** debe ser uno de los instrumentos que ayude a optimizar esos cambios, a través de nuevos aprendizajes que permitan adaptación, y mejoras en el proceso de vida de nuestras personas mayores y de los que se corresponsabilizan de la calidad de su bienestar.

Bibliografía:

Garcia Martinez .A. y col.(2002) *LAS PERSONAS MAYORES DESDE LA PERSPECTIVA EDUCATIVA PARA LA SALUD* Universidad de Murcia

Maños Q. (2002) *Animación estimulativa par personas mayores*. Edic. Narcea- Madrid

Saez.S, i Col. (2001) *PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD. Conceptos metodología y programas*. Edit. Milenio Lleida.

Vila Miravent J.(200) *GUIA PÀCTICA PER ENTENDRE ELS COMPORTAMENTS DELS MALALTS D'ALZHEIMER*. Edit Eumo Vic.