

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE MÁSTER EN TERAPIA OCUPACIONAL

EN NEUROLOGÍA



Título del Trabajo Fin de Máster: DETECCIÓN DE NECESIDADES Y DESARROLLO DE UN PLAN DE MEJORA EN UN CENTRO DE INTEGRACIÓN SOCIAL EN MACIA, MOZAMBIQUE

AUTOR: Pérez Ludeña, Andrea

Nº expediente: 128

TUTOR: Guilabert Mora, Mercedes

Departamento y Área: Departamento Psicología de la salud. Área de psicología social

Curso académico: 2018-2019

Convocatoria de Junio

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
1 INTRODUCCIÓN.....	6
1.1 Calidad asistencial y mejora de los servicios	7
1.2 Centro social de integración Macia – Sekeleka.....	8
1.3 Justificación.....	9
2 OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo general	10
2.2 Objetivos específicos.....	10
3 METODOLOGÍA	11
3.1 Constitución del equipo de mejora.....	11
3.2 Detección de necesidades	12
3.3 Plan de mejora	13
4 RESULTADOS	15
5 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	26
6 FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA.....	29
7 ANEXOS	32

RESUMEN

Introducción: Los niños con diversidad funcional que residen en Mozambique, viven en condiciones precarias de salud y apoyo familiar escaso, además de sufrir las desigualdades sociales presentes en el país. El objetivo principal de este estudio es establecer un análisis de un Centro social de apoyo a las necesidades de la población infantil en Mozambique, para diseñar acciones correspondientes en un plan de mejora desde la Terapia Ocupacional.

Metodología: El presente estudio está basado en una propuesta de intervención a partir de la detección de necesidades y el diseño de un plan de mejora utilizando herramientas de la calidad asistencial. Se desarrolló siguiendo tres fases: la constitución del equipo de mejora, detección de necesidades y desarrollo del plan de mejora.

Resultados: Se describió y se llevó a cabo un plan de mejora por cada una de las necesidades detectadas en la población infantil que acude al Centro. El trabajo se desarrolló en tres áreas: área de salud bucodental e higiene personal, área del desplazamiento y área de intervención, desde el ámbito de la terapia ocupacional a niños con diversidad funcional.

Conclusión: Existen estudios donde se han obtenido resultados positivos tras la implantación de acciones de mejora tras la detección de necesidades en una población, sin embargo, no es fácil encontrar trabajos donde se apliquen herramientas específicas para la calidad asistencial, lo cual pretendemos abordar en este estudio. El presente trabajo, limitado por la necesidad de un seguimiento más continuado del plan de mejora, queda abierto en cuanto al diseño y su implementación para futuras intervenciones y evaluaciones del proyecto.

Palabras claves: necesidades, plan de mejora, acciones de mejora, calidad asistencial, terapia ocupacional

ABSTRACT

Introduction: Children with functional diversity residing in Mozambique live in precarious conditions of health and scarce family support, in addition to suffering the social inequalities that are present in this country. The main objective of this study is to establish an analysis of a Social Center of support to the needs of the child population in Mozambique to design corresponding actions in an improvement plan of Occupational Therapy.

Methodology: The present study is based on an intervention proposal based on the detection of needs and the design of an improvement plan using quality of care tools. It was developed following three phases: the constitution of the improvement team, detection of needs and development of the improvement plan.

Results: An improvement plan was described and carried out for each of the needs detected in the children attending the Center. This study was developed in three areas: area of oral health and personal hygiene, area of displacement and area of intervention, from the field of occupational therapy to children with functional diversity.

Conclusion: There are studies where positive results have been obtained after the implementation of improvement actions after the detection of needs in a population, however, is not easy to find studies where specific tools of quality of care are applied, present in this study. In this study, limited by the need for a more continuous follow-up of the improvement plan, remains open in terms of design and its implementation for future interventions and project evaluation.

Keywords: needs, improvement plan, improvement actions, quality of care, occupational therapy

1 INTRODUCCIÓN

La **diversidad funcional** se define como toda condición compleja del ser humano constituida por factores biopsicosociales que evidencia una disminución o supresión temporal o permanente, de algunas de las capacidades sensoriales, motrices o intelectuales^(1, 2)

Según datos de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, en el mundo hay más de 600 millones de personas con diversidad funcional, de las que 80 millones, particularmente en la población infantil, viven en países de bajos ingresos y que la pobreza limita aún más el acceso a servicios básicos de salud⁽³⁾. En la actualidad, **las desigualdades en salud** vienen marcadas por distintos factores, los cuales son más evidentes en zonas en vías de desarrollo, tales como la región africana de Macia, provincia de Gaza (Mozambique)^(4, 5)

Mozambique es un país con 27 millones de habitantes, en una superficie de 800.000 km². Es considerado el séptimo país más grande de África subsahariana y uno de los países más pobres del mundo.⁽⁶⁾ La Federación de Organizaciones de Personas con Discapacidad de Mozambique (FAMOD), sostiene que la mayor parte de los estudiantes que no acuden a la escuela en ese país tiene alguna discapacidad o dificultad de aprendizaje. Se estima que un 2% de la población tiene diversidad funcional como resultado de defectos congénitos, traumatismos en el parto y lesiones⁽⁷⁾

En este país, el acceso a la atención primaria de salud se ve afectado por una distribución geográfica desigual, sobre todo en las zonas rurales menos desarrolladas. Solo el 36% de la población tiene acceso a instalaciones sanitarias a 30 minutos de sus hogares^(8, 9). Según un informe reciente de la OMS, aproximadamente el 16,2% de todas las muertes son atribuidos a prácticas inadecuadas en el uso del agua, saneamiento e higiene⁽¹⁰⁾.

Mozambique se enfrenta a muchos desafíos en este sentido. Por esta razón, la mejora del ámbito sanitario y de la calidad asistencial, que propusimos en este estudio, puede producir beneficios sobre la salud de la población, a nivel de prevención e instauración de prácticas que fomenten la calidad de atención, y seguridad de aquellos Centros que asisten a personas con diversidad funcional y riesgo social.

Concretamente en la ciudad de Macía, la calidad asistencial que recibían los niños era muy pobre, por lo que se consideró un lugar propicio para poner en práctica un plan de mejora de la asistencia y los servicios en un Centro de integración social.

1.1 CALIDAD ASISTENCIAL Y MEJORA DE LOS SERVICIOS

Definimos la **calidad asistencial** como una disciplina que consiste en disponer y organizar los elementos y recursos de un sistema sanitario, para lograr resultados positivos en el estado de salud y en la calidad de vida de los usuarios⁽¹¹⁾

Dentro de ésta, la **Terapia Ocupacional** tiene un papel muy importante ya que, uno de los beneficios es el fomento de la salud, debido a que se han reconocido los beneficios que implican la ocupación en la salud y bienestar⁽¹²⁾

Por esta razón, para una mejora de la salud, así como de los servicios sanitarios, es de gran utilidad elaborar planes de cuidados y procedimientos que ayuden a identificar, analizar y desarrollar oportunidades de mejora, así como potenciar una atención óptima ^(13, 14)

El concepto de calidad asistencial está vinculado a la acción de evaluar y, por ende, mejorar. Por lo tanto, la calidad ofrece herramientas de evaluación y diagnóstico que permite a un equipo, saber qué áreas son las problemáticas y, de este modo, poder enfocar los esfuerzos y recursos hacia una mejora continua de forma efectiva y estructurada. ^(11,15)

De modo que, para conseguir una mejora continua, es de gran importancia la detección de las necesidades y el análisis de sus causas, para posteriormente diseñar un plan de mejora.

Un **plan de mejora** es una herramienta que se elabora como consecuencia de un proceso de evaluación y que muestra un conjunto de acciones planteadas, organizadas y sistematizadas para obtener mejoras, así como resultados eficientes y eficaces que promuevan una mayor calidad asistencial. ^(16, 17)

La vulnerabilidad de enfermedades y problemas de salud importantes en la población de Macia está limitada a su vez por una escasez de medios y recursos que dificultan la realización de intervenciones terapéuticas adecuadas. En Macia, no existe la figura del terapeuta ocupacional como profesional sanitario, el cual podría ofrecer una nueva forma de concebir la diversidad funcional, haciendo hincapié en la interacción con el entorno y en la mejora de la calidad asistencial en Centros sociales, como el que ha sido objeto del presente estudio.

1.2 CENTRO SOCIAL DE INTEGRACIÓN MACIA – SEKELEKA

Sekeleka, palabra en Shangana (idioma Tsonga) que significa “Levántate”, es un Centro social integrado situado en Macia, provincia de Gaza (Mozambique). Inició su actual forma de actuación con el objetivo de contribuir apoyando a la población infantil ante su gran necesidad de atención debido a una situación de pobreza, con poco o nulo entorno familiar y con importantes problemas de salud y alteraciones funcionales.

Este Centro de día está destinado para niños, adolescentes y jóvenes de 3 a 30 años. Donde encontramos el siguiente colectivo:

- **Niños con diversidad funcional** con escaso apoyo de inclusión al sistema escolar público, así como para el acceso al mercado laboral.

- **Niños huérfanos** con apenas apoyo familiar para cubrir sus necesidades básicas, así como el acceso a la escuela.
- **Infancia con VIH.** Graves dificultades en su detección, seguimiento y tratamiento.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Debido a todo lo expuesto anteriormente, el presente estudio se llevó a cabo aplicando métodos ordenados de Calidad Asistencial. Nos hemos basado en el concepto de mejora continua, utilizando herramientas para la detección de necesidades, como la espina de pescado y la constitución de un equipo que se encargó de elaborar el plan de mejora, estableciendo objetivos y cumplimiento de estos.



2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer un análisis y diagnóstico de un Centro social de apoyo a las necesidades de la población infantil de Macia (Mozambique) para diseñar acciones correspondientes en un plan de mejora desde la Terapia Ocupacional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ofrecer herramientas específicas, educación, supervisión y seguimiento durante el desempeño de actividades como la higiene bucodental y personal.
- Mejorar la accesibilidad de los niños con diversidad funcional con y sin ayudas técnicas, tanto para desplazarse hasta el Centro, cómo dentro de él.
- Crear una sala y material adaptado a las necesidades de los niños con diversidad funcional, así como organizar los recursos disponibles y crear un programa individualizado.
- Ofrecer formación en la aplicación de herramientas de intervención a los educadores residentes de Macia, con el fin de que puedan aplicarlas cuando la figura del terapeuta ocupacional no esté presente.

3 METODOLOGÍA

El presente estudio está basado en una propuesta de intervención a partir de la detección de necesidades y el diseño de un plan de mejora. Se llevó a cabo, en un espacio temporal, de octubre de 2017 a diciembre de 2018. Fue desarrollado en 3 fases:

3.1 CONSTITUCIÓN DEL EQUIPO DE MEJORA

En primer lugar, se constituyó el equipo que iba a formar parte del análisis y detección de las necesidades, para posteriormente realizar la redacción del plan de mejora.

Tras la observación de la gran población infantil con diversidad funcional que vivían en condiciones extremas de pobreza, graves estados de salud, ausencia de escolarización e incluso muchos en situación de casi abandono, se estableció un acuerdo con la Misión Bautista Europea Internacional (IBMI), la cual comenzó a enviar misioneros para evaluar más aun las necesidades, redactar el plan de mejora, así como llevarlo a cabo.

Fue entonces cuando se constituyó el equipo de mejora, con un total de 7 personas, 3 hombres y 4 mujeres. Los cuales dos son de nacionalidad mozambiqueña y cinco españoles. La gran mayoría tiene estudios universitarios y el rango de edad es de los 25-60 años.

Concretamente, el **equipo multidisciplinar** constaba de:

- Hombre mozambiqueño, licenciado en teología. Actualmente, el director del Centro.
- Mujer mozambiqueña con educación en administración. Se encarga en coordinar y detectar a los niños en situación de riesgo social.
- Mujer española diplomada en teología que coordina el proyecto del Centro Sekeleka, y se encarga en traer especialistas de fuera del país para ayudar a desarrollar el proyecto y ofrecer formación a los trabajadores residentes.

- Hombre licenciado en pedagogía y periodismo. Se encargó de desarrollar cursos de formación para maestros y educadores.
- Mujer licenciada en asistencia social. Ofreció información sobre la importancia de la asistencia social y como llevarla a cabo.
- Hombre licenciado en medicina y especializado en estomatología. Realizó un seguimiento de la salud de los niños y la intervención necesaria
- Mujer licenciada en Terapia Ocupacional. Ayudó a concretar y detectar las necesidades, así como desarrollar el plan de mejora presente.

A parte, existe un grupo de personas, que colaboran y trabajan en el Centro, haciendo que el proyecto pueda desarrollarse diariamente:

- Cinco educadores, encargados en organizar, planificar y llevar a cabo todas las actividades que se realizan con los niños.
- Dos profesores, que apoyan en las tareas de clase y preparación de exámenes.
- Dos mujeres, encargadas en preparar la comida.
- Dos hombres que realizan trabajos de construcción, mantenimiento y transporte.

3.2 DETECCIÓN DE NECESIDADES

En segundo lugar, se realizó una evaluación e identificación de las principales necesidades, problemas y consecuencias para establecer acciones de mejora.

La herramienta con la que se trabajó fue la **espina de pescado**. Consiste en una representación gráfica, que permite visualizar las relaciones lógicas que existen entre las causas que producen el efecto o problema definido.¹⁵

A continuación, describimos los pasos que hemos seguido:⁽¹⁸⁾

1. Seleccionamos los problemas cuyas causas reales o potenciales deseamos encontrar, mediante la observación de las principales necesidades de los niños que acuden al Centro.
2. Simplificamos el enunciado del problema encerrándolo en un rectángulo y situándolo al lado derecho de la hoja. Dibujamos una flecha, como eje principal, dirigida hacia el rectángulo.
3. Hacemos una lista de las causas primarias, mediante una lluvia de ideas por parte de todo el equipo.
4. Enmarcamos las causas primarias situándolas alternadamente arriba y abajo del eje principal y las hacemos incidir hacia el eje principal.
5. A continuación, nos preguntamos ¿Qué causas, relacionadas con estas causas primarias, explicarían el problema? Tras el análisis, establecimos las causas secundarias y las hicimos incidir, hacia las flechas primarias. Y así sucesivamente fuimos creando nuevas ramas que identifiquen las causas sobre las cuales sea posible actuar.

El análisis de las causas de cada problema, presentadas en este estudio, se ha llevado a cabo tras una observación por parte de las personas que trabajan en el Centro y a través del apoyo de expertos, miembros del equipo, que han podido aportar según sus conocimientos.

3.3 PLAN DE MEJORA

En tercer lugar, se redactó el plan de mejora, siguiendo las siguientes fases:

3.3.1 Detección de áreas de mejora

Se realizó un diagnóstico de la situación actual, determinando las áreas de mejora por cada problema detectado y se estableció objetivos medibles.

3.3.2 Establecimiento de acciones de mejora

Se propusieron y detallaron los recursos necesarios y las actividades que podrían solucionar las causas de cada área de mejora.

3.3.3 Programación de las acciones de mejora

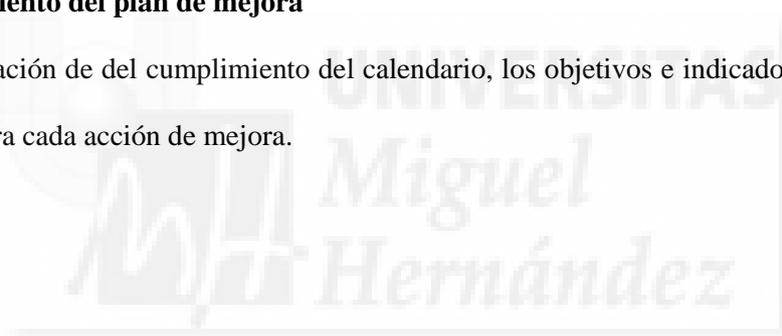
Se estableció la secuencia temporal de implantación, así como los responsables de su puesta en marcha y seguimiento.

3.3.4 Puesta en marcha

Se pusieron en marcha las acciones planificadas.

3.3.5 Seguimiento del plan de mejora

Evaluación de del cumplimiento del calendario, los objetivos e indicadores de seguimiento propuestos para cada acción de mejora.



4 RESULTADOS

En este apartado, describiremos los resultados obtenidos en las fases descritas anteriormente:

4.1 PRIMERA FASE: DETECCIÓN DE NECESIDADES

A continuación, se describen cada uno de los principales problemas detectados, así como sus causas (primarias, secundarias y terciarias). Además, se muestra el análisis realizado a partir de la espina de pescado.

4.1.1 Caries y dolor de dientes

La mayoría de los niños tienen algún problema en su salud bucodental y se describieron las siguientes causas:

4.1.1.1 Una limpieza ineficiente

- Falta de los materiales necesarios, debido a:
 - Falta de formación específica sobre la importancia y utilidad
 - Imposibilidad económica.
 - No se considera prioridad.
- Uso inadecuado del material, debido a:
 - Falta de formación sobre la técnica del cepillado
 - Niños con problemas cognitivos y de movilidad que impide el desempeño de dicha práctica.
 - Niños huérfanos con apenas apoyo familiar.

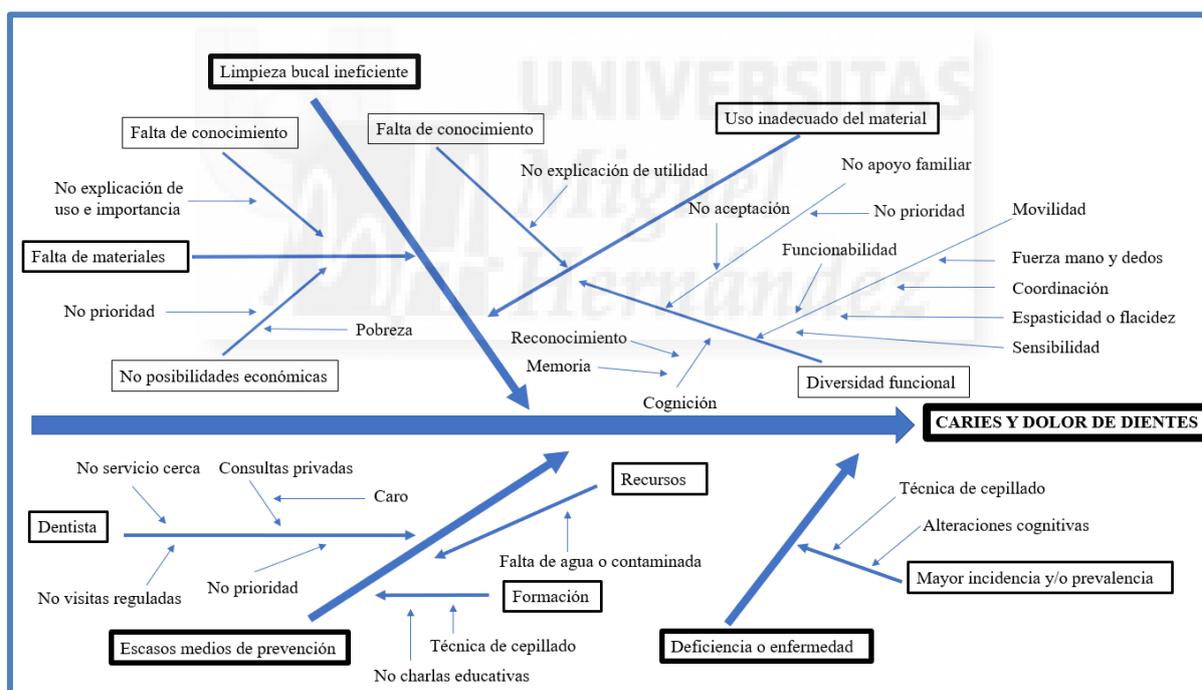
4.1.1.2 Prevalencia de una enfermedad o deficiencia

Estudios demuestran que la salud bucodental de los niños con diversidad funcional es significativamente peor que la de la población normal.^(19, 20)

4.1.1.3 Escasos medios de prevención

- Falta de formación
- Dificultad para acceder al dentista, debido a su lejanía y a la imposibilidad económica.
- Escasez de recursos debido a puntos inaccesibles de agua potable.

Figura 1: Análisis del problema bucodental



4.1.2 Enfermedades que provienen de la falta de higiene

La mayoría de los niños, tienen enfermedades como la sarna o el sida. Se describieron las siguientes causas:

4.1.2.1 Falta de higiene personal

- Falta de un espacio adecuado, así como las adaptaciones necesarias
- Desconocimiento de su importancia.
- Falta de material y limpieza adecuado, debido a:
 - Medios económicos y prioridad de las familias
 - Desconocimiento de su importancia.
 - Uso compartido de los materiales, lo cual favorece la transmisión de enfermedades.

4.1.2.2 Falta de acceso a la sanidad

- Inexistencia de una sanidad pública de calidad
- Falta de recursos económicos para comprar los medicamentos necesarios.
- Curandería. Se estima que más del 75% de la población utiliza remedios espirituales para tratar problemas de salud⁶

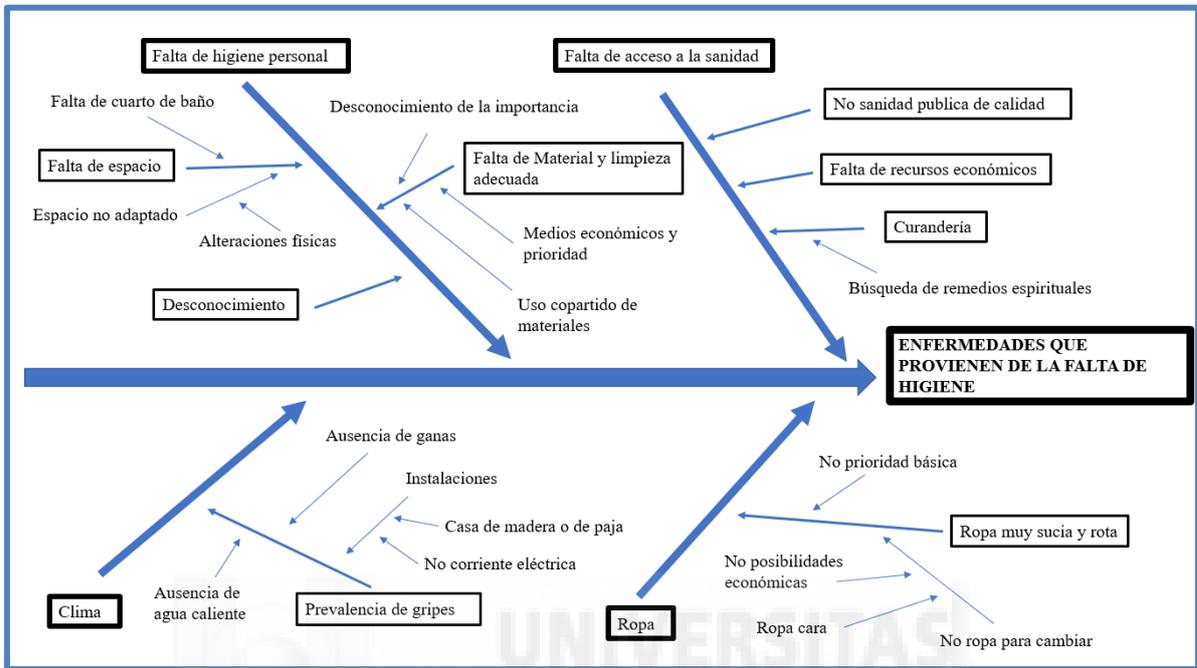
4.1.2.3 Falta de ropa limpia

No tienen la posibilidad de cambios de ropa debido a su coste, además de no considerarlo una prioridad.

4.1.2.4 Clima

- Prevalencia de gripes en época de invierno debido a:
 - Ausencia de agua caliente por la imposibilidad de su instalación debido a la infraestructura de las casas y ausencia de corriente eléctrica.
 - Se reducen las ganas de bañarse.

Figura 2: Análisis de los problemas que provienen de la falta de higiene



4.1.3 Mala o nula accesibilidad

Dificultad de los niños, tanto para acudir al Centro, como para desplazarse por él. Se determinaron las siguientes causas:

4.1.3.1 Presencia de barreras arquitectónicas

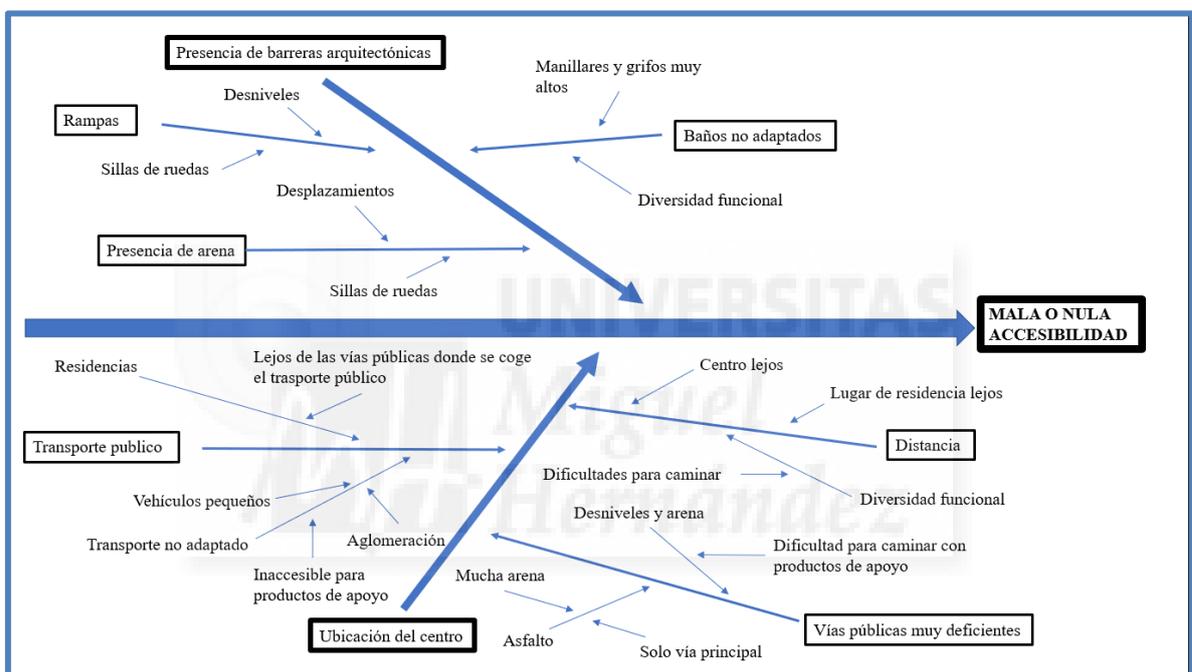
- Debido a desniveles y abundante arena.
- Infraestructuras no adaptadas.

4.1.3.2 Ubicación del Centro

- Escaso transporte público, debido a:
 - Lugar de residencia lejos de las vías públicas.
 - Inexistencia de adaptaciones.

- Vías públicas muy deficientes.
- Distancia, debido a:
 - Lejanía del Centro al lugar de residencia de los niños
 - Niños con diversidad funcional.

Figura 3: Análisis del problema de accesibilidad



4.1.4 Problemas en el desempeño funcional

Muchos de los niños que acuden al Centro tienen diversidad funcional y, por tanto, problemas en el desempeño de actividades cotidianas. Se determinaron las siguientes causas:

4.1.4.1 Falta de especialistas

- Niños sin diagnóstico clínico debido a la falta de especialistas con formación específica.

4.1.4.2 Falta de recursos

- Falta de herramientas de evaluación y seguimiento médico.
- Falta de herramientas adecuados debido a:
 - Problemas económicos para su obtención
 - Inexistencia en el país
 - Escaso conocimiento de la utilidad de éstos.

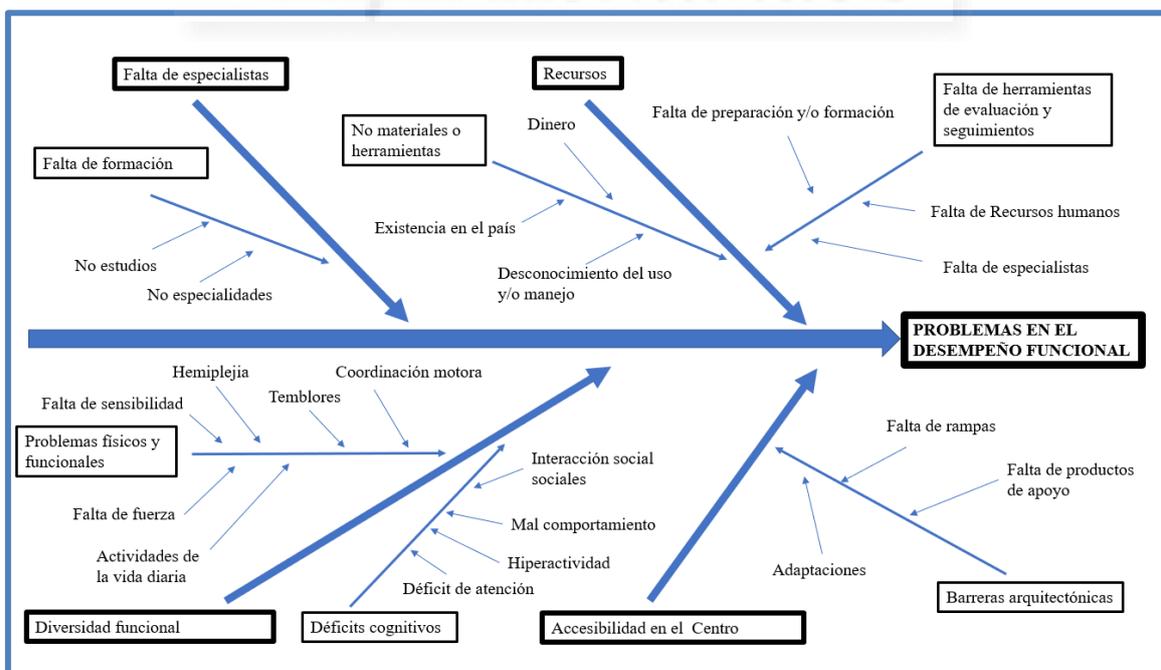
4.1.4.3 Dificultad de accesibilidad

Debido a barreras arquitectónicas

4.1.4.4 Niños con diversidad funcional

- Presencia de problemas físicos y cognitivos que interfieren en el desempeño de actividades cotidianas

Figura 4: Análisis de los problemas en el desempeño funcional



4.2 SEGUNDA FASE: REALIZACIÓN DEL PLAN DE MEJORA

A continuación, se describen las acciones de mejora implantadas por cada uno de los problemas detectados.

4.2.1 Acciones de mejora para el problema bucodental

Se llevaron a cabo en una secuencia temporal de octubre a noviembre de 2017 y fueron supervisadas por la coordinadora y la asesora del Centro.

4.2.1.1 Proveer de cepillos y ofrecer formación.

Permitió la obtención de conocimiento sobre la importancia de la higiene bucodental, así como la utilidad correcta de los instrumentos necesarios. Se les otorgó un cepillo de dientes a cada uno de los niños, con el fin de que adquirieran una rutina diaria.

La formación fue impartida por el médico odontólogo y el equipo de dentistas y duró aproximadamente dos días.

4.2.1.2 Supervisión y ayuda durante el cepillado

Se estableció una rutina de aseo bucodental y se creó un lugar específico para guardar los cepillos de dientes. Los educadores responsables, supervisaron que se realizara esta práctica de manera adecuada y ayudaron a aquellos con diversidad funcional.

4.2.1.3 Visitas reguladas por dentistas

Permitió que se realizara un seguimiento bucodental individualizado, por parte de dentistas provenientes de España. Se programó visitas reguladas dos veces al año, para una revisión y si es necesario, alguna intervención.

El responsable de la implantación de esta mejora fue el médico estomatólogo y tuvo una duración de dos semanas, hasta que se realizó una ficha individual de cada niño y se buscó un lugar adecuado para realizar las intervenciones necesarias.

En el **anexo 1**, se puede ver la tabla que resume el plan de mejora realizado.

4.2.2 Acciones de mejora para las enfermedades provenientes de la falta de higiene

Se llevaron a cabo en una secuencia temporal de mayo a septiembre de 2018 y fueron supervisadas por la coordinadora y asesora del Centro.

4.2.2.1 Ofrecer charlas educativas

El equipo de médicos, fueron los responsables en realizar estas charlas educativas y tuvo una duración de dos días aproximadamente.

4.2.2.2 Supervisión y ayuda durante la higiene personal

Los educadores fueron los responsables de supervisar y ayudar a realizar una correcta higiene personal, estableciendo una rutina de lavado diario.

4.2.2.3 Lavado de toallas y ropa interior

Esta práctica es de gran importancia para la prevención de enfermedades, por lo que se estableció una rutina de lavado de las toallas y ropa interior utilizadas, supervisadas por los educadores.

4.2.2.4 Creación de un almacén de ropa

Debido a que muchos niños venían con ropa sucia y usada de varios días e incluso semanas, se buscó un espacio adecuado para colocar armarios y ropa de niños ordenados según edad y sexo. La ropa se obtuvo a través de la donación y se le facilitó a cada niño, según sus necesidades. Los responsables fueron el coordinador, la asesora y los voluntarios

4.2.2.5 Instaurar y crear un depósito de agua caliente

Esta acción permitió una mejora en el hábito diario de higiene personal, sobre todo en época de invierno.

Para ello, se realizó un proyecto de construcción, se consiguieron fondos, y una vez construidas las instalaciones, se comprobó el funcionamiento.

En el **anexo 2** se puede ver la tabla resumen del plan de mejora realizado.

4.2.3 Acciones de mejora para la mala o nula accesibilidad

Se llevaron a cabo en una secuencia temporal de noviembre de 2017 a diciembre de 2018 y fueron supervisadas por la coordinadora y asesora, así como el personal de mantenimiento, responsables de llevarlas a cabo.

4.2.3.1 Eliminación de barreras arquitectónicas

Esta acción de mejora permitió el acceso a todos los niños con diversidad funcional a cada una de las instalaciones. Se realizaron la construcción de rampas y la adecuación de una vía exterior.

4.2.3.2 Compra de un minibús

Esta mejora permitió el acceso al Centro de niños que vivían lejos o no tenían posibilidad de acudir debido a una deficiencia.

Tras obtener financiación, se buscó un transporte adecuado a las necesidades de los niños, se condicionó y se hizo la documentación necesaria para su utilización. El responsable de realizar todos los trámites necesarios fue el director.

4.2.3.3 Adaptación de los cuartos de baño

Debido a la presencia de niños con diversidad funcional, con dificultades para el desempeño de actividades cotidianas, se implantó esta mejora. Para ello, se realizó un proyecto, y se comenzó a construir las adaptaciones necesarias.

En el **anexo 3** se puede ver la tabla que resume el plan de mejora realizado.

4.2.4 Acciones de mejora para los problemas en el desempeño funcional

Se llevaron a cabo en una secuencia temporal de septiembre a diciembre de 2018 y fueron supervisadas por la coordinadora, asesora, así como por la Terapeuta Ocupacional, la cual fue responsable de llevarlas a cabo.

4.2.4.1 Creación de una sala de Terapia Ocupacional

Observando la importancia de una intervención individualizada a niños con diversidad funcional, se creó un espacio adecuado acondicionado a las necesidades de cada uno de ellos.

4.2.4.2 Creación y organización de recursos

Se crearon y organizaron materiales y/o recursos adecuados a las necesidades de los niños, con el fin de facilitar el trabajo a los educadores.

4.2.4.3 Planificación de la intervención

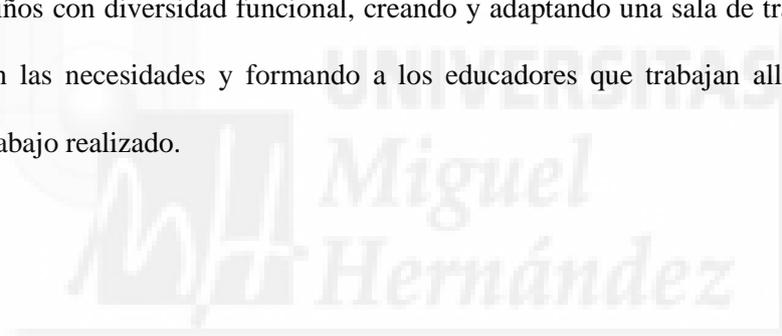
Se observó e identificó las necesidades principales, se seleccionó a los niños, se estableció los objetivos, y tras ello, se creó un horario para la puesta en marcha de la intervención.

4.2.4.4 Formación de educadores

Se vio la necesidad de ofrecer formación a los educadores que tratan con los niños. El terapeuta ocupacional, comenzó la intervención siempre con presencia de los educadores, con el fin de que éstos observen, aprendan y puedan aplicarlo cuando el terapeuta no esté presente.

En el **anexo 4** se puede ver la tabla resumen del plan de mejora realizado

En resumen, se realizó un análisis y detección de las principales necesidades de la población infantil que acudía al Centro Sekeleka. A continuación, se desarrolló un plan de mejora para intervenir en cada una de las áreas de necesidad, planteándose y llevando a cabo acciones de mejora en tres ámbitos generalmente. Primeramente, acciones para mejorar y/o mantener tanto la salud bucodental como la higiene personal. En segundo lugar, acciones para permitir y mejorar el acceso de los niños, ya sea para que puedan acudir al Centro o desplazarse por el mismo, así como las adaptaciones necesarias para que éstos puedan desempeñar de manera satisfactoria actividades cotidianas. Por último, se realizaron acciones de mejora para intervenir de manera específica e individual a niños con diversidad funcional, creando y adaptando una sala de trabajo, organizando material según las necesidades y formando a los educadores que trabajan allí para que puedan continuar el trabajo realizado.



5 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio es defender un proyecto de intervención a partir de la detección de necesidades y consiguientemente realizar un plan de mejora a partir de herramientas que forman parte de la evaluación y puesta en marcha de la calidad asistencial.

Se han encontrado diferentes estudios donde se han desarrollado propuestas de intervención similares. En cada uno, se muestra la detección de necesidades, así como acciones de mejora implantadas, algunas desde el ámbito de la terapia ocupacional. Por ejemplo, se han realizado acciones para prevenir o reducir problemas de salud ⁽²¹⁾, formación a profesorado y capacitación a cuidadores y personal sanitario^(4,22), acciones para reducir y prevenir un mayor impacto ante desastres naturales⁽²³⁾ y también, acciones para una educación inclusiva a niños con diversidad funcional^(24, 25). Tras el análisis de cada uno de estos estudios, se observan resultados positivos respecto a la implantación de las acciones de mejoras.

Es importante remarcar que no se han encontrado estudios que hayan utilizado la misma metodología exhaustiva utilizada en el presente estudio. Por lo que se considera novedoso, debido a que se ha aprovechado el conocimiento de la calidad asistencial para aplicar herramientas de detección de necesidades, así como desarrollar un plan de mejora.

Por otro lado, es muy importante recalcar que este estudio tiene varias limitaciones:

- El desarrollo del estudio se ha realizado lejos del país de origen, por lo que no se han podido presentar los datos de los indicadores de seguimiento propuestos en el plan de mejora.
- En este estudio se incorporan aspectos o acciones de mejora que no han sido llevados a cabo por el terapeuta ocupacional, aunque se haya establecido contacto vía telefónica y se haya ayudado a mejorar éstas durante su estancia allí.

- Debido a la falta de recursos materiales y de personal cualificado, las intervenciones realizadas se han desarrollado más lentamente de lo que nos hubiera gustado.
- No se ha podido incorporar en el estudio encuestas para obtener datos significativos sobre el efecto de estas acciones de mejora, lo cual hubiera sido ideal para conocer la repercusión en los niños beneficiarios.

Debido a todo esto, sería de gran importancia seguir desarrollando este estudio, obteniendo datos sobre los indicadores de seguimiento de cada una de las acciones de mejora puestas en marcha, así como realizar encuestas sobre la satisfacción de cada niño y trabajador, con el fin de evaluar y obtener datos significativos de la eficacia de cada acción de mejora.

En el presente estudio, el papel del terapeuta ocupacional se ha centrado en estructurar toda la información, ordenarla y aplicar herramientas de evaluación y diagnóstico de la calidad asistencial. A demás, también ha participado en el proceso, detectando necesidades y llevando a cabo acciones de mejora desde el ámbito de la Terapia Ocupacional.

En definitiva, esta experiencia ha sido muy enriquecedora tanto a nivel profesional como personal. Profesionalmente, he podido aplicar los conocimientos adquiridos durante mi formación para poder ayudar, aconsejar y llevar a cabo mejoras en contextos socioculturales muy diferentes a los que estoy acostumbrada a trabajar. He podido aprender a observar y experimentar otras culturas que envuelven a la población infantil con diversidad funcional, aportando una nueva visión desde la terapia ocupacional y ofreciendo herramientas para aumentar y mejorar la calidad asistencial.

A nivel personal, esta experiencia me ha permitido percibir otras necesidades, problemas, así como el poder de la resiliencia, tan presente en este ámbito. He podido aprender a dar importancia y ser agradecida por todos los beneficios que consideramos “normales” en nuestro

contexto, de los cuales carecen una gran parte de la población mundial. Y, sobre todo, el mayor aprendizaje ha sido recibir la alegría y las ganas de vivir que expresan cada uno de los niños y colaboradores con los que he trabajado.



6 FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

1. Antonio F, Mill E, Páez M, Sayago G, Valero D. Manejo de pacientes con diversidad funcional en el ámbito odontológico. 2014.
2. Ferreira MA. De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico. *Política y sociedad*. 2010;47(1):45-65.
3. de la Salud AM. Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Organización Mundial de la Salud; 2005.
4. Fernández Pires P, Valera Gran D, Hurtado Pomares M, Peral Gómez P, Navarrete Muñoz EM, Sánchez Pérez A. Terapia Ocupacional a través de la cooperación internacional: Diseño de un programa de capacitación para cuidadores y personal sanitario en Nemba (Ruanda). *TOG (A Coruña)*: Revista en internet; 2018. p. 152-60
5. Franco Giraldo Á. Determinación global y salud: el marco amplio de los determinantes de la salud. Universidad de Antioquia: *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 2013. p. 73-86.
6. Organization WH. WHO country cooperation strategy 2009–2013: Mozambique. 2009.
7. Peters S, DE DISCAPACIDAD PPEG, MUNDIAL B. Educación Integrada: Lograr una educación para todos, incluidos aquellos con discapacidades y necesidades educativas especiales. Documento Grupo Discapacidad Banco Mundial. 2003.
8. de la salud OM. El programa conjunto de vigilancia2004. Available from: https://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/evalamitad5.pdf?ua=1.
9. Unicef. Progreso para la Infancia: Un balance sobre agua y saneamiento: UNICEF; 2006.

10. Pruss-Ustun A, Organization WH. Safer water, better health: costs, benefits and sustainability of interventions to protect and promote health. 2008.

11. Alarcón Gascueña P, Alcázar Casanova F, Almazán González S, Álvarez González Y, Biurrun Larralde A, García Bleda J, et al. Manual de calidad asistencial 2009. Available from: <https://es.slideshare.net/rogufe/manual-calidad-asistencial-sescamsclm>.

12. Núñez TM. Intervención de terapia ocupacional en programas de cooperación internacional. Revista asturiana de Terapia Ocupacional. 2011(9):31-5.

13. Gonzalo NG, Areosa LA, Prieto JR. "Tobe" o no "tobe", actitudes para la práctica de la terapia ocupacional basada en la evidencia (tobe). Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG. 2005(2):1.

14. Torres Olivera A. Manual para la acreditación de competencias profesionales. Terapia Ocupacional 2015. Available from: <https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/MACP-Terapeuta-Ocupacional.pdf>.

15. Serrano SC, editor Herramientas de análisis y resolución de problemas utilizadas en los sistemas de gestión de la calidad y su relación con los costes de calidad. El comportamiento de la empresa ante entornos dinámicos: XIX Congreso anual y XV Congreso Hispano Francés de AEDEM; 2007: Asociación Española de Dirección y Economía de la Empresa (AEDEM).

16. Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Mira J. Calidad y seguridad de los pacientes. Madrid: Fundación Mapfre; 2008. p. Cap 30.

17. Villavicencio DXP, Soler VG, Bernabeu EP. Metodología para elaborar un plan de mejora continua. 3c Empresa: investigación y pensamiento crítico. 2017(1):50-6.
18. Ishikawa K. Diagrama de Ishikawa. Instituto para el aseguramiento de la calidad Recuperado el. 2013;15.
19. Ventura MAR, Olán LI. Estado de salud bucodental de niños con capacidades especiales del Centro de Atención Múltiple No. 4. Horizonte sanitario. 2014;13(3):233-7.
20. Tan Castañeda N, Rodríguez Calzadilla A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. revista cubana de estomatología. 2001;38(3):181-91.
21. Castro R, Dalila G, Ortiz Lopez OdS. Intervención de enfermería en la prevención del riesgo a desnutrición a menores de 5 años del puesto de salud Lacayo Farfán, Matagalpa 2012: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2013.
22. Martín IM, Martínez MJC. Oficinas pedagógicas en red como estrategia de mejora de la formación del profesorado en Mozambique. Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado. 2015;18(3):1-12.
23. Cordova Cuenca PP. Análisis de vulnerabilidad por inundaciones y plan de mejora en HuarmeyAncash, 2018. 2018.
24. Riera Decimavilla LI. Intervención educativa en el contexto residencial de menores. 2018.
25. Castillejo Agós M. Mejora de la planificación del área y del plan de prácticas en producción de la Escuela Técnica Agropecuaria de Mariri (Mozambique). 2010.

7 ANEXOS

ANEXO 1: TABLA DEL PLAN DE MEJORA DEL PROBLEMA DE LAS CARIES Y DOLOR DE DIENTES

ACCIONES DE MEJORA	TAREAS	RESPONSABLE DE LA TAREA	TIEMPOS (INICIO-FINAL)	RECURSOS NECESARIOS	INDICADOR SEGUIMIENTO	RESPONSABLE SEGUIMIENTO
PROVEER CEPILLOS Y OFRECER FORMACIÓN PARA SU USO ADECUADO	<ol style="list-style-type: none"> 1- Conteo del número de niños 2- Compra de los materiales 3- Enseñanza de la importancia y el uso 4- Entrega del cepillo 	Médico odontólogo y equipo de dentistas	Inicio: octubre 2017 (duración de 2 días)	<ol style="list-style-type: none"> 1- Cepillos de dientes 2- Pasta 3- Dientes y cepillo para enseñanza 4- Agua 5- Sillas 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Número de cepillos entregados al inicio 2- Número de cepillos renovados o cambiados al año 	Coordinadora y asesora del Centro Sekeleka
SUPERVISIÓN Y AYUDA DURANTE EL CEPILLADO DESPUÉS DE LAS COMIDAS	<ol style="list-style-type: none"> 1- Se colocan en fila. 2- Se les facilita el cepillo 3- Colocación de la pasta 4- Cogen un vaso y lo rellenan con agua 5- Se lavan los dientes 6- Se enjuagan 7- Devuelven el cepillo 	Educadores	Inicio: octubre 2017 (duración de una semana)	<ol style="list-style-type: none"> 1- Cepillos 2- Agua 3- Pasta de dientes 4- Vaso 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Hábito de práctica 2- Salud bucodental 	Coordinadora y asesora del Centro Sekeleka
VISITAS REGULADAS DE DENTISTAS	<ol style="list-style-type: none"> 1- Revisión de las fichas médicas de cada niño 2- Se llaman a los niños por orden de prioridad 3- Encuesta sobre el hábito de higiene bucal 4- Revisión 5- Intervención si es necesaria 6- Descripción de recomendaciones y actuaciones en la ficha del niño 7- Comunicación al Centro y al familiar o responsables lo llevado a cabo. 	Médico estomatólogo y equipo de dentistas	Inicio: noviembre 2017 (duración de dos semanas)	<ol style="list-style-type: none"> 1- Instrumentos de dentistas 2- Luz 3- Silla con cierta inclinación 4- Agua 5- Medicación 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Visitas realizadas 2- % de mejora bucodental 	Coordinadora y asesora del Centro Sekeleka

ANEXO 2: TABLA DEL PLAN DE MEJORA REALIZADO PARA EL PROBLEMA DE LAS ENFERMEDADES PROVENIENTES DE LA FALTA DE HIGIENE

ACCIONES DE MEJORA	TAREAS	RESPONSABLE DE TAREA	TIEMPOS (INICIO-FINAL)	RECURSOS NECESARIOS	INDICADOR SEGUIMIENTO	RESPONSABLE SEGUIMIENTO
CHARLAS EDUCATIVAS	<ol style="list-style-type: none"> 1- Reunión de los niños 2- Explicación de la importancia de la higiene personal 	Equipo de médicos y educadores	Inicio: Julio 2017 (duración de dos días)	<ol style="list-style-type: none"> 1- Sillas 2- Esponja 3- Jabón 4- Toallas 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Número de asistentes 2- Mejoras o cambios en la higiene 	Coordinadora y asesora del Centro Sekeleka
SUPERVISIÓN Y AYUDA A LOS NIÑOS DURANTE EL BAÑO	<ol style="list-style-type: none"> 1- Se meten en la ducha 2- Se lavan con jabón 3- Salen de la ducha 4- Se secan con la toalla 	Educadores	Inicio: Julio 2017	<ol style="list-style-type: none"> 1- Agua 2- Toallas 3- Jabón de ducha 4- Esponjas 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Mejora de la higiene 2- Mejora de la salud 	Coordinadora y asesora del Centro Sekeleka.
LAVADO DE TOALLAS Y ROPA INTERIOR POR PARTE DE LOS NIÑOS	<ol style="list-style-type: none"> 1- Cada niño coge su toalla y ropa interior 2- Realizan el lavado con agua y jabón 3- Se aclara 4- Supervisión de la toalla 5- Se escurre y se tiende 	Educadores	Inicio: agosto 2017	<ol style="list-style-type: none"> 1- Jabón de lavar 2- Toallas 3- Dos Cubos 4- Agua 5- Tendedor y pinzas 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Cumplimiento de los días de lavado 2- Mejora de la limpieza de las toallas 3- Cumplimiento de los días de lavado 4- Mejora de la limpieza de la ropa 	Coordinadora y asesora del Centro Sekeleka.
CREACIÓN DE ALMACÉN DE ROPA	<ol style="list-style-type: none"> 1- Encontrar espacio 2- Limpiar y pintar 3- Colocar estanterías 4- Recogida de la ropa 5- Colocación y orden de la ropa 	Coordinadora, asesora y equipo de voluntarios	Inicio: mayo 2018 (duración de un mes)	<ol style="list-style-type: none"> 1- Armario 2- Ropa 3- Etiquetas 4- Luz 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Orden de la ropa 2- Sistematización de la recogida, cuidado y entrega de la ropa 3- Renovación de la ropa 	Coordinadora y asesora del Centro Sekeleka.
PROYECTO DE AGUA CALIENTE	<ol style="list-style-type: none"> 1- Conseguir fondos 2- Comprar materiales 3- Construir instalaciones 4- Comprobación del funcionamiento 	Equipo de mantenimiento	Inicio: junio 2018 Final: septiembre 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1- Materiales de construcción 2- Madera 3- Caldera 4- Placas solares 5- Agua 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Satisfacción de los niños 2. Funcionamiento de las instalaciones 3. Mejora de la salud 	Coordinadora, asesora y equipo de mantenimiento del Centro Sekeleka

TABLA 3: TABLA DEL PLAN DE MEJORA REALIZADO PARA EL PROBLEMA DE LA MALA O NULA ACCESIBILIDAD

ACCIONES DE MEJORA	TAREAS	RESPONSABLE DE TAREA	TIEMPOS (INICIO-FINAL)	RECURSOS NECESARIOS	INDICADOR SEGUIMIENTO	RESPONSABLE SEGUIMIENTO
ELIMINACIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS	<ol style="list-style-type: none"> 1- Realización de proyecto de construcción 2- Construcción 3- Evaluación 	Mantenimiento	Inicio: noviembre 2017 Final: diciembre 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1- Madera 2- Agua 3- Cemento 4- Varillas 5- herramientas 6- Niveles 7- Arena 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso adecuado 2. Más seguridad 3. Accesibilidad de niños con sillas de ruedas 4. Satisfacción de los niños 	Coordinadora, asesora y equipo de mantenimiento del Centro Sekeleka
COMPRA DE UN AUTOBÚS	<ol style="list-style-type: none"> 1- Realización y aceptación del proyecto 2- Búsqueda de vehículo y financiación 3- Compra 4- Adaptaciones 5- Documentación 	Director del Centro	Inicio: junio 2018 Final: octubre-2018	<ol style="list-style-type: none"> 1- Economía 2- Autobús 3- Tapicería 4- Pintura 5- Documentación 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Satisfacción 2- Cantidad de niños que son usuarios 3- Estado del coche 	Director, coordinadora, asesora y conductores del Centro Sekeleka
ADAPTACIÓN DE CUARTOS DE BAÑO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realización del proyecto 2. Construcción 3. Evaluación 	Responsable de Mantenimiento	Inicio: septiembre 2017 Final: noviembre 2017	<ol style="list-style-type: none"> 1- Cemento 2- Agua 3- Herramientas 4- Niveles 5- Arena 6- Madera 7- Varillas 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Uso 2- Satisfacción 	Coordinadora, asesora y equipo de mantenimiento del Centro Sekeleka

ANEXO 4: TABLA DEL PLAN DE MEJORA REALIZADO PARA LOS PROBLEMAS DE DESEMPEÑO FUNCIONAL

ACCIONES DE MEJORA	TAREAS	RESPONSABLE DE TAREA	TIEMPOS (INICIO-FINAL)	RECURSOS NECESARIOS	INDICADOR SEGUIMIENTO	RESPONSABLE SEGUIMIENTO
CREACIÓN DE SALA PARA TRABAJO INDIVIDUAL	<ol style="list-style-type: none"> 1- Buscar espacio adecuado 2- Limpiar 3- Pintar 4- Acondicionamiento de la sala 	Terapeuta Ocupacional	Inicio: octubre 2018 (duración de un mes)	<ol style="list-style-type: none"> 1- Materiales de limpieza 2- Pintura 3- Armario 4- Sillas y mesas 5- Electricidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Niños que lo utilizan 2- Satisfacción de los educadores 3- Mejora de los niños 	Coordinadora y asesora del Centro Sekeleka y Terapeuta ocupacional
CREACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE RECURSOS	<ol style="list-style-type: none"> 1- Identificación de necesidades 2- Observación 3- Búsqueda e impresión de materiales 4- Creación de nuevas actividades 5- Organización del material 	Terapeuta Ocupacional	Inicio: septiembre 2018 Final: diciembre 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1- Ordenador 2- Impresora 3- Papel 4- Cartulina 5- Bolígrafos 6- Cajas 7- Rotuladores 8- Goma espuma 9- Plastificadora 10- Armario 11- Mesa 12- Juegos 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Satisfacción de los niños y profesionales 2- Variabilidad de material 	Coordinadora y asesora del Centro Sekeleka y Terapeuta ocupacional
CREACIÓN DE HORARIO Y/O PLANIFICACIÓN DE INTERVENCIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1- Observación 2- Elección de los niños 3- Establecer horario 4- Planificar intervención 	Terapeuta Ocupacional	Inicio: octubre 2018 Final: <i>se adecua cada año a los niños según su turno de colegio</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1- Ordenador 2- Papel 	<ol style="list-style-type: none"> 1- Satisfacción de los niños y educadores 2- Cumplimiento del horario 	Coordinadora y asesora del Centro Sekeleka y Terapeuta ocupacional
FORMACIÓN A LOS EDUCADORES	<ol style="list-style-type: none"> 1- Búsqueda de profesional 2- Identificación de necesidades 3- Selecciona a los niños para la intervención 4- Establece horario 5- Se establecen objetivos 6- Se comienza intervención con los educadores 	Terapeuta Ocupacional	Inicio: Septiembre a diciembre 2019 Final: <i>van viniendo profesionales voluntarios para complementar y aumentar la formación</i>	<i>Materiales necesarios para llevar a cabo la intervención</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1- Satisfacción de los educadores 	Coordinadora y asesora del Centro Sekeleka y Terapeuta ocupacional

ANEXO 5: REPORTAJE FOTOGRÁFICO DE LAS MEJORAS REALIZADAS

ACCIONES DE MEJORA PARA EL PROBLEMA BUCODENTAL Y ENFERMEDADES PROVENIENTES DE LA FALTA DE HIGIENE:



Imagen 1: Provisión de cepillos a cada uno de los niños



Imagen 2: Provisión de toallas y lavado semanal

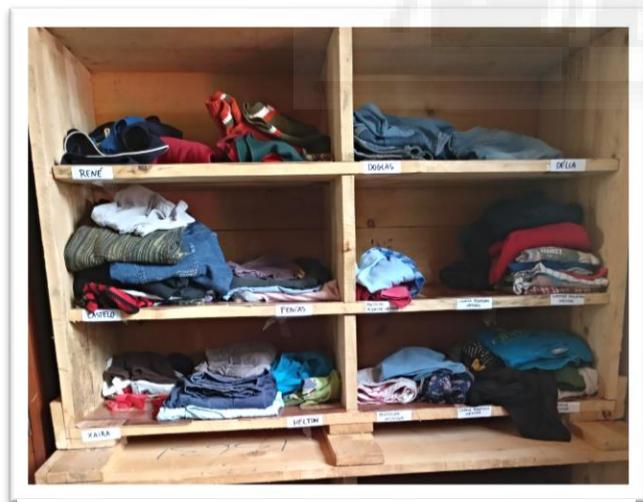


Imagen 3: Creación de un almacén de Ropa



Imagen 4: Crear e instaurar un depósito de agua caliente

ACCIONES DE MEJORA REALIZADAS PARA EL PROBLEMA DE LA MALA O NULA ACCESIBILIDAD



Imagen 8: Rampa de acceso al comedor



Imagen 7: Rampa de acceso a la sala de actividades



Imagen 6: Adecuación de una vía sobre la arena



Imagen 5: Rampa de acceso a la sala de Terapia Ocupacional



Imagen 10: Compra de un minibus para mejorar la accesibilidad de los niños al Centro



Imagen 9: Adaptación de baños

ACCIONES DE MEJORA PARA EL PROBLEMA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL

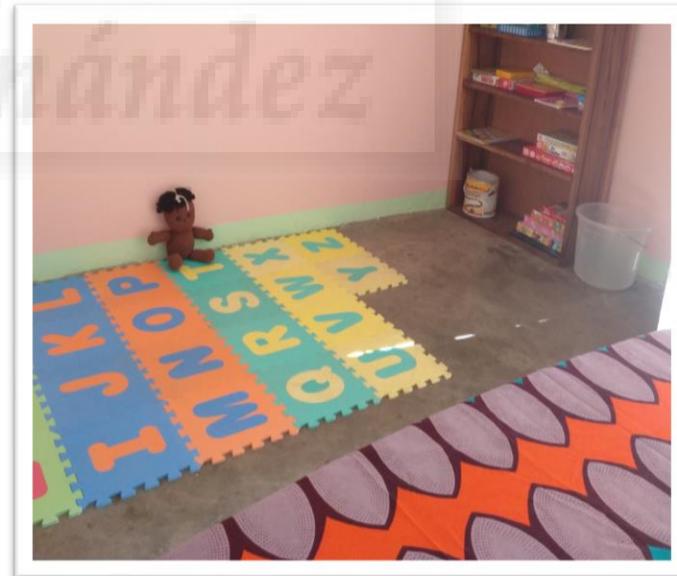
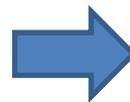


Imagen 11 y 12: Creación de la Sala de Terapia



Imagen 13: Instalación de juegos dinámicos



Imagen 14: Creación y organización de actividades cognitivas

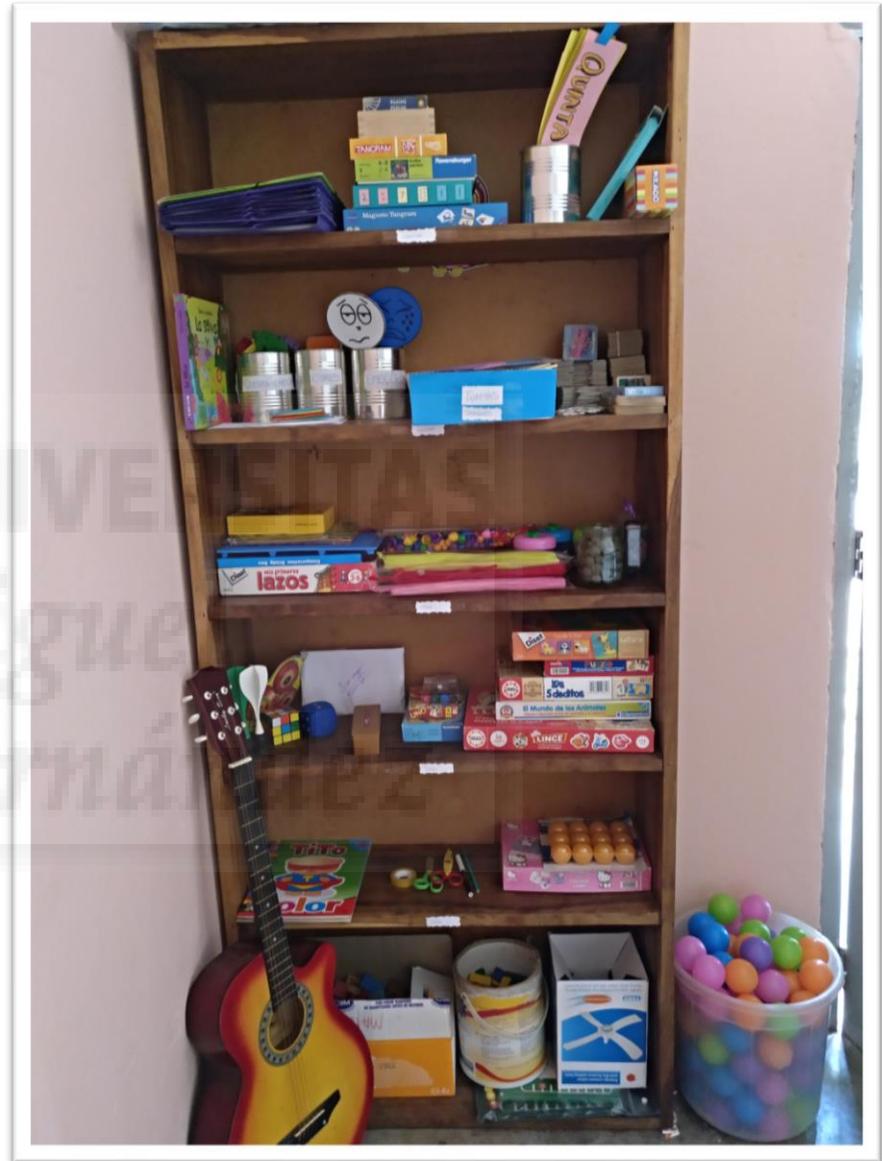


Imagen 15: Creación y organización de recursos para las actividades