

IMPACTO DEL PROGRAMA DE AUTOCUIDADO EN ANCIANOS RESIDENTES EN EL HOGAR SAN PEDRO CLAVER DE LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA

MARIA VICTORIA URREA U. Terapeuta Ocupacional, M.A.,
Profesora Asistente, Departamento de Terapias.
Universidad Nacional.

El trabajo fue presentado en el VII Congreso de ADEXMUN, Modalidad Cartel. Santafé de Bogotá, Julio de 1995.

RESUMEN

Este estudio investigó el impacto de un programa de autocuidado diseñado y estructurado para incrementar habilidades biopsicosociales, comparando dos grupos de ancianos residentes del Hogar San Pedro Claver de la Beneficencia de Cundinamarca, uno que recibe el programa y otro no.

La muestra estuvo conformada por 48 ancianos divididos al azar en dos grupos: G1 o control y G2 o experimental que participó en el programa de autocuidado durante 12 sesiones, implementándose una por semana siendo su duración de 2 horas.

El estudio requirió 16 semanas, período en el cual se aplicó el pretest, el programa de autocuidado y el postest. Se usó en la entrevista directa individual el cuestionario de habilidades biopsicosociales que evalúa once habilidades: motoras, sensoriales, emocionales, cognitivas, sociales, sueño y descanso, alimentación, vestido, aseo o arreglo personal, percepción de riesgos y uso del tiempo. Los resultados revelaron que el programa de autocuidado incrementa las habilidades biopsicosociales de los ancianos al encontrar diferencias significativas en la Prueba T.

Estos hallazgos permiten considerar la importancia que tiene el programa de autocuidado en los ancianos y cómo esta intervención favorece y mantiene hábitos y rutinas vitales y satisfactorias para su calidad de vida.

INTRODUCCION

El interés por el estudio e implementación de programas de Terapia Ocupacional para la asistencia del anciano, ha aumentado progresivamente día a día.

La literatura colombiana^(1,5,7,8,10,11,19,20,21) y la internacional^(2,3,4,6,14,15,16,17,18,31,32) plantea diversos programas de diversos tipos dirigidos a los ancianos en la comunidad e institucionalizados en las ahora casa u hogares para la Tercera Edad. No obstante su existencia no se conoce un programa de autocuidado y su impacto sobre esta población.

Se estima que el 86% de los residentes en los Hogares de la Tercera Edad, mayores de 60 años presentan una o más condiciones biopsicosociales crónicas o incapacitantes razón por la cual aproximadamente el 50% de ellos informan tener dificultades o limitaciones en su desempeño diario ⁽²⁸⁾.

Los ancianos sanos por el hecho de estar institucionalizados y de cierta forma aislados, ignoran sus propias necesidades de salud física, psicológica y social. Como son viejos suponen que deben estar enfermos e inactivos descuidando su autocuidado y que esta situación además de ser normal es inevitable, siendo un error.

El establecimiento de programas de autocuidado para ancianos institucionalizados es una estrategia poco conocida, por tal razón el objetivo de investigación fue determinar el efecto del programa de autocuidado sobre las habilidades biopsicosociales de un grupo de ancianos residentes del Hogar San Pedro de la Beneficencia de Cundinamarca, comparado con otro grupo de la misma institución que no recibe el programa.

El propósito del programa de autocuidado fue el de promocionar, prevenir, desarrollar y/o mantener actitudes y comportamientos de autocuidado saludables, a través de las habilidades biopsicosociales.

REVISIÓN DEL CONOCIMIENTO

Según Páramo ⁽²⁴⁾ el concepto de autocuidado no es nuevo, surge de la preocupación personal y ha suscitado responsabilidades en todas las épocas. Siempre ha existido como autotratamiento siendo sus modalidades la autoatención y la atención familiar.

Las acciones de autocuidado se deben aprender, dependen de las creencias, costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidad. Se relacionan con la sociedad en que se vive.

El autocuidado del anciano son acciones y prácticas de salud que requieren para su realización de elección y decisión, van de acuerdo con su edad y estilo de vida, rol ocupacional, nivel socioeconómico y sociocultural. Depende de la personalidad y define el autoconcepto.

El autocuidado es el punto de partida para las demás ocupaciones ⁽²⁸⁾, evoluciona con la edad, satisface necesidades vitales y cumple con normas básicas de participación social. Incluye todo lo que el anciano hace por sí mismo, por su propio cuerpo y lo que hacen otras personas para mantenerle su físico, su imagen y autoestima.

El autocuidado es un aspecto muy concreto de la vida diaria, actúa como un mecanismo regulador de su comportamiento el cual debe estar en orden para que su desempeño diario sea eficaz ⁽¹⁷⁾. A través del autocuidado el anciano internaliza rutinas y hábitos, asume y mantiene su rol de cuidador de sí mismo teniendo la oportunidad de seguir acumulando experiencias que lo llevan a reformular su escala de valores tanto personales como sociales que a su vez le estimulan a ser un ciudadano activo.

El autocuidado es el fundamento de la atención en salud a nivel personal, familiar y comunitario⁽²⁴⁾. La salud, su mantenimiento, su deterioro, pérdida y restauración están ligadas a los modos de vida social, riesgos ambientales, recursos personales, desarrollo socioeconómico individual y comunitario.

En su dimensión cultural, el autocuidado es el conjunto de hábitos, costumbres, creencias y comportamientos individuales y colectivos que como elementos culturales responden a la capacidad de supervivencia. Esta dimensión se relaciona con aspectos universales y valores, además de considerar la clase social y las pautas educativas del anciano.

En la dimensión psíquica, el autocuidado tiene que ver con la motivación del anciano, sus capacidades de reaprendizaje, sus aptitudes, actitudes y valores.

Según Mc Allister, citado por Páramo⁽²⁴⁾, corresponde a cualquier acción que influye en la probabilidad de dar efectos físicos, psíquicos inmediatos y a largo plazo y que se manifiestan en bienestar y longevidad.

Los cambios biopsicosociales^(17,22,24,25,29,30) asociados al envejecimiento pueden colocar al anciano en desventaja para interactuar con su medio ambiente porque las destrezas y habilidades se lentifican y pierden precisión. La habilidad es la capacidad que tiene el individuo para ejecutar una tarea u oficio de la vida diaria⁽¹³⁾. Se entiende como la capacidad que tiene el anciano para su desempeño y que lo conduce a logros, metas, le exige conocer las características de la tarea, toma de decisiones y resolución de problemas. Para Fisher⁽¹³⁾ son determinadas conjuntamente por el organismo, la tarea y el medio exacto donde se llevan a cabo las acciones, se maximizan cuando el ser humano tiene oportunidad de escoger y realizar una tarea que le es significativa.

La habilidad en la vejez es automática y sobrepasa su déficit, permitiéndole al anciano actuar como un todo coordinado para que el impacto de los cambios corporales, mentales y sociales sobre sí, pase inadvertido. La experiencia excede a los déficit por tal razón puede compensar consciente e inconscientemente estos cambios.

Las destrezas están constituidas por varios componentes: simbólicos, neurológico, muscular, esquelético, cognitivo, emocional y social⁽¹⁷⁾, que se interrelacionan en procesos neuromotores, senso-perceptuales y psicosociales que constituyen el desempeño ocupacional. Actúan en el autocuidado diario.

El ser humano toma información del medio ambiente interno y externo y actúa o convierte dicha información en un producto, en forma de desempeño, caracterizado por las habilidades.

Son varios los tipos de habilidades: motoras^(13,17), sensoriales^(12,17), psicológicas o emocionales⁽⁹⁾, cognitivas^(9,12,17) y habilidades de comunicación e interacción social llamadas también habilidades comunicativas^(12,17). Todas ellas le permiten al anciano la satisfacción de necesidades vitales de tipo personal o autocuidado que se le presentan durante un día de la vida y le producen gusto, placer, bienestar.

Las habilidades para el autocuidado⁽²⁶⁾ se adquieren durante toda la vida y en la vejez se compensan consciente o inconscientemente. Como los últimos años de vida todavía prometen crecimiento personal⁽²²⁾, la mayoría de ancianos es mentalmente alerta, activo y disfruta de su autocuidado.

Cuando el anciano está en riesgo o presenta déficit en su autocuidado el terapeuta ocupacional interviene para promocionar, restablecer o mantener la autonomía.

Lo hace con el programa de autocuidado el cual consiste en un plan terapéutico cuyo objetivo es satisfacer las necesidades básicas del anciano desarrollando una estrategia individual y/o de grupo orientada a elicitar las habilidades biopsicosociales frente a los cambios por envejecimiento.

El programa de autocuidado puede ser preventivo, restaurativo y de conservación o mantenimiento⁽²⁷⁾, debe fomentar el desarrollo personal a través de la información y educación acerca de los cambios por envejecimiento en el cuerpo, la mente y la vida social; y el proceso de adaptación por el cual pasan todas las personas mayores. Prescribe la actividad diaria como ocupación en sus diferentes modalidades ilustrando sus beneficios, enseña a manejar el stress, inculca medidas de seguridad y prevención de accidentes caseros, inculca hábitos de alimentación saludables, hábitos de correcta postura y respiración, hábitos de presentación personal, hábitos de sueño-descanso y hábitos de cuidado al medio ambiente habitual.

De esta forma se minimizan las condiciones degenerativas que errónea y comúnmente se le atribuyen al envejecimiento, el cual sí tiene mucho que ver con dieta inadecuada, inactividad, stress, imprevisión, es decir el no autocuidado.

El programa de autocuidado retoma y reenseña al anciano a que asuma la responsabilidad de su salud a través de la puesta en marcha de todas las medidas de atención personal que le permitan experimentar mejoría y bienestar. El principal beneficio que deriva del programa es la sensación de estar haciendo algo importante para él y por sí mismo.

Los tiempos cambian y ahora los ancianos deben participar activamente en todos los asuntos de salud en su hogar. Ellos deben asumir su responsabilidad formando parte activa, dinamizadora, gestora, evaluadora, ejecutora y administradora de sus programas de autocuidado.

MATERIAL Y METODOS

Se escogió el diseño cuasiexperimental: pretest -la aplicación del programa de autocuidado- postest.

La población correspondió a 213 ancianos de ambos sexos, residentes en el Hogar San Pedro Claver de la Beneficencia de Cundinamarca. El diseño muestral fue aleatorio siendo su tamaño de 48 ancianos distribuidos en dos grupos: G1 o control y G2 o experimental.

Los criterios de inclusión tenidos en cuenta para efectos de homologación fueron: edad de 60 a 90 años, residencia permanente en el Hogar y puntaje Parachek (23) igual o mayor de 25.

El instrumento utilizado fue el cuestionario de habilidades biopsicosociales.

Para la recolección de datos la técnica aplicada fue la revisión de documentos clínicos y entrevista directa estructurada, desarrollada durante el pretest y el postest a G1 y G2.

El procesamiento estadístico que permitió llegar a los resultados consistió en: crítica de los 48 instrumentos, codificación, tabulación y concentración de datos para:

- determinar el puntaje individual y promedio de G1 y G2 para pretest y postest (Tabla 1):

ANCIANO	X1 G1		X2 G2	
	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
01	18.5	16.5	16.7	19.1
02	18.2	16.5	17.9	19.8
03	20.7	20.0	19.5	20.4
04	20.0	17.1	16.5	19.1
05	17.4	18.8	18.1	18.4
06	20.9	19.7	18.9	19.8
07	16.2	14.1	18.5	17.5
08	18.8	19.0	19.4	18.8
09	19.7	20.5	19.2	20.7
10	18.5	16.9	18.0	17.9
11	17.4	17.4	19.3	20.8
12	19.3	19.1	14.9	18.7
13	00.0	00.0	15.3	16.4
14	19.1	19.7	18.6	18.7
15	15.8	16.8	19.9	20.9
16	16.4	16.6	16.2	19.6
17	19.0	16.6	18.6	19.4
18	18.9	17.4	19.5	19.5
19	00.0	00.0	19.3	19.6
20	16.9	18.0	12.6	17.5
21	18.9	19.0	18.2	18.9
22	18.4	20.0	00.0	00.0
23	18.0	17.4	00.0	00.0
24	17.4	17.6	00.0	00.0

Tabla 1. Promedio puntajes individuales de G1 y G2 para pretest y postest.

- determinar promedios individuales y por habilidades de G1 y G2 para pre y postest.

- determinar la varianza de G1 y G2 para pretest y postest (Tabla 2).
- aplicar la prueba T a G1 y G2 para pretest y postest y conocer significancias que permitan comprobar la hipótesis de trabajo (Tabla 3).

El análisis discriminante mostró en G2, postest incremento del puntaje en 17 casos; diferencias en los promedios, siendo mayor para G2; altas significancias en la prueba T: en pretest para siete casos y en postest para ocho casos.

El grado de libertad fue de 41, con un margen de error del 5%.

ANCIANO	S2 G1		S2 G2	
	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
01	17.15	16.10	9.09	13.78
02	19.10	16.24	18.26	6.87
03	11.31	6.39	21.15	5.51
04	15.27	14.98	19.88	11.69
05	14.60	11.59	9.78	6.06
06	10.30	11.46	18.91	9.23
07	14.74	15.78	14.06	7.41
08	10.22	10.90	4.24	15.77
09	13.64	19.33	10.37	12.00
10	12.84	10.99	4.18	17.17
11	5.70	5.51	20.40	14.20
12	9.67	11.96	13.53	4.91
13	0.00	0.00	26.22	18.79
14	7.41	10.55	11.86	5.64
15	8.14	3.23	15.35	15.35
16	20.60	12.58	9.10	18.95
17	21.81	12.59	20.22	15.15
18	8.08	8.76	18.24	27.88
19	0.00	0.00	14.26	15.01
20	14.19	18.25	6.47	11.15
21	19.82	16.90	19.44	10.08
22	15.33	19.34	0.00	0.00
23	13.34	8.42	0.00	0.00
24	9.88	14.58	0.00	0.00

Tabla 2. Varianza de G1 y G2 para pretest y postest.

ANCIANO	PRETEST	POSTEST
01	1.60	-2.23
02	0.28	-8.70
03	0.95	-0.35
04	2.70	-1.78
05	0.63	0.39
06	17.09	-0.09
07	-1.95	-3.45
08	0.77	0.17
09	0.42	0.00
10	0.60	-0.87
11	-1.73	-3.53
12	4.28	0.51
13	—	—
14	0.57	1.14
15	-3.94	-4.44
16	0.15	-2.47
17	0.26	-7.50
18	-0.62	-0.01
19	—	—
20	4.31	0.46
21	0.56	0.08

Tabla 3. Prueba T.

CONCLUSION

El objetivo de determinar el impacto del programa de autocuidado se cumplió.

Se conoció el impacto del programa de autocuidado por los puntajes, promedios y significancia arrojada en la prueba T, permitiendo comprobar la hipótesis de investigación.

La experiencia ofrecida demostró que se generan cambios significativos en las habilidades biopsicosociales después del programa de autocuidado.

El programa ofrecido fue diseñado como medio de intervención en Terapia Ocupacional Geróntica tendiente a promover las habilidades biopsicosociales.

Los beneficios brindados por el programa se pueden atribuir a la ejecución de actividades en un contexto de grupo y en un ambiente motivador que promueve la participación activa y la experiencia vivida.

El programa de autocuidado es vital para el anciano, incluye en su calidad de vida institucional, le prepara y organiza para otros desempeños ocupacionales más complejos.

Es seguro, sin riesgos, económico, motivante, educativo, socializador y dinámico.

Al producir cambios significativos en las habilidades de los ancianos no permite el deterioro y lentifica la involución.

Se constituye en el medio y fin terapéutico más valioso para la Terapia Ocupacional Geróntica.

REFERENCIAS

1. ADAMES, C; CIFUENTES, M. (1984) Características de la adaptación temporal del anciano institucionalizado. Tesis, Carrera de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia.
2. AITKEN, M. (1982) Self-concept and functional independence in the hospitalized elderly. A.J.O.T. Vol 36, No. 4.
3. ARONSON, R. (1976) The role of occupational therapist in a geriatric day hospital setting. A.J.O.T. Vol 30, No. 5.
4. ARNETZ, B. (1985) Gerontic Occupational Therapy psychological and social predictors of participation and therapeutic benefits. A.J.O.T. Vol 39, No. 7.
5. BAYONA, M.C., ROJAS, L.B. (1994) Descripción del desempeño diario de las residentes del ancianato Asociación Luisas de Marillac. Tesis, Carrera de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia.
6. BENES, N; WILLIAMS, R. (1976) The day hospital at the Burke Rehabilitation Center. A.J.O.T. Vol 30. No. 5.
7. BOBADILLA, R.; VARGAS, B.M. (1989) Influencia de un programa de actividades avocacionales productivas sobre las habilidades sociales de gerontes institucionalizados. Tesis, Carrera de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia.
8. BUITRAGO, Z.C.; MONJE, O.L. (1991) Niveles de interés productivo y de interacción social en gerontes institucionalizados. Tesis, Carrera de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia.
9. CERDÁ, M.; (1995) Una Psicología de Hoy. Primera Edición. Barcelon. Editorial Herder.
10. CORREAL, M.; MARQUEZ, M. (1985) Diagnóstico del Comportamiento socio-ocupacional de la población geriátrica marginal institucionalizada. Tesis, Carrera de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia.
11. Convenio. (1992) Universidad Nacional de Colombia y la Beneficencia de Cundinamarca para el desarrollo de programas docente asistenciales e investigativos en gerontología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional.

12. Davidoff, L. (1990) Introducción a la psicología. Primera Edición. España. Editorial Impres.
13. Fisher, A.G. (1990) Evaluación de habilidades motoras y de procedimiento. Edición de investigación. Copyright A. Fisher.
14. Giambalvo, B.; et al. (1982) Predictive activities and services for the well elderly. A.J.O.T. Vol. 36, No. 4.
15. Goldstein, A. et al. (1981) Trainer's manual for structured learning. Elderly trainees. Academic Press. New York.
16. Hawkins, Y. (1986) The assessment of occupational functioning: a screening tool for use in long term-care. A.J.O.T. Vol 40, No. 4.
17. Kielhofner, G. (1985) A model of human occupation. Williams and Wilkins, Baltimore.
18. Kirchman, M.; Reichenback, V. (1982) Actividades y servicios preventivos para el geronte. A.J.O.T. Vol 36. No. 4.
19. Minsalud. (1989) Plan de atención integral a la población mayor de 55 años. Sección de Geriatria. Bogotá.
20. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (1980). Salud para todos en el año 2000. Estrategias. Documento oficial. No. 173. Washington.
21. Programa Académico de Campo, Ocupación Humana y Procesos Biosociales en la Tercera Edad. Universidad Nacional, Facultad de Medicina, Departamento de Terapias. Unidad de la Ocupación Humana.