

Diferencias del desempeño ocupacional autocuidado en ancianos hemipléjicos derechos e izquierdos

Investigación original presentada en el X Congreso de la ACTO

María Victoria Urrea U. T.O.*

INTRODUCCIÓN

Estudios demográficos en el país y en el exterior reportan aumento progresivo del número de personas viejas. El aumento de edad en los ancianos conduce al aumento de la incidencia de los problemas de salud afectando en algunos casos su capacidad de independencia, o desempeño diario. La existencia de este número de ancianos incapacitados origina múltiples problemas de orden económico, social, salud y moral en cuya adecuada solución deben intervenir y cooperar muchas personas, entre las cuales está el terapeuta ocupacional.

Muchos terapeutas ocupacionales, en su ejercicio profesional deben atender a pacientes ancianos y de esta población se deben dedicar a los pacientes con Enfermedad Cerebro Vascular en estado agudo, subagudo o crónico, hospitalizados o ambulatorios.

Por el aumento en la esperanza de vida, existen más viejos enfermos con Accidente Cerebro Vascular o Enfermedad Cerebro Vascular, y más dependientes en su autocuidado lo cual mueve este estudio porque a mayor edad mayor incapacidad

* Magíster en Docencia e Investigación Científica. Profesora Asociada. Coordinadora Académica. Carrera de Terapia Ocupacional. Facultad de Medicina. Universidad Nacional.

y más dependencia, factores que aumentan las hospitalizaciones, la institucionalización y el abandono. Se calcula que el 65% de las institucionalizaciones de los ancianos se debe a discapacidades en su autocuidado estas inhabilidades están relacionadas principalmente con trastornos del sueño, la incontinencia fecal, dependencia en los traslados, en el aseo personal, en la ambulación, en la higiene y en el vestido.

Por tal razón el propósito de este trabajo es el de describir las diferencias del desempeño ocupacional en el autocuidado cuando se presenta como incapacidad física la hemiplejía derecha o izquierda en ancianos que consultan al Hospital San Juan de Dios de Bogotá.

Antecedentes:

En la actualidad se percibe un gran interés por el estudio y valoración de la capacidad funcional o autocuidado del anciano incapacitado físico. Este interés también se expresa en esta investigación. Si bien se ha avanzado mucho en este campo en otras latitudes, todavía queda mucho que estudiar e investigar en nuestro medio.

Algunos de los trabajos reportados por la literatura sobre la enfermedad cerebrovascular o accidente cerebrovascular, el desempeño en el autocuidado, el anciano hemipléjico y el rol del terapeuta ocupacional con ancianos hemipléjicos, se citan a continuación:

Maltinskis (26) aborda el tema del hoy llamado autocuidado como aspecto esencial de un programa de rehabilitación cuya meta corresponde a lograr una vida independiente.

El Dr. González Mass (11), presenta un capítulo sobre terapia ocupacional en hemiplejía y describe dos orientaciones para el tratamiento: la neurofisiológica y la del desarrollo del lado indemne para transformarlo en dominante, combinando la necesidad de independencia personal y de trabajo.

Jay y Colb, (16), estudiaron el desempeño del paciente hemipléjico en sus actividades básicas cotidianas.

Berta Bobath (4) presenta la valoración y tratamiento fisioterapéutico en el cual induce al paciente a usar los miembros hemipléjicos y ella reeduca el lado afectado. Aronson, (3) describe el papel del terapeuta ocupacional en el equipo de rehabilitación trabajando con pacientes geriátricos entre los cuales está el anciano con accidente cerebro vascular.

Joanne F. Parachek (30) en cooperación con Loma King publicaron la escala de clasificación geriátrica y el manual de tratamiento, diseñados para orientar al personal de salud que trabaja con ancianos hospitalizados o institucionalizados.

Willard & Spackman (46) hacen énfasis en el impacto del accidente cerebro vascular sobre el organismo humano y describen la función del terapeuta ocupacional, sus procedimientos de evaluación y tratamiento.

Sine (36) describe un capítulo dirigido a la enseñanza del autocuidado para pacientes con hemiplejía. Su objetivo fue contribuir al logro de una máxima independencia.

Juan Farril (10), presenta la publicación *Contra ataque al Ataque Cerebral* en la cual explica cómo se deben desarrollar algunas actividades de autocuidado.

Hale (12), describe una guía para hacer la vida más fácil e independiente a los impedidos físicos entre los cuales incluye a los discapacitados hemipléjicos, sus familias y sus amigos.

En el Highland Park Hospital de Chicago (13), se publica un manual, dirigido a pacientes hemipléjicos que quieran asociarse al Club Stroke.

Turner (41), describe el proceso del envejecimiento y enfatiza en el cambio normal de apariencia y habilidades relacionadas directamente con el autocuidado. Hace referencia a la importancia de las actividades básicas cotidianas con el paciente hemipléjico y del reaprendizaje en la vejez.

Aitkens (1) trabajó con ancianos hospitalizados. Encontró que los casos a cargo de terapia ocupacional reflejaban el porcentaje en aumento de personas mayores de 65 años.

Zoltan, Siev y Freishtat (47) tratan las apraxias como problema perceptual en la disfunción del paciente adulto con daño cerebral, su evaluación y tratamiento.

En Kottke y colb, (18) se aborda el tema valoración del paciente en sus actividades básicas cotidianas.

Loren R. Leslie (21) describe el entrenamiento para la independencia funcional.

Kielhofner, (17) en su modelo de la Ocupación Humana, presenta el concepto de autocuidado o automantenimiento o tareas de la vida diaria.

McKinnon (25) argumento la importancia del grupo social para el desarrollo de las actividades básicas cotidianas en terapia ocupacional con ancianos.

Shenna Blair (5) se interesó por el estudio de los desordenes neurológicos en la vejez afirmando que el terapeuta ocupacional puede encontrar con el paciente geriátrico su papel; conociendo y mejorando las habilidades específicas de autocuidado y quehacer doméstico.

Murdock (28) realiza el análisis crítico sobre el índice de Barthel ideado y usado para medir las actividades de la vida diaria en ambiente geriátrico con pacientes que presentan disfunciones físicas especialmente desordenes neurológicos y musculoesqueléticos.

Judy Hill, (14) presenta el rol del terapeuta ocupacional en la intervención del paciente incapacitado físico aplicando como medio terapéutico las actividades de la vida diaria.

Levine y Gitlin (22), enfocan sus estudios con ancianos crónicos en actividades de autocuidado, Mary Skruppy, (37), describe la importancia del crecimiento de la población anciana, el aumento en la demanda de servicios médicos y hospitalarios y su impacto por el costo. Destaca la importancia de la evaluación de las actividades de la vida diaria para la identificación de las necesidades de servicios asistenciales a ancianos.

Mary Law (19) revisa las publicaciones sobre actividades del diario vivir y analiza la práctica de evaluación para ofrecer ideas orientadas a su mejoramiento o cambio en el ambiente clínico de terapia ocupacional.

Salgado (34), reporta que a partir de los 85 años de edad aumenta el requerimiento de cuidados de salud.

Spector, Katz y Murphy, (38), demuestran la relación entre nivel de disyunción física, edad, mortalidad, disminución de la función y posibilidad de hospitalización.

Leering (20), presenta su estudio con ancianos, en el cual propuso cinco niveles de capacidad funcional, relacionados con el autocuidado, actividades sociales y pasatiempos.

Andersen (2), establece la relación existente entre función y enfermedad. Muestra que el 66% de las personas mayores de 75 años padecen alguna enfermedad crónica y el 35% tienen algún tipo de limitación en su actividad diaria.

Stout (40), observo en ancianos admitidos en unidades de larga estancia, durante 33 años, que la media de edad de hombres y mujeres ha aumentado con los años lo mismo que ha aumentado la edad de la incapacidad terminal, y la duración de la incapacidad con el aumento de la esperanza de vida.

Rowe citado por Salgado (34), encontró que de cada persona anciana institucionalizada y dependiente en sus actividades básicas cotidianas hay aproximadamente dos de iguales características que viven en la comunidad, pudiendo subsistir gracias a un sistema de soporte informar, proporcionado en un 80% por el cuidador.

En otro estudio, Trombly (42), presenta una revisión muy completa relacionada con la semiología, fisiopatología y terapéutica ocupacional del ataque cerebral o accidente cerebro vascular, incluyendo un aparte en el cual explica las diferencias cuando hay lesión en cada uno de los dos hemisferios. Presenta el método compensatorio mediante el cual el hemipléjico con el uso de un solo lado del cuerpo puede ser independiente en sus actividades básicas o de autocuidado.

Pedretti (31) define el desempeño ocupacional como la habilidad del ser humano para realizar tareas necesarias para su rol, relacionadas con su nivel de desarrollo. Define las actividades de la vida diaria o autocuidado. Presenta su evaluación y entrenamiento. Describe los métodos y las técnicas de enseñanza para las actividades de vestido, alimentación higiene, movilidad y transferencias en diferentes disfunciones físicas entre las cuales esta la hemiplejia.

Rosselli M., Roselli A., Vergara I y Ardila R. (33) del Hospital San Juan de Dios e Instituto Neurológico publican su estudio sobre la topografía del Síndrome de hemi-inatención observado en pacientes con lesión del hemisferio derecho e izquierdo y mayores de 25 a 72 años.

Las diferencias entre hemisferio derecho e izquierdo, son tratadas por Sally P. Springer y George Deutsch (39), en su obra *Cerebro Derecho, Cerebro Izquierdo* en la cual explican la función cerebral de cada hemisferio.

Con relación a la lateralidad humana y la explicación del mundo diestro, Quiros y Schragger (32) hacen su contribución, explicando la lateralidad cerebral: dominancia simbólica y dominancia motora, lateralidad corporal y sus niveles.

Trujillo (44), define el desempeño ocupacional como el actuar del hombre motivado por sus propias necesidades, las cuales tiende a satisfacer a través de ejecuciones ocupacionales.

Según Torres (43) se presenta el desempeño ocupacional disfuncional cuando la persona no responde satisfactoriamente a las demandas que le plantea tanto la ocupación, como el medio ambiente, ocasionado por un imbalance entre las variables relacionadas, y por tanto las demandas se constituyen en obstáculos que no permiten que la persona, la ocupación y el entorno se beneficie de esta intervención

Carrero y Méndez (7) presentan su monograma sobre geriatría, constituyéndose en el primer intento de abordar el tema y explicar las funciones del terapeuta ocupacional trabajando con el anciano con accidente cerebro vascular.

Urrea (45), describe las características del desempeño ocupacional del viejo hemipléjico en sus actividades de autocuidado y ocio.

Como se necesitan estrategias eficaces para disminuir el riesgo de morbilidad en los ancianos y es la ocupación uno de los medios utilizados por la terapia ocupacional para influenciar el estado de salud del ser humano y de la ocupación es el autocuidado el proceso por excelencia que contribuye al bienestar y calidad de vida (45), se estudia y profundiza el desempeño ocupacional en el autocuidado del anciano hemipléjico pretendiendo encontrar las diferencias cuando la hemiplejía es derecha o izquierda.

Problema de investigación:

¿Se observan diferencias significativas del desempeño ocupacional en el autocuidado, entre dos grupos de ancianos con accidente cerebro vascular: uno que presenta hemiplejia derecha y otro hemiplejia izquierda, usuarios de los servicios del Hospital San Juan de Dios de Bogotá?

Objetivo general:

Establecer, describir y comparar las diferencias del desempeño ocupacional en el autocuidado en dos grupos de ancianos: uno que presenta hemiplejia derecha y otro hemiplejia izquierda.

Objetivos específicos:

- Determinar las características demográficas de los ancianos que conforman la muestra de investigación.
- Identificar las características del autocuidado en el grupo de ancianos hemipléjicos derechos.
- Identificar las características del autocuidado en el grupo de ancianos hemipléjicos izquierdos.
- Establecer las diferencias entre el grupo de ancianos hemipléjicos derechos e izquierdos para el desempeño en las actividades de: alimentación, aseo personal, baño, vestido de miembros superiores, vestido de miembros inferiores, higiene, manejo de vejiga, manejo de intestino, transferencias cama-silla-silla de ruedas, transferencias sanitario, transferencias ducha, locomoción caminando o en silla de ruedas y escaleras.

Justificación de la investigación:

Esta investigación es muy importante desde el punto de vista teórico porque contribuye a la sistematización del conocimiento sobre el desempeño ocupacional disfuncional, para aplicar en la praxis de Terapia Ocupacional con pacientes ancianos hemipléjicos derechos o izquierdos quienes por su discapacidad ven afectado su autocuidado.

El interés de la investigación radica en el hecho de que durante el ejercicio profesional del terapeuta ocupacional se presentan casos de pacientes geriátricos, hemipléjicos derechos o izquierdos, que pueden ser estudiados e intervenidos de acuerdo a los avances en la ciencia y tecnología ofreciéndoles tratamientos más específicos de acuerdo a su problemática individual y familiar.

El conocimiento de las diferencias del desempeño en el autocuidado, cuando se presenta la hemiplejia derecha o izquierda, permite al terapeuta ocupacional definir las necesidades específicas de atención directa e indirecta; refuerza la importancia de la terapia ocupacional en geriatría dado que la satisfacción de necesidades vitales a través del autocuidado es inherente inclusive para el anciano, presentándose estos conocimientos como útiles para esta población, sus cuidadores, los terapeutas ocupacionales y otros profesionales interesados en esta problemática.

Este estudio fue muy necesario en el Hospital San Juan de Dios porque según López (23) el primer diagnóstico de egreso a esta institución era la enfermedad cerebro vascular la cual se constituyó también en la principal causa de muerte. Igualmente es necesario en Terapia Ocupacional para orientar la docencia y prestación de servicios a la evaluación y desarrollo de planes de intervención específicos dirigidos al anciano hemipléjico derecho o izquierdo y a su familia o cuidador. La proyección o alcances de este trabajo es inmensurable puesto que abarca el estudio de una problemática social, específicamente de salud y familiar, muy frecuente en nuestro medio hospitalario y comunitario y a la cual no se le ha prestado la atención adecuada. Si se considera que la sociedad colombiana ha experimentado cambios profundos durante la presente década, y que la constitución de 1991 redefinió los derechos sociales de los ciudadanos e incorporó los principios de protección a la tercera edad (8).

Este estudio es novedoso en terapia ocupacional en cuanto al enfoque para la descripción del desempeño ocupacional del anciano hemipléjico en el proceso ocupacional de autocuidado, permitiendo conocer las diferencias cuando presentan hemiplejia derecha o izquierda.

Revisión del conocimiento

Al accidente cerebro vascular o enfermedad cerebro vascular también se le conoce como ataque cerebral; es la consecuencia del daño de las neuronas motoras supe-

riores que inervan los músculos afectados (41, 42). Es causado por un ataque y como resultado el paciente puede quedar paralizado del lado opuesto al sitio del mismo. La incidencia aumenta con la edad. La mortalidad varía de acuerdo a la edad y presencia de enfermedades asociadas. Su etiología se debe a la oclusión de un vaso sanguíneo por arterioesclerosis o trombosis siendo la causa más común la hemorragia por hipertensión, la embolia, o un coágulo que se desplaza y bloquea un vaso. Los síntomas se desarrollan por un período de tiempo que varía desde unas horas hasta varios días. La naturaleza de los síntomas y signos es determinada por la localización del daño (41). El pronóstico para la recuperación de la función es mejor en el paciente joven, debido a la mayor plasticidad del cerebro o a la condición física (6, 42). Desencadena problemas físicos (15, 22, 41, 42), problemas sensoriales (2, 4, 15, 41, 42, 47), problemas de comunicación (41, 42), problemas intelectuales y cognitivos (15, 42) problemas psicológicos y sociales (15, 42, 45), problemas funcionales (32, 39, 42).

El autocuidado del anciano hemipléjico: El modelo descriptivo de las actividades básicas cotidianas o actividades de autocuidado es tomado de Reed en su libro Modelos de Práctica de Terapia Ocupacional, citado por Murdock (28).

Se divide en actividades de autosostenimiento físico y actividades instrumentales. El autosostenimiento físico se refiere a las funciones necesarias para una básica supervivencia, correspondiendo al mismo autocuidado. Son: alimentación (24, 35, 41, 45), baño del cuerpo (24, 34, 35, 36, 41, 45), vestido (31, 41, 45), aseo personal (17, 24, 31, 41, 45), eliminación o control de esfínteres (24, 41), movilidad, transferencias, marcha (24, 41, 45) y comunicación funcional (24, 41).

El autocuidado incluye aquellos comportamientos necesarios para que el anciano se mantenga a sí mismo en lo biológico, para que se presente como un miembro reconocible de su cultura y mantenga la autoestima.

El autocuidado requieren de capacidades las cuales hacen referencia a las habilidades y desempeño con o sin equipo adaptado. Estas habilidades físicas se complementan con las habilidades diarias psicológicas y emocionales que contribuyen para desarrollar el concepto de identidad de sí mismo, el manejo de situaciones cotidianas y participación en el ambiente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para el presente estudio se escogió el diseño descriptivo prospectivo, con el cual se buscó describir el desempeño de dos grupos de ancianos uno con hemiplejía derecha y el otro con hemiplejía izquierda, en su autocuidado.

El universo correspondió a todos los ancianos hemipléjicos que consultaron al Hospital San Juan de Dios de Bogotá, durante el primer y segundo semestre de 1996, entre los meses de febrero/96 a noviembre/96. La población estuvo conformada por todos los ancianos hemipléjicos derechos e izquierdos captados por la investigadora.

La muestra de investigación fue de tipo no aleatorio, específicamente muestra dirigida, denominada también de criterio o adaptada siendo su tamaño de 64 ancianos.

Los criterios de selección para las unidades de la muestra dirigida fueron los siguientes: hombres y mujeres de 60 o más años, viviendo en Bogotá, que durante el período de tiempo comprendido entre febrero y noviembre de 1996, consultaron al Hospital San Juan de Dios, por los servicios de consulta externa o se encontraron hospitalizados en las diferentes unidades de Rehabilitación y Medicina Interna y su primer diagnóstico fuera accidente cerebro vascular o enfermedad cerebro vascular, siendo su dominancia derecha, presentando como discapacidad hemiplejía derecha o hemiplejía izquierda, con o sin afasia, y estables médicamente.

El instrumento utilizado fue la Medida de Independencia Funcional, modificada.

Para la recolección de datos la técnica aplicada consistió en el tamizaje o selección del paciente anciano, la revisión documental de las historia clínicas, la aplicación de la encuesta inicial al anciano y/o su cuidador y observación directa del desempeño en su autocuidado, en el Servicio de Terapia Ocupacional, Unidad de Medicina Interna y/o Unidad de Hospitalizados del Departamento de Rehabilitación del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, posteriormente la aplicación de la evolución al anciano por observación directa del desempeño en su autocuidado, previo a su dada de alta del Hospital, registrando los hallazgos en el instrumento de investigación.

RESULTADOS

El procesamiento estadístico que permitió llegar a los resultados consistió en:

- Codificación y crítica de los instrumentos, tabulación en la respectiva hoja electrónica, selección de los dos grupos: uno conformado por los ancianos con hemiplejía derecha y el otro por los ancianos con hemiplejía izquierda, para buscar los niveles de desempeño en los dos grupos tanto en la evaluación inicial como la evaluación de evolución (Tablas 1 y 2).

TABLA 1. Distribución porcentual según niveles de desempeño en hemiplejía derecha para la evaluación inicial y evolución.

Nivel de desempeño Hemiplejía derecha	E. Inicial		E. Evolución	
	No.	%	No.	%
Asistencia total	14	35	7	17,5
Asistencia máxima	3	7,5	6	15
Asistencia moderada	2	5	4	10
Asistencia mínima	7	17,5	6	15
Supervisión	9	22,5	8	20
Independencia modificada	5	12,5	8	20
Independencia completa	0	0	1	2,5

El nivel de desempeño correspondiente a asistencia total fue el de mayor porcentaje en los dos grupos para la evaluación inicial, presentándose diferente para la de evolución.

TABLA 2. Distribución porcentual según niveles de desempeño en hemiplejía izquierda, para evaluación inicial y evaluación de evolución.

Nivel de desempeño Hemiplejía izquierda	E. Inicial		E. Evolución	
	No.	%	No.	%
Asistencia total	7	29,01	3	12,5
Asistencia máxima	4	16,06	6	25
Asistencia moderada	3	12,5	1	4,1
Asistencia mínima	2	8,3	5	20,8
Supervisión	5	20,8	2	8,3
Independencia modificada	3	12,5	7	29,1
Independencia completa	0	0	0	0

- Identificar los puntajes por anciano y por actividad para la evaluación inicial y la evaluación de evolución, en los dos grupos (Tabla 3 y 4).

TABLA 3. Puntajes por actividad, grupo Hemiplejia Derecha, para evaluación inicial y evolución.

Actividades Evaluación inicial	Pun-taje	Actividades Evaluación evolución	Pun-taje
A. Alimentación	142	A. Alimentación	178
B. Aseo personal	129	B. Aseo personal	160
C. Baño	128	C. Baño	159
D. Vestido miembros superiores	121	D. Vestido miembros superiores	150
E. Vestido miembros inferiores	109	E. Vestido miembros inferiores	136
F. Higiene	114	F. Higiene	141
G. Manejo vejiga	189	G. Manejo vejiga	230
H. Manejo intestino	189	H. Manejo intestino	230
I. Transferencias: cama, S, SR	145	I. Transferencias: cama, S, SR	165
J. Transferencia sanitario	146	J. Transferencia sanitario	166
K. Transferencia ducha	146	K. Transferencia ducha	166
L. Deambular: caminar-silla R.	145	L. Deambular: caminar- silla R.	162
M. Escaleras	134	M. Escaleras	145

TABLA 4. Puntajes por actividad, grupo Hemiplejia Izquierda, para evaluación inicial y evolución.

Actividad Evaluación inicial	Pun-taje	Actividad Evaluación evolución	Pun-taje
A. Alimentación	89	A. Alimentación	103
B. Aseo personal	79	B. Aseo personal	93
C. Baño	75	C. Baño	84
D. Vestido de MMSS	71	D. Vestido MMSS	84
E. Vestido de MMII	64	E. Vestido MMII	76
F. Higiene	67	F. Higiene	77
G. Manejo vejiga	113	G. Manejo vejiga	134
H. Manejo intestino	113	H. Manejo intestino	134
I. Transf. cama, cilla, s. ruedas	87	I. Transf. cama, silla, s. rudas	88
J. Transf. sanitario	80	J. Transf. sanitario	91
K. Transf. ducha	80	K. Transf. ducha	91
L. Caminar, SR	8	L. Caminar, SR	88
M. Escaleras	80	M. Escaleras	88

Los menores puntajes se encontraron para las actividades de vestido de miembros inferiores en los dos grupos para las dos evaluaciones.

- Identificar el promedio de los puntajes según actividades en la evaluación inicial y de evolución (Tabla 5 y 6).
- Y determinar las significancias para conocer las diferencias. (Tabla 7 y 8). El análisis comparativo mostró diferencias significativas para todos los ancianos, en los dos grupos, en todas las actividades de autocuidado. Siendo las mayores para el grupo que presenta hemiplejía derecha.

TABLA 5. Puntajes y promedios según actividades. Hemiplejía Derecha.

	EVALUACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN EVOLUCIÓN
Actividad	puntaje	Puntaje
A. Alimentación	142	178
B. Aseo personal	129	160
C. Baño	128	159
D. Vestido MMSS	121	150
E. Vestido MMII	109	136
F. Higiene	114	141
G. Manejo de vejiga	189	230
H. Manejo de intestino	189	230
Y. Transf Cama, silla, SR	145	165
J. Transf. Sanitario	146	166
K. Transf Ducha, tina	146	166
L. Caminar/silla de ruedas	145	162
M. Escaleras	134	145
Puntaje	1.837	2.188
Promedio	141	168

TABLA 6. Puntajes y promedios por actividades. Hemiplejía Izquierda.

	EVALUACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN EVOLUCIÓN
Actividad	Puntaje	Puntaje
A. Alimentación	89	103
B. Aseo personal	79	93
C. Baño	75	84
D. Vestido miembros superiores	71	84
E. Vestido miembros inferiores	64	76
F. Higiene	67	77
G. Manejo vejiga	113	134
H. Manejo intestino	113	134
I. Transferencias: cama, silla, s. ruedas	87	88
J. Transferencia sanitario	50	91
K. Transferencias ducha	80	91
L. Deambular: caminar-silla de ruedas	86	88
M. Escaleras	50	88
Puntaje	1.084	1.231
Promedio	83	94

TABLA 7. Diferencia por actividad en grupo Hemiplejía Derecha y Hemiplejía Izquierda.

Actividad	Hemiplejía izquierda	Hemiplejía derecha
A. Alimentación	14	36
B. Aseo personal	14	31
C. Baño	9	31
D. Vestido miembros superiores	13	29
E. Vestido miembros inferiores	12	27
F. Higiene	10	27
G. Manejo vejiga	21	41
H. Manejo intestino	21	41
I. Transferencias: cama, silla, s. ruedas	1	20
J. Transferencia sanitario	11	20
K. Transferencia ducha	11	20
L. Deambular: caminar-silla de ruedas	2	17
M. Escaleras	8	11

TABLA 8. Medida de las diferencias para hemiplejía izquierda y derecha.

Actividad	Hemiplejía izquierda	Hemiplejía Derecha
A. Alimentación	1	81
B. Aseo personal	1	16
C. Baño	16	16
D. Vestido de MMSS	0	4
E. Vestido de MMII	1	0
F. Higiene	9	0
G. Manejo de vejiga	64	196
H. Manejo de intestino	64	196
I. Transf. cama, silla, s. ruedas	144	49
J. Transf. sanitario	4	49
K. Transf. ducha	4	49
L. Caminar/silla de ruedas	121	100
M. Escaleras	25	256

CONCLUSIÓN

Las características demográficas de los 64 ancianos que conformaron la muestra de investigación correspondieron en mayor porcentaje a mujeres casadas de 60 a 69 años, siendo su escolaridad de primero de primaria, residiendo en Bogotá con sus familiares y teniendo como ocupación anterior al evento cerebro vascular, la de ama de casa.

El tiempo transcurrido entre el evento cerebro vascular y la evaluación inicial fué de uno a cinco meses.

A la evaluación inicial los dos grupos de ancianos hemipléjicos se ubicaron en un nivel de desempeño de asistencia total. A la evolución se encontró que ninguno de los dos, ni el grupo de ancianos hemipléjicos derechos ni el grupo de ancianos hemipléjicos izquierdos alcanzó la independencia completa antes de salir del hospital. Estos hallazgos estarían sugiriendo que después del evento o accidente cerebro vascular ni el anciano ni el cuidador reciben tratamiento intensivo u orientación temprana de terapia ocupacional, respectivamente, que los motive y entrene respecto al autocuidado o al cuidado dependiente.

Se identificaron las características del desempeño en el autocuidado para el grupo de ancianos hemipléjicos derechos e izquierdos a través de los puntajes obtenidos, siendo los más bajos para las actividades de aseo y vestido de miembros inferiores. Estos resultados indican que tanto para el grupo de ancianos hemipléjicos derechos como ancianos hemiplejicos izquierdos las actividades en las cuales se les presentan mayores dificultades son las relacionadas con la atención o cuidado de sus miembros inferiores. Parece ser que el desempeño en estas dos actividades esta relacionado con la ontogénesis del autocuidado siendo así que el niño se demora en alcanzar la independencia en estas dos actividades y el anciano hemipléjico igual. Las actividades específicas fueron las de bañar-secar miembros inferiores y quitar-colocar pantalones-falda, ropa interior, medias y zapatos, actividades a las cuales el terapeuta ocupacional debe dedicar mayor atención durante el proceso de evaluación y entrenamiento del anciano y orientación a su cuidador, considerando las necesidades individuales y específicas ya sea que se presente hemiplejia derecha o izquierda. Durante el análisis se establecieron diferencias significativas representadas por los puntajes en las actividades de: alimentación, aseo personal vestido completo, higiene, manejo de vejiga e intestino, transferencias: cama-silla, silla de ruedas- sanitario, silla de ruedas-ducha, locomoción caminando o locomoción en silla de ruedas y escaleras; en relación con los niveles de desempeño encontrados a través de las evaluaciones iniciales y de evolución en los dos grupos de ancianos, siendo estas diferencias mayores para el grupo de ancianos hemipléjicos derechos (evaluación inicial 1837 y evolución 2188).

Estos hallazgos parecen sugerir que para el anciano hemipléjico derecho su desempeño en el autocuidado esta influenciado por la parálisis del lado derecho del cuerpo y otros factores asociados como el cambio de dominancia y la necesidad de transferir rápidamente habilidades o destrezas unimanuales al lado sano (izquierdo), no dominante, requiriendo de menor ayuda y por consiguiente de menor uso de aditamentos y adaptaciones, reaprendiendo más rápido a través de la demostración o instrucciones escritas enfocando el entrenamiento en la comunicación visual por la afasia y alcanzando la independencia; siendo la recuperación funcional más pronta (42). Las menores diferencias se presentaron en el grupo de ancianos hemiplejicos izquierdos (evaluación inicial 1084 y evolución 1231) lo cual parece indicar que su desempeño en el autocuidado esta influenciado por la parálisis del hemicuerpo izquierdo y que aunque conserva su dominancia manual, se produce asimetría cerebral. En este caso el anciano necesita desarrollar destrezas unimanuales con su miembro dominante y previo al entrenamiento en autocuidado

se le deben reeducar los déficits senso perceptuales mayores para después mejorar el desempeño en su autocuidado (42). La recuperación funcional es más lenta por el trastorno perceptual y la lentitud en el aprendizaje el cual se hará a través de instrucciones orales, enfatizando en la comunicación auditiva por la disfunción visual espacial asociada. El anciano hemipléjico izquierdo se observa más dependiente requiriendo de más ayuda por parte del terapeuta ocupacional y sus cuidadores.

Los resultados encontrados también podrían estar indicando que el desempeño del anciano hemiplejico derecho es diferente al desempeño del anciano hemipléjico izquierdo, en su autocuidado y que las diferencias están dadas por factores asociados a la hemiplejia como puede ser el trastorno perceptual en el anciano hemipléjico izquierdo. Se puede deducir que la experiencia ocupacional del anciano cuando se presenta como incapacidad física la hemiplejia permite alcanzar la independencia pero de manera diferente si esta es izquierda o derecha, lo cual amerita intervención temprana de terapia ocupacional y específica para cada caso.

Al respecto el terapeuta ocupacional debe iniciar al anciano precozmente en el autocuidado, atendiendo a esa diferencia, impulsando el tratamiento en la etapa aguda de acuerdo al hemisferio afectado, cambiando el concepto de que en el accidente cerebro vascular solo se abordan las secuelas y contribuir a la recuperación funcional más rápida.

De otra parte se podría esperar que la determinación de las características del desempeño en el autocuidado en ancianos con hemiplejia derecha y hemiplejia izquierda y la profundización en sus diferencias permitan consolidar una línea de base a través de la cual se establezcan futuras investigaciones.

En la vejez como en cualquier otra etapa de la vida de una persona, la capacidad para desempeñarse en el autocuidado no esta determinada solamente por la capacidad física. Tiene mucho que ver con el estado mental y senso perceptual del anciano. Cuando estos dos aspectos están conservados el anciano hemipléjico es capaz de recobrar y mantener la independencia.

El instrumento de medición utilizado en la presente investigación parece ser un medio eficaz para explorar y estudiar las características individuales de los ancianos hemipléjicos en las actividades de autocuidado.

Las conclusiones extraídas a partir de esta investigación muestran la importancia del estudio del proceso ocupacional autocuidado con ancianos hemipléjicos.

Las conclusiones de este estudio solo se pueden aplicar a individuos que posean las características de los dos grupos estudiados.

Recomendaciones:

- Teniendo en cuenta que este trabajo ha aportado nuevos conocimientos referentes a las diferencias significativas del desempeño en autocuidado entre dos grupos de ancianos uno con hemiplejia derecha y otro con hemiplejia izquierda, parece conveniente continuar explorando este campo del conocimiento a fin de lograr profundizar teóricamente y comprobar empíricamente el marco conceptual del comportamiento ocupacional el cual postula que el autocuidado es el proceso ocupacional en el cual se basan los procesos ocupacionales de juego y de trabajo y están relacionados entre si.
Por esta razón el estudio del autocuidado en disfunción es primordial para los terapeutas ocupacionales.
- Considerar la presencia de estas diferencias en la praxis profesional e intervenir con el paciente hemiplejico específicamente, según sea el compromiso de derecho o izquierdo, atendiendo a su problemática sensorio-perceptual asociada.
- Profundizar en el estudio de la percepción en hemiplejia no solo para responder a la problemática que se plantea en el autocuidado sino para construir conocimientos teórico prácticos relacionados con la función del hemisferio derecho, que oriente los programas de intervención y acelere la recuperación funcional del anciano.
- Contestar en futuras investigaciones interrogantes como ¿cuáles son las habilidades de vestido después de un accidente cerebro vascular?, considerando que esta fue la actividad que obtuvo menor puntaje en los dos grupos y de esta forma mejorar conocimiento y praxis al respecto y por ende contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los ancianos hemiplejicos.
- Continuar con esta línea de investigación en el campo disfuncional.

- Incorporar estos resultados en la cátedra universitaria reconceptualizando el autocuidado en ancianos.
- Interactuar con el cuidador del anciano quien contribuye con su actuación en el logro de la meta de independencia en el autocuidado desde el hospital hasta el reintegro al hogar.
- Socializar los conocimientos derivados del presente estudio en los Hospital con los equipos interdisciplinarios.
- No olvidar al anciano hemipléjico a la salida del hospital sino monitorearlo y prolongar acciones en el hogar a través de la modalidad de atención domiciliaria, ya que el hogar es su ambiente natural.

REFERENCIAS

1. Aitken, M. (1982). Self concept and functional independence in the hospitalized elderly, *American Journal Occupational Therapy*. Vol. 36, No. 4.
2. Andersen. (1993) en Salgado, A.; Alarcón, T. Valoración del paciente anciano. Barcelona. Masson S.A. Salvat.
3. Aronson. (1 976). The role of the Occupational Therapist in a geriatric day hospital setting. *American Journal Occupational Therapy*. Vol. 30, No. 5.
4. Bobath, B. (1993). Hemiplejia del adulto. Traducción. Tercera edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. S.A.
5. Blair, S. (1992). The elderly. Cap. 21 en: Creck Jennifer. *Occupational Therapy and mental health*.
6. Brunstron. (1990) en Trombly, C. *Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente*. Traducción. México. Ediciones Científicas. La Prensa Médica Mexicana. S.A. de C.V.
7. Carrero, O.; Méndez, B. (1976). Tratamiento de Terapia Ocupacional en pacientes geriátricos con accidente cerebro vascular. Monografía. Carrera de Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Colombia.

8. Constitución Política de Colombia. (1 991). Publicación del Congreso de la República.
9. Currier. (1980) en Quiroz y Schrager. Fundamentos neurofisiológicos en las discapacidades del aprendizaje. Buenos Aires. Editorial Panamericana.
10. Farril, J. (1979). Contraataque al ataque cerebral. Asociación Médica Americana. Confité de Geriátría. México.
11. González, R. (1968). Hemiplejias (prevención, tratamiento, rehabilitación). Barcelona. Editorial Científico Médica.
12. Hale, G. (1980). Manual para minusválidos. Primera edición. Madrid. H. Blume Ediciones.
13. Highland Park Hospital. (1980) Stroke. Physical Medicine & Rehabilitation. Chicago.
14. Hill, J. (1993). Activities of daily living. En: Hopkins, H. Willard and Spackman's. Occupational Therapy. Eight edition. Philadelphia J. B. Lippincott Co.
15. Hopkins, H.; Smith, H. (1993) Willard and Spackman's. Occupational Therapy. Eighth edition. Philadelphia. J. B. Lippincott Co.
16. Jay, P.; Walker, E.; Ellison, A. (1972). Un manual para hemiplejicos y sus familiares. Segunda edición. Londres.
17. Kielhofner, G. (1985). A model of human occupational, Baltimore: Williams and Wilkins.
18. Kottke, F.; Stillwell, G.; Lehmann, J. (1988). Krussen Medicina Física y Rehabilitación. Tercera edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
19. Law, M. (1993). Evaluating activities of daily living: Directions for the future. American Journal of Occupational Therapy. Vol. 47. No. 3.
20. Leering. (1993). En Salgado, A.; Alarcón, T. Valoración del paciente anciano. Barcelona. Masson S. A. Salvat.
21. Leslie. (1988). En Kottke, F. Krussen Medicina física y rehabilitación. Tercera edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
22. Levine, R.; Glitin, L. (1993). A model to promote activity competence in elders. American Journal Occupational Therapy. Vol. 47. No. 2.

23. López, J. H. (1992). Morbilidad y mortalidad geriátricas en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá. *Acta Médica Colombiana*. Vol. 17. No. 4.
24. Medida de Independencia Funcional (1993). Guía uniforme para la recolección de datos para rehabilitación médica. Research Foundation State University of New York.
25. McKinnon, A. (1992). Time use for care, productivity and leisure among elderly Canadians. *Canadians Journal of Occupational Therapy*. Vol. 59. No. 2.
26. Maltinskis, E.; Roberti, F. (1982). *Rehabilitación. Recuperación Funcional del lisiado*. Buenos Aires. Editorial Científico Técnica Americana.
27. Ministerio de Salud (1982). Plan para la atención a los ancianos en Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Documento.
28. Murdock, C. (1992). A critical evaluation of the Barthel Index. Part 1. *British Journal of Occupational Therapy*. Vol. 55. No. 3.
29. Pacto Social (1995). Bases para el Plan Nacional de Desarrollo. (1994-1998). Presidencia de la República. Departamento de Planeación. Casa editorial El Tiempo.
30. Parachek, J.; King, L. (1976). Escala de clasificación geriátrica y manual de tratamiento. Arizona. Publicaciones Greenroom.
31. Pedretti, L; Zoltan, B. (1990). *Occupational Therapy Practice skills for physycal dysfunction*. Mosby.
32. Quiroz y Schragar (1980). *Fundamerítos neurofisiologicos en las discapacidades del aprendizaje*. Buenos Aires. Editorial Panamericana.
33. Roselli, M.; Roselli, A.; and Vergara, I. (1985) Topography of the hemi-inattention syndrome. *Intern. J. Neuroscience*. Vol. 25.
34. Salgado, A.; Alarcón, T. (1993). *Valoración del paciente anciano*. Barcelona. Masson S. A. Salvat.
35. Salgado, A. y colb. (1986). *Tratado de geriatría y asistencia geriátrica*. Barcelona. Salvat Editores.
36. Sine, R.; Liss, S.; Roush, R.; Holcomb, J. (1979) *Técnicas básicas de rehabilitación*. Barcelona. Editorial Científico Médica.

37. Skruppy, M. (1993). Evaluación de actividades de la vida diaria. *Physical & Occupational Therapy in geriatric*. Vol. 11.
38. Spector, W. D. (1993). En Salgado, A.; Alarcón, T. Valoración del paciente anciano. Barcelona. Masson S.A. Salvat.
39. Springer, S.; Deutsch, G. (1991) *Cerebro izquierdo, cerebro derecho*. Madrid. Alianza Editorial.
40. Stout, R. W. (1993). En Salgado, A. Valoración del paciente anciano. Barcelona. Masson. S. A. Salvat.
41. Turner, A. (1981). *The practice of Occupational Therapy*. New York: Churchill Livingstone.
42. Trombly, C. (1990). *Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente*. Traducción. México, Ediciones Científicas. La Prensa Médica Mexicana. S.A. de C.V.
43. Torres, M. (1994). Modelos operativos para la Terapia Ocupacional. En *Terapia Ocupacional y Universidad Nacional*. Universidad Nacional.
44. Trujillo, A. (1994). Desempeño ocupacional y realización humana. Su origen y alcances. En: *Terapia Ocupacional y Universidad*. Universidad Nacional.
45. Urrea, M.V. (1989). El anciano hemipléjico hospitalizado. Unidad Didáctica. Manuscrito sin publicar. Departamento de Terapias. Universidad Nacional.
46. Willard and Spakman (1976). *Terapéutica Ocupacional*. Barcelona. Editorial Jims.
47. Zoltan, B.; Sieu, E.; Freishtat, B. (1986). *Perceptual and cognitive dysfunction in the adult stroke patient. A manual for evaluation and treatment*. St. Louis Missouri. Second Edition. The C. V. Mosby Co.