

ORIGINALES

8

M. Á. Campo de la Torre¹
H. López Cruz²
M. S. Sánchez Alcántara³

Estudio descriptivo de
habilidades de autocuidado en
ancianos institucionalizados

1 Diplomada en Enfermería. Psicóloga.
Máster Gerontología
2 Pedagogo. Máster Gerontología
3 Médico. Máster Gerontología

Correspondencia:
H. López Cruz
Residencia San Rafael
C/ Zorita, 2
37003 Salamanca

RESUMEN

El presente estudio trata de conocer en el ámbito de una residencia de ancianos considerados como "válidos" qué actividades de primera necesidad son capaces de satisfacer autónomamente. Para ello se ha utilizado la Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria de Ignacio Montorio, durante un trimestre y en una población de 190 ancianos. Como conclusión, admitir la validez de la citada escala para la determinación de los déficits que precisen intervención socio-sanitaria tanto en el medio institucional como comunitario.

PALABRAS CLAVE

Escala; Valoración; Autocuidado; Anciano.

ABSTRACT

The following study tries to find out within the scope of an old people's home considered as "valid", which basic needs they are capable of satisfying autonomously.

To do so, the Scale of Observation of Activities in Daily Life by Ignacio Montorio has been used for three months in a population of 190 old people. As a conclusion, we admit the correctness of the mentioned scale for the determination of the deficits which need social-sanitary intervention in institutional circles as well as in the community.

KEY WORDS

Scale; Valuation; Self-care; Old people.

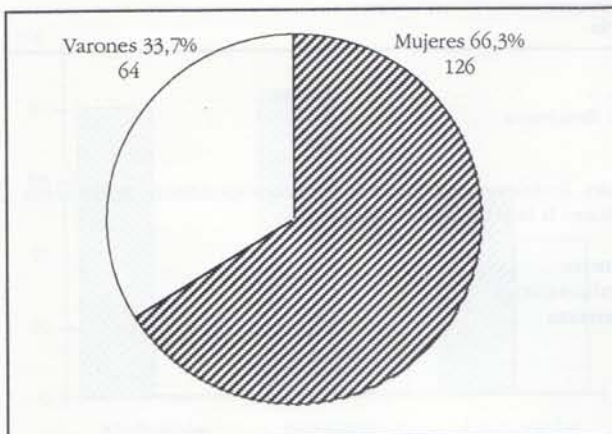


Figura 1. Demografía institucional. Distribución por sexos

Tabla 1 Demografía institucional. Grupos de edad y sexo

Edad	Varones	Mujeres	Total
55-60	1	1	2
61-65	0	1	1
66-70	4	6	10
71-75	10	8	18
76-80	11	30	41
81-85	15	40	55
86-90	18	28	46
91-95	3	10	13
96-100	2	2	4
Total	64	126	190

Edad media 81,38

Tabla 2 Muestra: estratificación por edad y sexo

Edad	Total muestra	Varones	Mujeres
66-70	2	1	1
71-75	4	2	2
76-80	9	3	6
81-85	13	5	8
86-90	10	4	6
> 90	4	1	3
Total	42	16	26

INTRODUCCIÓN

Las capacidades y habilidades personales, así como el entrenamiento y fomento de las mismas, inciden de manera positiva en los grados de autonomía e independencia de las personas de edad, influyendo de manera favorable en la percepción subjetiva de salud bienestar.

Partiendo de la necesidad de disponer de métodos que detecten precozmente posibles dificultades para llevar a cabo las actividades cotidianas, el presente estudio-evaluación, realizado en una residencia de ancianos "válidos", trata de conocer qué actividades básicas son capaces de desarrollar y cuáles no, con la finalidad de reforzar las conductas de autocuidado que llevan a cabo adecuadamente y facilitar el apren-

dizaje y reeducación de nuevas estrategias que permitan la ejecución del mayor número de actividades posibles.

La edad cronológica, por sí misma, no necesariamente debería suponer una barrera insalvable para las actividades de autocuidado. Otros factores: sociales, ambientales (tanto estructurales como organizativos), culturales, así como el estado de salud, pueden determinar en uno u otro sentido la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo ha sido realizado en una Residencia de Ancianos de Salamanca ciudad, cuya condición de ingreso es que se valgan por sí mismos.

La población de 190 ancianos, de ambos sexos, se distribuye de la siguiente manera: varones 33,7%, mujeres 63,3%, con una edad media de 81,38 años (Fig. 1) (Tabla 1).

En nuestro estudio hemos trabajado con una muestra de 42 casos, siguiendo como criterio de selección la estratificación por edad y sexo, en intervalos de cinco años a partir de los 65, utilizando una tabla de números aleatorios (Tabla 2).

El material utilizado ha sido la *Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria* de Ignacio Montoro (1990), con propiedades psicométricas metodológicamente ade-

ORIGINALES

10

Tabla 3 Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria

Nombre Fecha.....
 Edad Sexo Residencia

Evaluación: Observar al anciano mientras realiza las siguientes habilidades. Rodear con un círculo el nivel correspondiente de ejecución del anciano. Si no se recuerda el significado de los elementos, consultar de nuevo la hoja de instrucciones.

1. Nunca realiza la habilidad correcta o independientemente
2. Algunas veces realiza la habilidad correcta o independientemente
3. Siempre realiza la habilidad correcta o independientemente

Marcar N/A cuando no sea aplicable

	<i>Nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Siempre</i>
<i>I. Higiene</i>			
1. Se baña regularmente	1	2	3
2. Se limpia y cuida el pelo	1	2	3
3. Se afeita	1	2	3
4. Limpieza de dientes	1	2	3
<i>II. Vestido</i>			
5. Se viste solo	1	2	3
6. Viste con ropa limpia y cuidada	1	2	3
<i>III. Hábitos de comida</i>			
7. Come con seguridad	1	2	3
8. Observa los modales básicos en la mesa	1	2	3
<i>IV. Medicación</i>			
9. Es responsable de su medicación	1	2	3
<i>V. Continencia</i>			
10. Acude al servicio	1	2	3
11. Continencia urinaria	1	2	3
12. Continencia fecal	1	2	3
<i>VI. Movilidad</i>			
13. Autonomía en el movimiento	1	2	3
<i>VII. Comunicación</i>			
14. Expresa adecuadamente sus necesidades	1	2	3

Montorio, 1990

cuadas (Tabla 3). La elección de este instrumento se debe a las posibilidades que a nuestro entender ofrece para discriminar de una manera rápida y sencilla personas mayores funcionalmente dependientes y autónomas.

El período de tiempo en que se ha llevado a cabo la observación de los casos ha sido el primer trimestre de 1992. La observación se encomendó a personal de enfermería, previamente orientado y adiestrado en el manejo de la escala.

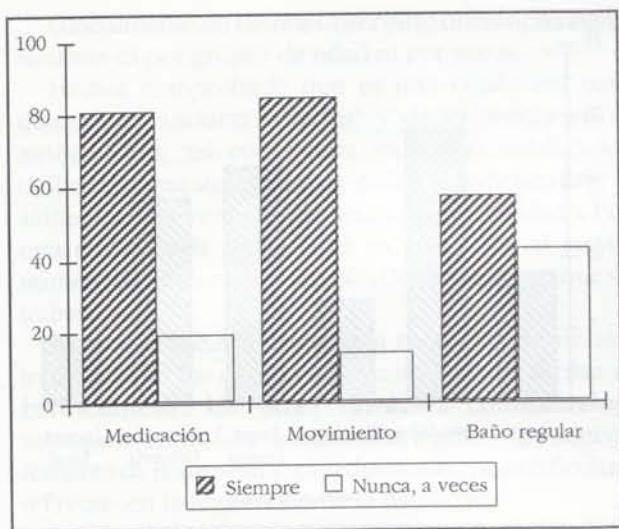


Figura 2. Autonomía en AVD. Medicación, movimiento y baño.

RESULTADOS

Las características que mejor discriminan entre un anciano "válido" y un anciano dependiente, según esta escala son:

- Responsabilidad en la medicación.
- Autonomía en el movimiento.
- Bañarse regularmente⁽¹¹⁾.

En nuestra muestra, las personas que pueden realizar correctamente o de forma independiente las tres habilidades reseñadas suponen un 80,95%, 85,72% y un 57,14% respectivamente (Fig. 2).

La diferencia porcentual que se observa en el ítem: "bañarse regularmente" respecto a los otros dos, puede atribuirse, en nuestra opinión, más a factores de tipo cultural y falta de hábito, que a dificultades físicas para llevar a cabo la actividad y/o limitaciones ambientales.

Para evaluar la autonomía en el movimiento, el criterio seguido ha sido la posibilidad de desplazamiento, al menos dentro de la institución, aunque para ello sean necesarios dispositivos de ayuda. Es por ello, que en nuestro estudio precisan de ayuda de una tercera persona para el desplazamiento tan sólo el 14,28%.



Figura 3.

En la variable "responsabilidad en la medicación", los resultados encontrados en cuanto a no ser capaces de llevarlo a cabo "nunca" o tan sólo "ocasionalmente", supone el 19,04% de la muestra. Este resultado más elevado que las dos características comentadas podría denotar una pérdida de facultades cognitivas, dignas de tener en cuenta, ya que sería un ítem dentro de esta Escala estrechamente vinculado a las funciones intelectivas (memoria, orientación temporal, cálculo...).

Llamamos la atención sobre este aspecto, dada la importancia del mismo, si consideramos la autonomía personal no referida exclusivamente a la esfera corporal, error frecuente en muchos planes de cuidados.

12

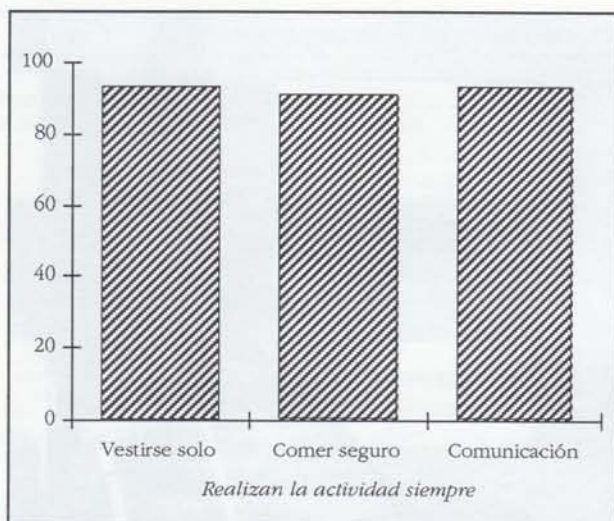


Figura 4. Autonomía en AVD. Vestido, comida y comunicación

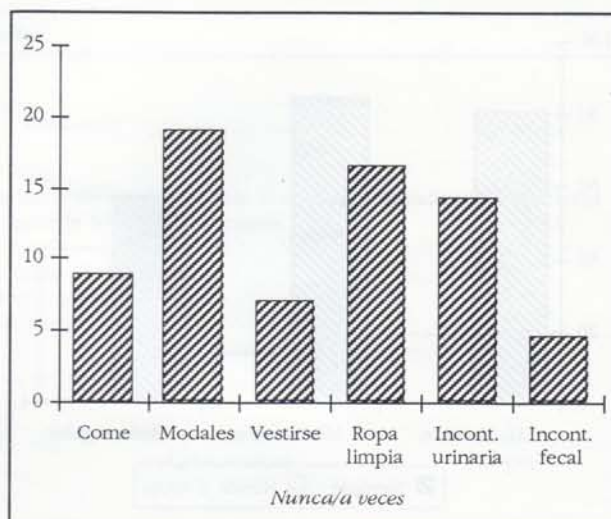


Figura 5. Dificultades en AVD. Alimentación-vestido-continencia



Figura 6.

A juicio del personal cuidador "expresan adecuadamente" sus necesidades el 92,86% de los residentes.

Comparando los ítems "comer seguro" y "vestirse solo", en cuanto a ejecutar la habilidad *siempre* (Fig. 4), obtenemos resultados muy similares (91,18% y 92,86% respectivamente). Esto supondría que un porcentaje elevado de los ancianos del Centro no precisan ayuda del personal cuidador para satisfacer estas necesidades fisiológicas elementales.

Si bien es cierto que aspectos como el guardar "los modales básicos" en la mesa y "vestir ropa limpia" no son realizados *nunca* o sólo *algunas veces* por el 19,04% y 16,67% respectivamente (Fig. 5). A nuestro entender, son destrezas con un alto componente educativo que podrían ser objeto de estrategias de intervención con la finalidad de adquirir, en unos casos, o reeducar, en otros, la ejecución adecuada de dichos hábitos para favorecer la relación social y aumentar la autoestima.

Con el ítem "incontinencia" constatamos que a mayor edad aparecen mayores dificultades. En nuestro estudio, comienza a ser problema a partir de los 86 años, siendo, como cabía esperar, mayor la incontinencia urinaria (14,28%) que la fecal (4,76%), no encontrándose diferencias significativas por sexos.

CONCLUSIONES

Hemos encontrado que un alto porcentaje de la muestra mantiene un elevado grado de autonomía para las AVD básicas incluso en las edades más avanzadas, si bien a partir de los 81 años aparecen mayores dificultades para la ejecución de las mismas.



Globalmente no hemos observado diferencias significativas ni por grupos de edad ni por sexos.

Hemos comprobado que es una escala útil para discriminar anciano "válidos" y dependientes en el autocuidado, así como para identificar habilidades deficitarias que sirvan de base en intervenciones a nivel asistencial, preventivo y fomento del autocuidado. Por esta razón, sería aconsejable su aplicación al mayor número de ancianos en función del contexto en que se trabaje.

La escala, además de permitir hacer una valoración individual de los déficits en el autocuidado, facilita el conocimiento de otras variables contextuales: sobreprotección, falta de estímulos, rigidez organizativa, fomento de la autoestima, reeducación..., que dificultan o favorecen la realización de la habilidad.

La falta de habilidades para la ejecución de determinadas tareas puede depender más de factores educativo-culturales y de barreras ambientales que de limitaciones personales.

Consideramos que esta Escala, como métodos de evaluación, resulta eficaz para determinar los déficits objeto de intervención socio-asistencial, tanto en instituciones como en ancianos que viven en la comunidad, para responder de forma real a las necesidades observadas y permitir reorganizar racionalmente tanto los entornos residenciales como los servicios domiciliarios.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA ESCALA DE OBSERVACIÓN DE AVD DE MONTORIO

13

a) El ítem "comunicación" resulta demasiado *general* pues no es lo mismo expresar necesidades básicas (comida, limpieza...), que otras necesidades de la esfera psíquica (sentirse solo, expresar pérdidas de autoestima...).

b) De las siete variables de la Escala, sólo el aspecto "responsabilidad sobre la medicación" evalúa el funcionamiento cognitivo. Algunos autores no lo incluyen dentro de la evaluación de actividades básicas, sino en las instrumentales (Lawton, 1972).

Sin embargo, consideramos que I. Montorio al incluirlo dentro de su escala facilita el conocimiento precoz del deterioro cognitivo.

c) Para la evaluación de la "autonomía en el movimiento" no distingue si el desplazamiento se hace con o sin soportes mecánicos. Al no especificar el autor, hemos seguido como criterio de valoración el índice de Katz (1970), que considera independiente para dicha actividad a la persona que puede desplazarse aun con ayudas técnicas.

d) A la hora de establecer programas de intervención terapéuticos y preventivos han de plantearse objetivos y actividades de entrenamiento que incluyan tanto aspectos cognitivos como físicos. Compartimos el planteamiento de que atender *integralmente* al anciano en el futuro conllevará necesariamente ocuparse también de los aspectos cognitivos (Vega, 1990).

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ministerio de Sanidad y Consumo. *Guía para la elaboración del programa del anciano en Atención Primaria de Salud*. Madrid. 1984.
- 2 AAVV. *Hacia el bienestar de los ancianos*. Organización Panamericana de salud. 1985. Nº 492.
- 3 Parreño JR y cols. *Tercera Edad Sana*. Inerser. Madrid 1985.
- 4 Ardilla A, Roselli M. *Cómo entender y cuidar a nuestros ancianos en la casa*. Ediciones Científicas La Prensa Mexicana, México 1986.
- 5 Porto B y cols. Atención domiciliaria a ancianos: un camino para la enfermería comunitaria. *Rol de Enfermería* 1988, **116**:21-24.
- 6 *Hacia una vejez nueva*. I Simposio de Gerontología de Castilla y León. Valladolid 1988. San Esteban, Salamanca 1989.
- 7 *Medicina Familiar y Comunitaria. Programa del anciano*. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. Edicomplet. Madrid 1989.
- 8 Castersen L, Edelstein B. *Intervención Psicológica y Social*. Martínez Roca. Barcelona 1990.
- 9 Vega Vega JL. *Psicología de la vejez*. Varona. Salamanca 1990.
- 10 Ribera Casado JM, Cruz Jentoff AJ. *Geriatría*. Uriach. Idepsa. Madrid 1991.
- 11 Lueckenotte A. *Valoración geriátrica*. Interamericana, Madrid 1992.
- 12 Fernández Ballesteros R y cols. *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Martínez Roca. Barcelona 1992.
- 13 AAVV. Atención domiciliaria PAE y diagnóstico de enfermería. *Revista Rol de Enfermería* 1992; **161**:19-23.