

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

1997

Condiciones ambientales y geriatría desde terapia ocupacional

Cuello Otero, María Verónica

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/929>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

T.O. Andrew Loo

Dictamen 12-12-97

Jurado: T.O. Betnie Roume

Lic. Josefina Pereyre

FAC. DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

UNMDP

TESIS DE LICENCIATURA

**Condiciones ambientales y Geriatría
desde Terapia Ocupacional** ■

**Autoras: Cuello Otero, María Verónica
Domínguez, María Silvina
Tornabene, Maricel Andrea**

Directora: Lic. Zervino, Lía

**Asesores: T.O. Auzmendis, Ana Laura
Ing. Louge, Osvaldo**

Mar del Plata, Octubre de 1997.

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
1230	
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

A NUESTRAS FAMILIAS (POR ACOMPAÑARNOS EN ESTE PROCESO)

Agradecemos a: Las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata, a los Terapistas Ocupacionales que se desempeñan en éste ámbito, a los ancianos institucionalizados, a Lía Zervino, a Ana Laura Auzmenda, a Osvaldo Louge, a Claudia Miranda, a P.A.M.I., a la Secretaria del Menor la Familia y la Tercera Edad del Partido de General Pueyrredón, a la Dra. Diana Sharosky, al Centro de Estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, a Osvaldo Cuello, a Celeste, Estani, Osvaldo, Sergio Jurdana.

INDICE

	Página.
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
Fundamentación de la Problematica en sí.....	3
Fundamentación de la elección tematica desde T.O.....	4
Restricciones en la ejecución del tratamiento.....	4
Restricciones en los logros del tratamiento	5
FINALIDADES DEL PRESENTE ESTUDIO.....	6
 PARTE I ASPECTOS TEÓRICOS	
 CAPÍTULO I VEJEZ Y CALIDAD DE VIDA	
1.1. Vejez	7
1.2. Jubilación y retiro.....	7
1.3. Institucionalización.....	8
1.4. Calidad de vida.....	9
 CAPÍTULO II CALIDAD DE VIDA Y CONDICIONES	
AMBIENTALES	
2.1. Importancia de las condiciones ambientales en el mantenimiento de la calidad de vida.....	10
2.2. La ergonomía como medio para mejorar las condiciones ambientales en geriatría.....	10

CAPÍTULO III ALGUNOS ENFOQUES DESDE T.O. EN RELACION AL
AMBIENTE

3.1. Modelo de Ocupación Humana	13
3.2. Soportes y Barreras ambientales según Trombly.....	13
3.3. Movimiento de Vida Independiente.....	14

CAPÍTULO IV FACTORES DEL ENVEJECIMIENTO QUE
INFLUYEN EN LA AUTONOMÍA FUNCIONAL

4.1. Alteraciones de la visión.....	16
4.2. Alteraciones cardiovasculares.....	16
4.2.1. Cambios morfológicos.....	16
4.2.2. Cambios funcionales	16
4.2.3. Principales signos y síntomas de las patologías	17
4.3. Alteraciones respiratorias.....	18
4.3.1. Cambios morfológicos.....	18
4.3.2. Cambios fisiológicos.....	18
4.3.3. Signos y síntomas	18
4.4. Alteraciones urinarias.....	19
4.4.1. Cambios estructurales.....	19
4.4.2. Cambios vasculares.....	19
4.5. Alteraciones endócrinas.....	19
4.6. Alteraciones osteomusculares.....	20
4.6.1. Cambios morfológicos	20
4.6.2. Enfermedades más frecuentes.....	20
4.7. Alteraciones Neurológicas	21
4.7.1. Cambios morfológicos.....	21
4.7.2. Cambios funcionales.....	21
4.8. Consecuencias de las alteraciones.....	22

4.8.1. Consecuencias de los medicamentos.....	22
4.8.2. Accidentes y caídas.....	22
4.9. Principales factores a tener en cuenta para la autonomía funcional.....	23

PARTE II ASPECTOS METODOLÓGICOS

CAPÍTULO V ESTRUCTURA METODOLÓGICA

5.1. Objetivos.....	24
5.2. Problema.....	24
5.3. Definiciones.....	25
5.4. Dimensionamiento.....	26
5.4.1. Fundamentación del dimensionamiento.....	26
Iluminación.....	26
Pisos.....	27
Mobiliario.....	27
Artefactos sanitarios.....	29
Señalizaciones.....	30
Rampas y ascensores	30
Zonas de circulación.....	31
Escaleras.....	31
Puertas.....	32
5.4.2. Dimensionamiento propiamente dicho.....	32
5.5. Indicadores, Índices y escalas.....	37
5.6. Diseño.....	40
5.7. Universo y muestra.....	40
5.8. Métodos de recolección de datos.....	40

**CAPÍTULO VI PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS**

6.1. Cuadros correspondientes a condiciones ambientales.....	43
Condiciones ambientales en los geriatricos	
globalmente considerados	44
Condiciones ambientales de los geriatricos	
sectorialmente considerados.....	45
Condiciones ambientales presentes con	
mayor y menor frecuencia.....	53
Condiciones ambientales en relación a pasamanos.....	61
Condiciones ambientales en relación a personas	
en silla de ruedas.....	63
Datos anómalos.....	65
6.2. Cuadros correspondientes al conocimiento de los T.O....	66
Conocimientos generales que poseen sobre	
condiciones ambientales.....	66
Conocimiento según mayor y menor frecuencia	
de mención.....	68
6.3. Cuadros correspondientes a medidas implementadas.....	71
Medidas adoptadas en relación al geriatrico	71
Medidas directas e indirectas adoptadas	72
6.4. Cuadros que relacionan las variables entre sí.....	73
Cantidad de T.O. que tomaron medidas	
según conocimiento.....	73
Cantidad de medidas implementadas según conocimiento..	75
6.5. Discusión.....	77
Características ambientales en geriatricos.....	77
Conocimiento por parte de T.O.....	78
Medidas adoptadas por los T.O.....	78
Relación de las variables entre sí.....	79
Alternativas de tratamiento.....	80

*publico de los
Brazos de
Brazos de
condición
suficiente*

Actividades destinadas a los ancianos.....	81
Actividades dirigidas a personal, directivos y dueños de las instituciones.....	87
CONCLUSIONES	89
BIBLIOGRAFÍA	90
ANEXO.....	95

RESUMEN

Actualmente, dentro del plan de estudios de la carrera de licenciatura en Terapia Ocupacional, no existe una cátedra que aborde el tema de la vejez en todos sus aspectos.

Desde el área de Terapia Ocupacional, se pueden realizar intervenciones terapéuticas para mejorar la calidad de vida del anciano. Teniendo conocimiento de la amplitud de este último concepto, se acotará este estudio a lo concerniente a la autonomía funcional. Ésta forma parte, junto con otros aspectos, como alimentación y abrigo, de un nivel básico de bienestar que debe ser cumplimentado en todos los grupos etarios, y especialmente en la vejez.

A fin de poder lograr la autonomía funcional, es de vital importancia que los gerontes cuenten con condiciones ambientales idóneas, aspecto este no lo suficientemente valorizado en nuestro medio.

Con el presente trabajo se intentará revalorizar el rol del Terapeuta Ocupacional en la adecuación de lo ambiental al perfil clínico del anciano.

Se partirá de la descripción de las principales características físicas y psicológicas de la vejez que influyen en el desempeño autónomo del geronte.

En base a ésto, se determinarán las modificaciones más importantes que requiere el entorno a fin de facilitar la independencia y favorecer la calidad de vida del anciano. Esta descripción se limitará a aquellos sectores de la institución geriátrica a los que con mayor asiduidad concurre el geronte.

Luego de realizar esta sistematización a nivel teórico, se efectuará un trabajo de campo en el que se determinará cuál es el estado actual de las condiciones ambientales de los geriátricos de la ciudad de Mar del Plata, y el conocimiento que tienen los Terapeutas Ocupacionales acerca del mismo, así como las medidas terapéuticas tomadas en relación a ésto. A partir de este trabajo, se inferirá la importancia otorgada a las mismas en el tratamiento.

Como cierre de esta investigación, se detallarán algunas medidas alternativas pasibles de ser implementadas por los Terapeutas en este área.

Al establecer, de esta manera, el rol fundamental que juega el Terapeuta Ocupacional en la determinación de las características de las condiciones ambientales en el ámbito de geriatría, se propiciará la concientización de la necesidad de contar con un Terapeuta como asesor ambiental en diferentes organismos, tales como P.A.M.I. y la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón.

Por intermedio de este trabajo, pretendemos realizar las siguientes contribuciones:

1. Generar la posibilidad de que el Terapeuta Ocupacional actúe como asesor ambiental en las creaciones, remodelaciones y/o inspecciones de los espacios en que reside el anciano (instituciones geriátricas, hogares y otros), realizando su actividad tanto en el ámbito público como privado.

2. a) A la Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales se otorgará un listado de las instituciones geriátricas que cuentan con los servicios de Terapia Ocupacional.
- b) A la Universidad Nacional de Mar del Plata, se propondrá a diferentes cátedras un proyecto de realización de un seminario sobre condiciones ambientales en el ámbito de geriatría con el fin de difundir otra posibilidad de acción terapéutica.
- c) A P.A.M.I. y a la Municipalidad de General Pueyrredón, se hará llegar un cuadernillo con una de las posibilidades de accionar del Terapeuta Ocupacional dentro del ámbito de geriatría.

INTRODUCCIÓN

Fundamentación de la problemática en sí

El envejecimiento, el proceso biológico de ponerse viejo, es inevitable. Comienza el día en que nacemos y finaliza con nuestra muerte. Pero vivir hasta una edad avanzada no ha sido siempre ineludible. Es una consecuencia del desarrollo social, y puede considerarse una conquista del siglo XX.

Esta es la era del envejecimiento. Jamás hubo otra época en la que tantas personas lograran alcanzar una edad avanzada. Una vida prolongada se ha convertido en una realidad para centenares de personas en todo el mundo. En el pasado, sólo unos pocos pudieron alcanzarla; en el futuro, sólo algunos no la alcanzarán.

En cierto modo, llegar a una edad avanzada se ha hecho inevitable, aunque no lo sean sus consecuencias. Como ocurre en todo proceso humano, se puede influir y participar en él, mejorarlo, planificarlo y prepararlo. Porque, ¿qué objeto tiene añadir años a la vida si no se han de vivir productiva y satisfactoriamente?

¿A qué género de vida aspiramos en nuestra edad avanzada? ¿En qué clase de sociedad queremos vivir? El sólo hecho de que nuestra vida sea más larga que la de nuestros padres es de por sí un logro, ¿pero es ésto suficiente? El logro realmente importante sería hacer que esos años adicionales sean fructíferos y plenos, asegurar que en nuestra vejez podamos ser capaces de compartir, contribuir y ser útiles según nuestras capacidades y, al mismo tiempo, que se nos atienda de acuerdo con nuestras necesidades y los recursos de la sociedad en que vivimos.

En muchas sociedades se tienen ideas preconcebidas respecto de las necesidades, características y capacidades de las personas de mayor edad, que tiene como efecto que se las trate como si fueran todas iguales.¹

Decidimos realizar esta investigación motivadas por la realidad que viven un gran número de ancianos institucionalizados en nuestro país. Hay una tendencia, en este fin de siglo, a institucionalizar a un porcentaje cada vez mayor de gerontes. Los factores que inciden, desde un enfoque cultural, son las condiciones económicas de nuestra sociedad, que obligan, prácticamente a todos los adultos a dedicarse a actividades laborales, y no queda nadie que pueda cuidar de los ancianos de la familia.²

¹ Cf. ASAMBLEA DE LAS NACIONES UNIDAS, *La era del envejecimiento*, O.N.U., Austria, 1982, pag 1 a 7.

² Cf. FERICGLA, J.M., *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*, Anthropos Editorial del Hombre, Barcelona, 1992, Pag. 68.

De los 84.000 ancianos que viven en la ciudad de Mar del Plata, 1.200 están internados, lo que representa un 2 % del total. Si bien éste no constituye un perfil institucionalizante, estos porcentajes se están modificando paulatinamente, constituyendo a los viejos en un grupo de alta vulnerabilidad social.³

Si tal como parece, en muchos casos la institucionalización es inevitable, debemos poner nuestros mayores esfuerzos para favorecer el bienestar de los ancianos. Consideramos que desde nuestra profesión podemos crear un medio de concientización para enriquecer la calidad de vida de los gerontes.

Fundamentación de la elección temática desde Terapia Ocupacional

Actualmente, en el tratamiento de los gerontes existen actividades terapéuticas con basamento teórico cuyo beneficio está fundamentado, tales como estimulación cognitiva, psicomotriz, actividades recreativas, talleres de comunicación, estimulación sensorial, orientación del tiempo libre, A.V.D., etc., muchas veces las condiciones ambientales inadecuadas influyen negativamente en el proceso terapéutico.

Restricciones en la ejecución del tratamiento:

- Los espacios reducidos con los que se cuenta la mayoría de las veces limita las movilizaciones, los desplazamientos, el trabajo corporal en el piso, la realización de diferentes circuitos, etc..
- La ausencia de barras limita el trabajo en posición bípeda de reacciones de equilibrio, descargas de peso, la incorporación de postura sedente a bípeda, y desplazamientos, entre otras cosas. La presencia excesiva de estímulos externos, como personas de la institución que circulan, televisión y/o radio encendidos, impiden la estructuración de un encuadre que dificulta la concentración, la comunicación, la audición correcta de consignas y acrecienta la inhibición.
- El contar con sillas inadecuadas hace que el geronte se encuentre en una postura incorrecta que no sólo provoca dolor y molestias, sino que impide la correcta ejecución de actividades que tienden a mejorar una función.
- La escasez de luz y el deslumbramiento perjudican la visión, en los casos en que se efectúen actividades que requieran fijación ocular, coordinación óculomanual, etc..

³ Cf. GOLPE, L., "Tercer Tiempo", *Viva. La revista de Clarín*, Clarín, Bs. As. 1996, pag. 40, 41, 42, 43, 44, y 45.

Restricciones en los logros del tratamiento:

- Los objetivos que trabaja el Terapeuta Ocupacional como son independencia en marcha y reacciones de equilibrio, pueden verse interferidos si las condiciones ambientales con respecto a pisos y pasamanos no son las adecuadas (pisos encerados, ausencia de barras, etc).
- En algunas ocasiones el Terapeuta trabaja independencia en los desplazamientos y en los distintos pasajes de y a silla de ruedas. Si la superficie libre, las puertas y el mobiliario no se adecuan a las características del anciano, esta independencia no se verá concretada.
- Al reducir edema de miembros inferiores, se debe complementar el tratamiento con la indicación de modificar las condiciones ambientales para elevar las piernas. De no ser éste respetado, lo logrado durante la sesión se ve menoscabado.
- Aunque se realicen actividades comunicacionales durante la sesión grupal, si la disposición del mobiliario, la distribución de los ancianos en las habitaciones o en el comedor es inadecuada, estas funciones no se favorecen.
- Para mejorar y/o mantener funciones de amplitud articular, fuerza muscular, coordinación, equilibrio, etc. y favorecer la independencia en las actividades de la vida diaria, es imprescindible que las condiciones ambientales sean las adecuadas.

FINALIDADES DEL PRESENTE ESTUDIO

Dado el estado de la cuestión que acabamos de presentar, a través de nuestro trabajo intentaremos

1. Contribuir a la concientización de la influencia de lo ambiental en la calidad de vida del geronte.
2. Reflexionar sobre la importancia otorgada a las condiciones ambientales en el quehacer de Terapia Ocupacional en el ámbito de geriatría.

PARTE 1

ASPECTOS TEÓRICOS

CAPÍTULO I

Vejez y calidad de vida ■

1.1. Vejez.

La vejez en el hombre es un período indefinido de la vida, muchas veces establecido arbitrariamente en el tiempo, con amplias variaciones individuales. Se instala de manera lenta y asincrónica. Los modernos estudios tienden a considerar la vejez con un criterio axiológico más que cronológico, o sea mediante una fórmula de valores en los que ven representados los grados de menoscabo de los diferentes planos en que se desarrolla la vida de los individuos, tanto corporales o físicos, como espirituales o psíquicos.⁴

En el envejecimiento "hay dos componentes fundamentales: uno subjetivo o de interioridad, que es el estar viejo, el sentirse viejo y el vivir como viejo; otro objetivo o de exterioridad, que es parecer o ser considerado viejo, y es el que generalmente utiliza la sociedad cuando interpreta la vejez como una disminución de la capacidad física y del rendimiento intelectual."⁵

A medida que se envejece, las funciones psíquicas sufren transformaciones, como son el debilitamiento global de la función intelectual, la disminución de la memoria de hechos recientes -en tanto que hechos pasados son rememorados con gran facilidad-, la rigidez de juicios e ideas, la hipertrofia de los instintos de conservación y la avaricia material y afectiva.

Hay ciertos cambios mensurables en la capacidad intelectual y el desarrollo psicomotor, las habilidades perceptuales y los rasgos de personalidad.

Cuando el individuo envejece, se exageran los rasgos característicos de su personalidad, aparecen los defectos de adaptación y dependencia y la falta de criterio.⁶

1.2. Jubilación y retiro.

Se suma a todas las modificaciones el retiro forzoso, el ocio obligado, y no tarda en presentarse el aislamiento. Por otra parte, el deterioro de la capacidad de locomoción crea restricciones de movilización; se achica el espacio físico en que la persona se desenvuelve, lo que contribuye a la pérdida de estatus y, por lo tanto, al amargo pesimismo que el viejo tiene ante la vida.⁷

El rito de pasaje de la jubilación tiene significación colectiva de situación total de segregación, donde el concepto de vejez representa socialmente improductividad y desprestigio, impregnándolo de atribuciones sociales

⁴ Cf. FUSTINONI, O. Y PASSANANTE, D., *La tercera edad. Estudio integral*, Editores La Prensa Médica Argentina, Bs. As., 1980, pag. 2.

⁵ FUSTINONI, O. Y PASSANANTE, D., *Obra citada*, pag. 2.

⁶ Cf. LANGARICA SALAZAR, R., *Gerontología y geriatría*, Editorial Interamericana, México D. F., 1987, pag. 61.

relacionadas con la carencialidad, enfermedad, decrepitud, aislamiento; en síntesis, declinación de las potencialidades en el plano biopsicosocial, económico y cultural, lo que dificulta el desarrollo de las capacidades humanas en su plenitud.

El ceremonial de retiro en el mundo occidental moderno y en la Argentina actual, no sólo señala la culminación de un ciclo ocupacional, sino que demarca el principio de un proceso de caducidad transcultural que conduce a la muerte social de nuestros ancianos.⁸

El geronte empieza a sentir que muchas cosas dejan de pertenecerle, y que él ya no pertenece a esas mismas cosas, hasta entonces propias. Se va creando así un desajuste entre lo que el sujeto se siente capaz de hacer y la visión de sí mismo que le devuelve el medio externo.

El problema no depende solamente de la actitud del otro, sino también de cómo el individuo lo interioriza, de manera tal que se va creando en él una contradicción entre sus deseos y su reticencia a la búsqueda de satisfacción, o de su sublimación cuando ésta no es posible.

La expresión fenomenológica de ese conflicto se traducirá en un cierto retraimiento en su relación con el mundo externo. Lo llevará a transitar inevitablemente por sus huellas mnésicas, con resultados diversos que dependerán de su personalidad previa.⁹

1.3. Institucionalización.

Debemos tener en cuenta todo lo expresado con anterioridad para comprender la enorme dificultad por la que atraviesan los ancianos al ser institucionalizados, tener que adaptarse a un lugar diferente al habitual, a rutinas de horarios y obligaciones, a convivir con un grupo de personas desconocidas y perder roles y estatus del pasado.

Algunas veces en las instituciones, por diferentes motivos, no se tiene en cuenta a la persona con su bagaje histórico-cultural. Se coloca al anciano en un lugar pasivo, no se respetan sus características individuales, y con el fin de agilizar la dinámica institucional se anulan posibilidades de elección y se masifican las tareas.

El anciano institucionalizado no solamente padece los cambios propios de su ciclo vital sino que también tiene que hacer frente a una situación no siempre deseada, lo que implica la necesidad de contar con una mayor flexibilidad psíquica y el consecuente gasto energético.

⁷ Cf. LANGARICA SALAZAR, R., *Obra citada*, pag. 65.

⁸ Cf. GOLPE, L., *Una mirada a la vejez en la Argentina contemporánea*, en *La ocupación en la vejez. Una visión gerontológica desde terapia ocupacional*, Imprenta Relieve, Mar del Plata, 1996, pag. 19 y 21.

⁹ Cf. SALVARESSA, L., *Psicogeriatría. Teoría y clínica*, Editorial Paidós, Bs. As., 1988, pag. 33.

Es conveniente brindarle al geronte un ambiente propicio para no acentuar las pérdidas sufridas con todo lo que ellas conllevan y facilitarle medios para adaptarse activamente a esta situación. Al ingresar en una institución geriátrica, la calidad de vida no necesariamente debe verse menoscabada.

1.4. Calidad de vida.

La calidad de vida implica la satisfacción de necesidades esenciales físicas, psicológicas y sociales que permiten el desarrollo óptimo de las características del individuo. Se refleja en estilos de vida sanos, en equilibrio estable y dinámico con el ambiente.

Según un informe de las Naciones Unidas sobre la situación en el mundo, la calidad de vida se determina por una serie de factores, entre ellos, la posición que ocupa uno en relación con otro en la sociedad. En consecuencia, la mejor manera de medirla es mediante una combinación de indicadores sociales y económicos y de evaluaciones subjetivas de la satisfacción relativa de la gente con sus condiciones de vida y bienestar.¹⁰

En relación a los ancianos institucionalizados, la calidad de vida se determina por la posibilidad de obtener una correcta alimentación, higiene, vestido, y ritmos biológicos, (sueño y evacuación), establecer vínculos, elaborar duelos y jugar roles activos, así como conformar e integrar una red social, mantener contacto con la comunidad y residir en un ambiente adecuado a sus características, a fin de lograr el mayor bienestar, adaptándose activamente a los cambios físicos, químicos, biológicos y psicosociales del ambiente.

Se desprende de ésto la importancia de mantener un estilo de vida independiente. Así lo sugiere C. Trombly en el capítulo "Fundamentos teóricos para la práctica", en el que establece como meta para la Terapia Ocupacional la promoción del sentido de eficacia por el desarrollo de la competencia en interacción efectiva con el entorno.¹¹

Es de vital importancia para la persona mantener la independencia, ya que de esta manera puede continuar sintiendo que ejerce roles activos, lo cual favorece la autoestima y el control sobre los propios actos, disminuye el sentimiento de pérdida y el aislamiento en el que puede sumergirlo la sensación de haber perdido todo en la vida.

¹⁰ Cf. NACIONES UNIDAS, *Informe sobre la situación social en el mundo*, EE.UU., 1993, cap. 9, pag. 266

¹¹ Cf. TROMBLY, C., *Occupational therapy. Principles and practice*, Editorial Interamericana, EE.UU., 1995 Caps. 2 y 4.

PARTE 1

ASPECTOS TEÓRICOS

CAPÍTULO I I

Calidad de vida y condiciones ambientales ■

2.1. Importancia de las condiciones ambientales en el mantenimiento de la calidad de vida.

“La vivienda es otra esfera de preocupación fundamental tanto para las propias personas que envejecen como para quienes se ocupan de la población de edad y de sus problemas. Se precisan alojamientos y medios físicos adecuados para el bienestar de las personas, y en general se acepta la idea de que la vivienda tiene una gran influencia sobre la calidad de vida de todos los grupos de edades en cualquier país.”¹²

El ambiente adecuado tiene aún mayor importancia para los ancianos, cuyo hogar se convierte en el centro de sus actividades. Si bien la vivienda es una de las principales preocupaciones de la mayoría de los países en desarrollo, se ha prestado escasa atención a las necesidades especiales de la población de edad. Las condiciones de vivienda de los ancianos, como se desprende de los estudios por países, frecuentemente no son satisfactorias.¹³

Con objeto de hacer frente al que ha llegado a ser un problema cada vez mayor para muchas personas de edad -los medios ambientes peligrosos para su seguridad y que no favorecen su capacidad funcional- se debe prestar mayor atención a la creación y planificación de ambientes nuevos con el objeto de eliminar las barreras arquitectónicas y apoyar sus capacidades fisiológicas, psicológicas y sociales.

Con un medio ambiente apropiado en los establecimientos cerrados, tales como las residencias especializadas, se pueden evitar los principales problemas que experimentan los ancianos en muchas partes del mundo.¹⁴ De esta manera se otorga un medio concreto al geronte, que permite satisfacer necesidades propias, desarrollar potencialidades y hábitos saludables y enriquecer su calidad de vida.

2.2. La ergonomía como medio para mejorar las condiciones ambientales en geriatría.

Para analizar acertadamente los efectos de las condiciones ambientales sobre la ancianidad, no se puede hacer omisión del concepto de ergonomía. Esta disciplina ha sido definida con una simple frase: “adaptar el trabajo al trabajador”, pero en estos últimos veinte años se ha desarrollado un concepto mucho más

¹² O.N.U., *Boletín de la Asamblea General de las Naciones Unidas*, EE.UU., 1995, pag. 31.

¹³ Cf. O.N.U., *Obra citada*, pag. 31.

¹⁴ Cf. O.N.U., *Obra citada*, pag. 45.

vasto. Actualmente se la considera como el estudio científico de la relación del hombre y su ambiente.

“A pesar de las variables que entran en juego, la interfase usuario-entorno interior diseñado, debe garantizar un aprovechamiento o disfrute mayor, cómodo y seguro del contexto ambiental.”¹⁵

La ergonomía se ocupa del hombre en su integridad, no sólo en sus dimensiones físicas, sino también en lo que respecta a sus procesos mentales, sus emociones, sus relaciones con otros y su capacidad para desenvolverse con informaciones de toda clase.

Esta disciplina puede contribuir al mejoramiento de la salud y de la seguridad. Además, la aplicación de los principios ergonómicos no tiene por qué requerir el recurso de métodos costosos y muy complejos.¹⁶

Pueden definirse como medidas ergonómicas aplicadas a geriatría las que van más allá de la simple protección de la integridad física del anciano, y tienen por objeto brindarle bienestar, instaurando por ello condiciones óptimas de vivienda, permitiéndole utilizar lo mejor posible sus características psíquicas y sus capacidades fisiológicas y físicas.

La función de esta disciplina consiste en crear las condiciones más adecuadas en lo que se refiere a iluminación, clima, ruido, disminución de la carga física, mejora de la postura y reducción del esfuerzo de ciertos movimientos, alivio de las funciones psicosenoriales en la lectura de los dispositivos de señalización, facilitación de la manipulación de los objetos, etc.

Casi la totalidad de las aplicaciones de la ingeniería humana ha tenido lugar en los sectores industrial y militar. Lamentablemente, las aplicaciones de carácter social en el diseño de los espacios interiores de los hogares, oficinas, equipamientos sanitarios, escuelas, etc., se han ignorado relativamente.¹⁷

Muchas medidas ergonómicas, por su naturaleza, deben aplicarse en la fase de concepción del edificio o mueble, ya que las modificaciones posteriores suelen ser menos eficaces o más costosas.¹⁸

En virtud de la abundancia de variables que entran en juego, es esencial que los datos que se seleccionen sean los que mejor se adapten al usuario del espacio u objetos que se diseñan. De aquí la necesidad de definir con exactitud la naturaleza de la población a servir.¹⁹

El Terapeuta Ocupacional realiza indicaciones con respecto a lo ambiental, ya que su formación le permite, en cuanto a la tarea, determinar qué operaciones

¹⁵ PANERO, J. y ZELNIK, M., *Las dimensiones humanas en los espacios interiores. Estándares antropométricos*, Ediciones G. Gili, S.A. de C.V., México, 1989, pag. 19.

¹⁶ Cf. O.I.T., *El trabajo en el mundo*, O.I.T., Ginebra, 1985, tomo 2, parte 4, cap. 9, pag. 154 y 158.

¹⁷ Cf. PANERO, J. Y ZELNIK, M., *Obra citada*, pag. 19.

¹⁸ Cf. O.I.T., *Introducción al estudio del trabajo*, O.I.T., EE.UU. Tercera edición, 1986, cap. 12, pag. 70.

¹⁹ Cf. PANERO, J. Y ZELNIK, M., *Obra citada*, pag. 37.

la componen, así como las exigencias psicofísicas que posee; en cuanto al paciente, detectar las capacidades que tiene en relación con la actividad.

Si no existe concordancia entre los requerimientos de la tarea y las capacidades personales, el Terapeuta Ocupacional actúa terapéuticamente sobre la persona y/o determina las necesidades de establecer modificaciones en la tarea o en el ambiente en el que la misma se realiza.

PARTE 1

ASPECTOS TEÓRICOS

CAPÍTULO III

Algunos enfoques desde T. O. en relación al ambiente ■

ALGUNOS ENFOQUES DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN RELACIÓN AL AMBIENTE

“La filosofía del compromiso del consumidor y la promoción de la salud están reenfocando nuestros pensamientos acerca de cambiar el entorno para acrecentar la performance ocupacional no sólo para el cliente particular, sino para la población de clientes como grupo colectivo. Este pensamiento está cambiando nuestro trabajo para incluir mayor énfasis en los cambios de las características del entorno, tales como lugares públicos, condiciones en el lugar de trabajo, etc..”²⁰

A continuación se realizará una síntesis de algunos enfoques que desde el hacer de Terapia Ocupacional valorizan el ambiente terapéuticamente.

3.1. Modelo de la Ocupación Humana.

Este modelo concibe al ser humano como un sistema abierto, en constante interacción con el ambiente y plantea la existencia de tres subsistemas (volitivo, de hábitos y de desempeño), con una relación jerárquica entre ellos, mutuamente determinada.

El entorno está tan íntimamente ligado con la manera de organizarse y comportarse del sistema humano, que algunos teóricos lo miran “como parte del organismo”.

La relación entre los humanos y su ambiente es dialéctica. El hacer humano constantemente busca congeniar con el entorno y cambiarlo. El ámbito de la persona crea una influencia en la forma de desempeño.²¹

En los gerontes se producen múltiples modificaciones en los subsistemas, pero sobre todo en el de desempeño, debido a los cambios acaecidos con la edad.

Para que la interacción con el ambiente siga siendo eficaz y no se corra el riesgo de afectar a los otros subsistemas, deben efectuarse modificaciones en el mismo.

3.2. Soportes y barreras ambientales para la independencia según Trombly.

El Terapeuta Ocupacional puede ser requerido para actuar como consultor de un arquitecto o comunidad interesado en implementar un diseño libre de

²⁰ CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS, *Occupational therapy guidelines for client-centred practice*, C.A.O.T/L'A.C.E. Publications, Toronto, 1991, pag VIII.

²¹ Cf. KIELHOFNER, G., *A Model of Human Occupation. Theory and application*, Williams & Wilkins, U.S.A., 1995. pag. 91.

barreras. También podría ser llamado por individuos o grupos para ayudarlos a acceder a los recursos físicos y sociales necesarios.

Actualmente se evalúan tanto las barreras como los soportes ambientales para la performance ocupacional, que pueden ser identificados en todos los aspectos del entorno: físico, social, cultural, organizacional e institucional.

- **Factores físicos:** Se refieren a diseños en la construcción o entorno natural que facilitan o interfieren en la independencia de todas las personas con discapacidad.
- **Factores sociales:** Incluyen las redes de grupos familiares, de la comunidad, e institucionales. El clima social del entorno es decisivo para determinar el grado de independencia de alguien con discapacidad.
- **Factores culturales:** Se relacionan con la etnia, normas de comportamiento, tradiciones y definición de roles. Todo esto influye en nuestro sentimiento de pertenencia a un entorno dado. Para los gerontes afecta las expectativas puestas en ellos, las actitudes que otros significantes tienen hacia ellos, y los roles que la gente adopta frente a ellos.
- **Factores de actitud:** Proveen soportes decisivos o barreras para la independencia. Se relacionan con las expectativas y la buena voluntad de los otros para adaptar el entorno y acomodarlo a las necesidades de alguien con discapacidad y permitirle ser independiente.
- **Factores organizacionales:** Constituidos por las características del entorno que hacen a organizaciones e instituciones, incluyendo reglas, políticas y leyes.²²

El estudio de la relación entre las habilidades personales, el entorno y la ejecución, ha interesado a muchos grupos de profesionales, incluyendo a: arquitectos, científicos sociales, antropólogos, diseñadores de interior, ingenieros biomecánicos, Terapistas Ocupacionales y otros profesionales de la salud.

Común a todos ellos es la necesidad de entender y promover el entorno adecuado a la persona.

De todos los factores mencionados, el que incumbe específicamente a esta investigación es el físico.

3.3. Movimiento de vida independiente.

“Se basa en el control de la propia vida, establecido en la elección de opciones aceptables que minimicen la dependencia de otros, tomando decisiones y

²² Cf. TROMBY, C., Obra citada cap. 5, pag. 55 y 56.

ejecutando las necesidades de todos los días. Incluye manejarse en los asuntos personales, participar en la vida social, cumplir con la gama de relaciones sociales y tomar decisiones que permitan determinaciones propias y minimización de dependencia física y psicológica.”²³

El Terapeuta Ocupacional define las necesidades del cliente y realiza recomendaciones para adaptar su casa y la rutina diaria, para maximizar su seguridad y función.

El Terapeuta Ocupacional también trabaja con agencias comunitarias y negocios para asesorar en cuanto a accesos arquitectónicos. Puede recomendar renovaciones necesarias para ayudar a que estos negocios se adecuen a las características de los discapacitados.²⁴

Estos enfoques descriptos están destinados a mostrar la importancia del entorno en el quehacer cotidiano de la persona, así como la necesidad de que el Terapeuta Ocupacional tenga en cuenta estos aspectos al elaborar planes de tratamiento.

²³ THE AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, “Statement: the role of occupational therapy in the independent living movement”, The American Journal of occupational Therapy, número 12, vol. 47, A.J.O.T., EE.UU., 1993.

²⁴ Cf. THE AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, Obra citada, número 12, Vol. 47.

PARTE 1

ASPECTOS TEÓRICOS

CAPÍTULO IV

**Factores del envejecimiento
que influyen en la autonomía funcional ■**

El presente capítulo está dedicado a describir los factores propios del envejecimiento que influyen en la autonomía funcional del geronte y que el Terapeuta Ocupacional debe tener en cuenta para accionar sobre el entorno.

Estos factores se manifiestan a distintos niveles: visual, cardiovascular, respiratorio, urinario, endocrino, osteomuscular, neurológico y consecuencias de estas alteraciones.

4.1. Alteraciones visuales.

La visión, es el sentido que en mayor proporción influye en la autonomía funcional del geronte.

Las estructuras oculares se afectan por las alteraciones en la colágena, la deshidratación y la pérdida de grasa. Estos cambios afectan a la visión nocturna y determinan una borrosidad visual.

El tamaño de la pupila disminuye con la edad y el diámetro corneal horizontal es menor que en el joven; el cristalino se amarillea, por lo que resulta cada vez más difícil discriminar entre azul y verde.

La cantidad de luz que llega a la retina a los 80 años, constituye un tercio de lo que incide en el adulto joven en condiciones similares.²⁵

4.2. Alteraciones cardiovasculares.

4.2.1. Cambios morfológicos.

El endocardio se hace más fibroso y un proceso similar compromete las válvulas aórtica y mitral. Este terreno facilita la calcificación posterior. Los cambios microscópicos se desarrollan fundamentalmente en el tejido conectivo. Se observa marcado aumento del número de fibras colágenas y elásticas.²⁶

4.2.2. Cambios funcionales.

Se producen modificaciones en el rendimiento cardíaco, especialmente en el gasto cardíaco y la presión de fin de diástole. El volumen de expulsión sistólica en reposo disminuye alrededor del 1% por año a partir de los 30 años. Concomitantemente, la presión capilar pulmonar se eleva durante el ejercicio.

Estas variaciones expresan la mayor postcarga del anciano, su menor rendimiento ventricular, una mayor rigidez pericárdica y una menor respuesta miocárdica al estímulo de las catecolaminas. También se ha demostrado un

²⁵Cf. HAM, R.J.Y SLANE, P.D., *Atención primaria en geriatría. Casos clínicos*, Mosby/Doyma Libros, Madrid, 1995, pag. 27.

²⁶Cf. CAINO, H.V. Y COAUTORES, *Clinica y tratamiento de las enfermedades en la tercera edad*, Editorial Celdus, Bs.As. 1986, pag. 19

defecto de la contractibilidad, mediante un movimiento más lento de calcio hacia el interior de la fibra miocárdica.

Estas modificaciones estructurales determinan una funcionalidad limitada que no necesariamente es patológica, la cual se define como **prebiscardia** o **cardiopatía senil**. Este estado, al disminuir la reserva funcional del corazón, permite que se instale con mayor facilidad insuficiencia cardíaca.²⁷

Si bien se producen estas alteraciones funcionales, la mayor parte de las alteraciones cardiopulmonares son consecuencia de la enfermedad más que del envejecimiento.²⁸

4.2.3. Síntomas y signos.

Se describirán a continuación los síntomas y los signos de las patologías cardiovasculares más frecuentes que a nuestro entender afectan la autonomía funcional.

- **Hipertensión arterial:** Clínicamente se producen cefaleas, acúfenos, palpitaciones, mareos, astenia, disnea, insomnio, nicturia, alteraciones de la visión, todos ellos aislados o combinados.²⁹
- **Hipotensión arterial:** Está vinculada con los cambios de posición y es subsecuente a un desajuste neurovegetativo. Provoca mareos, vértigos, estados nauseosos, fatigabilidad, insomnio, episodios de confusión mental, cefaleas.^{30,31}
- **Insuficiencia cardíaca:** Los signos y síntoma a diferentes niveles son: disnea de esfuerzo, disnea paroxística nocturna, ortopnea, respiración Cheynestocke, fatigabilidad general, manifestaciones cerebrales, confusión mental, mareos, oliguria, nicturia, dolor al esfuerzo en hipocondrio derecho, edema, etc.³²
- **Valvulopatías periféricas de miembros inferiores:** Se patentizan por: disminución del tonismo muscular, parestesias y entumecimientos acrales unilaterales. El síntoma más jerárquico es el dolor, referido como: claudicación intermitente, dolor continuo de reposo, dolor repentino.³³
- **Trombosis venosa profunda:** Puede presentar inquietud, dolor espontáneo y provocado en las masas musculares de la pantorrilla y

²⁷ Cf. CAÍNO, H.V. Y COAUTORES, Obra citada, pag. 20 y 21.

²⁸ Cf. HAM, R. Y SLANE, P., Obra citada, pag. 30

²⁹ Cf. CAÍNO, H. Y COAUTORES, Obra citada, pag. 28 y 29.

³⁰ Cf. CAÍNO, H. Y COAUTORES, Obra citada, pag. 75

³¹ Cf. HAM, R Y SLANE, P., Obra citada, pag. 343.

³² Cf. CAÍNO, H. Y COAUTORES, Obra citada, pag. 28 y 29.

³³ Cf. CAÍNO, H Y COAUTORES, Obra citada, Pag. 85.

en región interior de muslos, edema blando en los tobillos y dorso de pies, empastamiento de las masas musculares por mioedema, etc.³⁴

4.3. Alteraciones respiratorias.

4.3.1. Cambios morfológicos.

En la vejez se producen cambios anatómicos en estructuras relacionadas con la función respiratoria: cifosis, descalcificación de las costillas, disminución del diámetro transversal del tórax, aumento de la calcificación de los cartílagos costales y alteraciones bioquímicas en las estructuras de éstos. También se produce cierta reducción en el tamaño de los conductos alveolares y alvéolos, junto con reducción en la cantidad y espesor de las fibras elásticas de los haces de tejido elástico que rodean los conductos y bocas de los alvéolos.

4.3.2. Cambios fisiológicos.

Se produce la progresiva merma de la capacidad vital y del volumen espiratorio forzado en un segundo. Aunque la capacidad pulmonar total se mantiene casi invariable, el volumen residual aumenta con la edad.

La ventilación se distribuye con menos uniformidad. El volumen pulmonar en el cual la vía aérea se colapsa aumenta en proporción directa con la edad. Hay ineficacia para mantener permeable la vía aérea. Existe una notable disminución de la capacidad de difusión con el envejecimiento. La diferencia alveolar de oxígeno aumenta con la edad, más que nada por la progresiva caída de la presión de oxígeno arterial.³⁵

4.3.3. Signos y síntomas.

A continuación se describen los signos y los síntomas de la patología respiratoria que más frecuentemente influye en la autonomía funcional:

- **Insuficiencia respiratoria crónica:** Clínicamente presenta disnea, hipersomnolia, taquicardia, hipertensión, hipotensión arterial, Por hipoxia encefálica, irritabilidad, insomnio, trastornos del juicio, delirio.³⁶

³⁴ Cf. CAÍNO, H. Y COAUTORES, Obra citada, pag. 88.

³⁵ Cf., BROCKLEHURST, *Tratado de clínica geriátrica y gerontología*, Editorial Médica Panamericana, Bs. As., 1985, pag. 391, 392, 393.

4.4. Alteraciones urinarias.

No existen enfermedades geriátricas específicas del riñón. Por lo general, las nefropatías de los ancianos se deben a varias alteraciones anatómopatológicas concomitantes.

4.4.1. Cambios estructurales.

Hay pérdida de peso del riñón y disminución de la masa del parénquima y reducción de la cantidad de nefrones y el achicamiento de cada nefrón.

4.4.2. Cambios vasculares.

Los cambios que ocurren en el aparato urinario se asocian con frecuencia a síntomas en los adultos de edad sanos. Así el 64% de los individuos de 65 años o más se levantan por la noche para orinar, el 40% no experimenta la sensación previa a la micción y el 29% refieren pérdidas ocasionales de orina.³⁷³⁸ Por esto, es importante contar con ciertas condiciones ambientales, que serán oportunamente aclaradas en la parte II: Aspectos Metodológicos.

4.5. Alteraciones endocrinas.

Nos limitaremos a describir las complicaciones de la diabetes mellitus, que a nuestro entender influyen en la autonomía funcional del anciano. La prevalencia de esta enfermedad es cada vez más significativa a esta edad.

- **Retinopatía:** Se producen cambios degenerativos microvasculares iniciales, (microhemorragias y aneurismas), y cambios proliferativos con neovascularización en la fase tardía. Estos cambios suelen determinar grandes hemorragias a partir de los vasos neoformados frágiles. Se caracteriza fundamentalmente por la disminución de la agudeza visual.
- **Neuropatía:** Se localiza preferentemente a nivel de las extremidades inferiores y en menor grado de las superiores. Es distal, bilateral y simétrica. Hay alteraciones motoras y sensoriales con predominio de estas últimas. Clínicamente presenta parestesias y dolor.³⁹⁴⁰

³⁶ Cf. CAÍNO, H. y COAUTORES, Obra citada, pag. 125.

³⁷ Cf. HAM, R., Y SLANE, P., Obra citada, pag. 30.

³⁸ Cf. BROCKLEHURST, Obra citada, pag. 277.

³⁹ Cf. BROCKLEHURST, Obra citada pag. 414.

⁴⁰ Cf. HAM, R., Y SLANE, P., Obra citada, pag. 480.

4.6. Alteraciones osteomusculares.

4.6.1. Cambios morfológicos.

La atrofia ósea concuerda con la atrofia que experimentan los demás tejidos a medida que se envejece. Se producen también alteraciones degenerativas en las articulaciones. El cartílago articular se torna opaco, más firme y amarillento y pierde elasticidad. Aparecen defectos en su superficie, sobre todo en las regiones de sustentación, y después grietas y úlceras.

La sinovia exhibe aglomeración de células inflamatorias en torno a las fisuras y hendiduras que sugiere un intento de recuperación de las articulaciones.⁴¹

4.6.2. Enfermedades más frecuentes.

- **Artrosis:** Es una enfermedad crónica, progresiva, que se manifiesta por dolor, deformidad, y limitación frecuente de la movilidad articular. Es una de las primeras causas de discapacidad en los ancianos. Presenta mayor prevalencia y gravedad en mujeres a nivel de manos, rodillas, tobillos y pies, mientras que la prevalencia de artrosis vertebral en las caderas es mayor en los varones.⁴²

En la columna vertebral, la artrosis se combina con cambios degenerativos en los discos intervertebrales. El paciente con espondilosis cervical puede quejarse de dolor local originado en las articulaciones apofisarias, dolor radicular, parestesias, endormecimiento y debilidad en los brazos, ataxia y debilidad en las piernas, síntomas de isquemia en la diáfisis cerebral, piramidismos o cualquiera de estos síntomas.⁴³

- **Artritis reumatoidea:** La rigidez matutina es una de las características prominentes. La tumefacción, dolor, posible deformidad articular y consiguiente disminución funcional son manifestaciones frecuentes. Las articulaciones más afectadas son las interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñecas, codos, rodillas, tobillos, y metatarsianos. Los síntomas extraarticulares ocurren a menudo y comprenden: nódulos reumatoides, complicaciones oculares, pleuropulmonares cardíacas y neurológicas.⁴⁴
- **Osteoporosis:** La sintomatología abarca desde ausencia de todo malestar hasta un intenso dolor que incapacita al paciente. El dolor puede ser desencadenado por un esfuerzo muscular, puede durar semanas y después desaparecer por un tiempo. En general se alivia con reposo y empeora con

⁴¹ Cf. BROCKLEHURST, Obra citada, pag. 459 y 474.

⁴² Cf. HAM, R., Y SLANE, P., Obra citada pag. 317.

⁴³ Cf. BROCKLEHURST, Obra citada, pag. 462, 464, 470, 474, 475 y 478.

⁴⁴ Cf. HAM, R., Y SLANE, P., Obra citada, pag. 321.

los movimientos. Bastan agresiones moderadas para provocar fracturas. Suele fracturarse el hueso esponjoso próximo a una articulación y no a la diáfisis.

4.7. Alteraciones neurológicas.

4.7.1. Cambios morfológicos.

Los cambios morfológicos que aparecen en la vejez, entre otros son la disminución del número de neuronas y alteración de neurotransmisores.

4.7.2. Cambios funcionales.

La mayoría de los cambios neurológicos afectan al sistema nervioso central. Pueden alterar el equilibrio, la memoria de sucesos recientes y ocasionar alguna privación sensorial, en particular la sensibilidad al calor y al frío.⁴⁵

A continuación, describiremos las patologías neurológicas que más incidencia tienen en la autonomía funcional.

- **Parkinson:** El síndrome clínico consiste en manifestaciones variables de temblor, rigidez e hipocinesia, crisis oculógiras, perturbaciones psiquiátricas y demencias.⁴⁶
- **Demencia senil:** Tres tipos de lesiones son características: La degeneración neurofibrilar, las placas seniles y la degeneración gránulo-vacuolar. Estas lesiones también se observan en el envejecimiento cerebral normal, pero su densidad y distribución son distintas.

El deterioro resulta de una degradación progresiva e irreversible de los dispositivos cerebrales que afecta la inteligencia, la atención, el juicio, la memoria y las funciones simbólicas. A parte de la presencia de una franca semiología extrapiramidal.⁴⁷

- **Hemiplejía:** Las lesiones de la vía motora principal producen una semiología bastante constante. Déficit motor: En los miembros superiores predomina el triceps braquial, en los miembros inferiores predominan los isquiotibiales. Modificación del tono y los reflejos tendinosos: La hipertonia espástica es la característica fundamental del síndrome piramidal, con marcha pseudo steppage espasmódica (de guadaña), con hiperactividad de los reflejos miotáticos, exageración de

⁴⁵ Cf. HAM R. Y SLANE P., Obra citada, pag. 340.

⁴⁶ Cf. BROCKLEHURST, Obra citada, pag. 179, 183 y 253.

los reflejos tendinosos, a veces clonus, con presencia de sincinesias globales y de coordinación.⁴⁸

4.8. Consecuencias de las alteraciones

4.8.1. Consecuencias de los medicamentos.

Las patologías, los signos y síntomas múltiples que caracterizan a la vejez, hacen que aumente la ingesta de medicamentos. Muchas drogas alteran la farmacocinética de otras que se administran al mismo tiempo, y varias producen efectos inesperados a largo plazo.

En los ancianos, especialmente las mujeres, se reduce la tolerancia a las drogas por su escasa masa corporal magra, los trastornos funcionales de los órganos y la cantidad de drogas consumidas (en el momento actual y con anterioridad).

Por esta erosión de la tolerancia, el margen de seguridad entre la dosis terapéutica y la tóxica de muchas drogas es menor que lo común. Como los mecanismos homeostáticos funcionan con menor eficacia y mayor lentitud, también se acrecienta el peligro de los efectos adversos de las drogas.

4.8.2. Accidentes y caídas.

Como consecuencia de todo lo expuesto hasta aquí, los ancianos se ven en riesgo de sufrir todo tipo de caídas y accidentes.

Los accidentes constituyen la sexta causa de muerte entre las personas de más de 75 años, y las caídas justifican más de 2/3 de estos fallecimientos. El 70% de las caídas mortales ocurren en el 11% de la población de más de 65 años. Las caídas producen más mortalidad que la neumonía y la diabetes mellitus, así como todos los accidentes combinados.⁴⁹⁵⁰

Son comunes las alteraciones en las reacciones de equilibrio, del campo de la conciencia, coordinación, cantidad y calidad de movilidad, patrón normal de marcha y mareos.

⁴⁷ Cf. CAMBIER, J., MASSON, M., DEHEN, H., Y COLS., *Manual de Neurología*, Editorial Masson S.A., España, 1990, pag. 161 y 473.

⁴⁸ Cf. CAMBIER, J., MASSON, M., DEHEN, H., Y COLS., *Obra citada*, pag. 51 a 53.

⁴⁹ Cf. HAM, R. Y SLANE, P., *Obra citada*, pag. 361.

⁵⁰ Cf. HAM, R. Y SLANE, P., *Obra citada*, pag., 364.

La biomecánica de la marcha comúnmente se altera, disminuye la base de sustentación, los pasos se hacen más lentos, su altura se reduce.⁵¹ Es más frecuente la inestabilidad al girar, se reduce la posibilidad de cambiar rápidamente de dirección ante obstáculos que se presentan.

Otra causa de caídas es la confusión. Es muy común en estos pacientes la propensión a caer de la cama. El cuadro se hace más riesgoso cuando por presencia de poliuria y nicturia deben levantarse para ir al baño.

Los factores psicológicos también se relacionan con las caídas. Muchos ancianos niegan sus limitaciones, valoran en exceso la capacidad para realizar determinadas actividades o rechazan la ayuda o los dispositivos auxiliares.⁵²

4.9. Principales factores a tener en cuenta para la autonomía funcional.

En base a las alteraciones descritas con anterioridad, el Terapeuta Ocupacional debe tener en cuenta los siguientes aspectos ambientales a fin de facilitar la autonomía funcional del geronte en un ambiente seguro.

Debido a la alteración de la visión, se debe prestar mayor importancia a las características de la iluminación y las señalizaciones. Para disminuir riesgos en los casos de alteraciones respiratorias y cardíacas, hay que prestar atención a aquellos lugares por los que circula el geronte acondicionando así escaleras y pasillos; también se abra de tener en cuenta las características del mobiliario.

Las condiciones ambientales necesarias para mejorar la seguridad del geronte en sus desplazamientos nocturnos debido a la nicturia y el insomnio son: el mobiliario, la iluminación y las superficies libres.

Es necesario contar con características adecuadas en los pisos, rampas, baños, puertas, etc. para facilitar la funcionalidad de personas con alteraciones osteoarticulares y neurológicas.

Estas características teóricas del entorno en relación a los procesos normales y patológicos inherentes al envejecimiento, serán explicitadas en la parte metodológica, a fin de fundamentar el dimensionamiento del trabajo de campo.

⁵¹ Cf. REICHEL, W., *Aspectos clínicos del envejecimiento*, Editorial El Ateneo, Bs. As., 1981, Cap. 48, pag. 463.

⁵² Cf. HAM, R Y SLANE, P., *Obra citada*, pag. 365 y 361.

PARTIE 2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

CAPÍTULO V

Estructura Metodológica



5.1. OBJETIVOS

GENERAL:

Establecer alternativas de tratamiento a partir del conocimiento de las condiciones ambientales y de las medidas terapéuticas implementadas por los Terapista Ocupacionales para favorecer la autonomía funcional en el ámbito de geriatría.

ESPECÍFICOS:

1. Sistematizar, a nivel teórico, cuáles son las principales condiciones ambientales necesarias para la autonomía funcional del geronte, y su consecuente incidencia en la calidad de vida.
2. Releva las condiciones ambientales elementales que poseen actualmente los hogares de ancianos en relación a la autonomía funcional del geronte.
3. Establecer qué conocimiento tiene el Terapista Ocupacional que trabaja en geriátricos sobre condiciones ambientales adecuadas para la autonomía funcional del geronte.
4. Conocer a través de qué medidas el Terapista aplica su conocimiento sobre condiciones ambientales necesarias para la autonomía funcional del geronte.
5. Elencar y fundamentar medidas a tener presentes por el Terapista Ocupacional en miras a mejorar las condiciones ambientales.

5.2. PROBLEMA

El punto de partida para alcanzar nuestros objetivos es la lectura de la situación real entorno al quehacer de los Terapistas Ocupacionales en esta problemática. Por este motivo hemos circunscripto el problema a:

Qué relación existe entre los conocimientos de los Terapistas Ocupacionales sobre las condiciones ambientales necesarias para la autonomía funcional del geronte, y la importancia otorgada a dichas condiciones ambientales en la planificación del tratamiento.

En base a los datos relevados en el trabajo de campo propondremos las alternativas de tratamiento al respecto.

5.3. DEFINICIONES

Definiciones científicas:

Entendemos por ***importancia otorgada por el Terapeuta Ocupacional a las condiciones ambientales en la planificación del tratamiento del geronte***, a la relevancia dada por el profesional a uno o varios aspectos, dentro de la organización de un plan, tendiente a cumplir objetivos para favorecer la calidad de vida del paciente en relación a las condiciones ambientales.

Tratamiento del geronte: Bajo este concepto se engloban todas las intervenciones terapéuticas tendientes a mejorar la calidad de vida del paciente.

En el área de Terapia Ocupacional, estas pueden focalizarse directamente en el paciente (actividades recreativas, ejercicios terapéuticos grupales o individuales) o indirectamente en aquellos medios con los cuales está en contacto el geronte. De este último tipo son las modificaciones ambientales.

Entendemos por ***conocimiento que posee el Terapeuta Ocupacional sobre condiciones ambientales adecuadas para la autonomía funcional en instituciones geriátricas***, al grado de información del profesional sobre las propiedades que deben caracterizar al ambiente físico en los establecimientos que albergan en forma estable a personas mayores de 60 años de edad, sin patología neuropsiquiátrica asociada. Estas condiciones ambientales contribuyen a que el geronte realice sin ayuda tareas en forma cotidiana.

Definiciones operacionales:

La importancia otorgada por el Terapeuta Ocupacional a las condiciones ambientales en la planificación del tratamiento del geronte, se evidencia en la cantidad de medidas tendientes a optimizar el ambiente físico de la institución geriátrica. Se traduce en conductas que en forma directa el Terapeuta toma o en forma indirecta propone, a fin de lograr características adecuadas para la autonomía del geronte en:

- Baños.
- Habitaciones.
- Comedor.
- Iluminación.
- Pasillos.

- Escaleras.
- Rampas.
- Señalizaciones.

En caso que las medidas adoptadas sean indirectas no se tendrá en cuenta su concretización, ya que al ser pedidos o indicaciones, puede escapar al Terapeuta su realización. A los fines operativos de este trabajo se tomarán en cuenta tanto las medidas directas como las indirectas.

El conocimiento sobre condiciones ambientales para la autonomía funcional son los datos que posee el Terapeuta Ocupacional sobre la combinación de atributos -en forma correcta en calidad y cantidad- que debe poseer el ambiente físico, el cual comprende el local (baño, habitación, comedor, pasillos, escaleras y rampas) y el mobiliario (artefactos de iluminación, señalizaciones) para facilitar la adecuada ejecución de acciones diarias.

5.4. DIMENSIONAMIENTO

5.4.1. Fundamentación del dimensionamiento

A continuación se detallan los atributos que debe poseer el ambiente físico para facilitar la autonomía funcional del geronte y que el Terapeuta Ocupacional debe conocer para poder realizar su plan de tratamiento.

Iluminación.

Uno de los factores del proceso de envejecimiento -como se señaló en el capítulo 4- es la alteración de la visión en diferentes aspectos, lo que trae aparejada la necesidad de una buena iluminación natural y artificial.

La cantidad y calidad de la luz tienen gran influencia sobre la independencia funcional, pues aumentan todas las cualidades visuales: agudeza, rapidez de acomodación y continuidad de la visión.

Una iluminación con distribución uniforme, aumenta en proporciones muy notables la rapidez y precisión de la tarea, disminuye la fatiga, evita el desgaste de la vista y ahorra numerosos accidentes.

Las cualidades de un buen alumbrado son:

- **Suficiente nivel de iluminación:** calidad de luz que reciben los objetos. Para lograrlo es necesario contar con lámparas de no menos de 60 watts.
- **Distribución y constancia:** la luz que proviene de gran número de fuentes estables debe estar repartida, para crear, según la expresión de los especialistas, "un baño de luz".
- **Atenuación de sombras:** evitar contrastes violentos, pero sin suprimirlos completamente, a fin de conservar la impresión de relieve.
- **Ausencia de deslumbramiento:** el deslumbramiento perturba la vista, provoca importante fatiga nerviosa y una gran laxitud general. Para evitarlo, las lámparas deben hallarse a la altura máxima posible, fijas en la pared y/o techo y disimuladas a la visión directa.⁵³

En las zonas claves debe haber iluminación tenue durante toda la noche, a fin de permitir una óptima visualización de objetos si el geronte se levanta sin supervisión. Es frecuente que esto suceda debido a la nicturia del anciano según lo expresado en el capítulo 4.

Los interruptores deben tener luz, ser de fácil localización, y estar próximos a las vías de acceso y camas.

Pisos.

Debido a las características mencionadas de la marcha y la propensión a caídas (ver Accidentes y caídas) se deben eliminar los umbrales, mantener pisos planos, en buen estado y antideslizantes.

Mobiliario.

Detalles de decoración.

Para los casos de disminución o pérdida total de la visión, es importante que la distribución de los muebles no sea cambiante, a fin de facilitar la orientación de estos pacientes y disminuir el riesgo de caídas. Es aconsejable también, la eliminación de obstáculos o detalles de decoración que perturben la libre circulación. Las medidas preventivas son: eliminar las alfombras que se deslizan, eliminar obstáculos de baja altura (macetas, mesitas ratonas y felpudos), simplificando al mismo tiempo la disposición de los objetos en el piso.⁵⁴

⁵³ Cf. BENIELLI, J., *Práctica de la simplificación del trabajo*, Cap. 2, pag. 36.

Armarios y alacenas.

Al ir disminuyendo la amplitud articular del anciano se van restringiendo las zonas de ejecución de las diferentes tareas. El tener que inclinarse e incorporarse frecuentemente implica un movimiento de la columna vertebral que aumenta las posibilidades de pinzamiento discal.

También es común en los ancianos que el movimiento de extensión de cuello comprima arterias vertebrales, lo que produce falta de irrigación sanguínea a nivel encefálico, ocasionando mareos.

Si la disminución de la amplitud articular es importante en los miembros superiores y columna, es necesario que la ubicación de los objetos en armarios y alacenas no sobrepase el área media (zona curva que corresponde a un arco de circunferencia cuyo centro es el codo en sentido vertical u horizontal).

Los armarios y alacenas deben organizarse de modo que puedan usarlos personas de alcance limitado o con problemas para agacharse. Los objetos que se usan con frecuencia no deben colocarse en estantes más bajos que las rodillas ni más altos que los hombros; se deben evitar actividades que impliquen mirar hacia arriba con los brazos por encima de la línea de los hombros.⁵⁵

Mesas, sillas, sillones y camas.

El anciano permanece por períodos prolongados sentado. Si esta situación no se puede revertir, lo mínimo que se le debe brindar es un mobiliario adecuado, que le permita tener una alineación corporal correcta y evitar así la aparición de deformidades y/o escaras, así también como el agravamiento de enfermedades existentes, como por ejemplo, respiratorias y cardiovasculares.

Para el diseñador tiene gran importancia la localización de las superficies donde apoyar espalda, brazos y cabeza, al igual que su tamaño y forma, puesto que estos son los elementos que actúan como estabilizadores. Si el asiento no proporciona el equilibrio suficiente, corre por cuenta del usuario el mantenerlo, asumiendo diferentes posturas, acción que requiere un consumo adicional de energía, por el esfuerzo muscular, y mayor incomodidad. Como consecuencia de una postura incorrecta puede producirse también dorsolumbalgia.⁵⁶

La postura correcta debe tener presente la necesidad de distribuir el peso en forma equitativa hacia ambos lados, e igualmente debe respetar las curvaturas normales de la columna vertebral, sobre todo la angulación anteroposterior.⁵⁷

⁵⁴ Cf. HAM, R. Y SLANE, P., *Obra citada*, pag. 373.

⁵⁵ Cf. HAM, R Y SLANE, P., *Obra citada*, pag. 336

⁵⁶ Cf. PANERO J. Y ZELNIK M., *Obra citada*, pag. 59

⁵⁷ Cf. CREDAL-U.A.AL.C.NR.S., *Tecnología y trabajo. Informe final del segundo seminario multidisciplinario sobre condiciones y medio ambiente de trabajo*, Editorial Humanitas, Bs. As., 1988, pag. 73 y 74.

Las sillas y sillones deben ser estables y contar con respaldos, tener una altura de 50 cm, para facilitar el sentarse e incorporarse, funciones disminuidas por la dismovilidad del anciano. Las caderas, rodillas y tobillos deben posicionarse a 90 grados y evitar así la aparición de desequilibrios musculares, con las mialgias y artralgias consecuentes.

La superficie del asiento demasiado alta se traduce en una compresión de los muslos e irregularidades en el riego sanguíneo. Si es demasiado baja, se traduce en una extensión de las piernas hacia adelante, privándolas de toda estabilidad. Además el movimiento del cuerpo hacia adelante producirá un desplazamiento de la espalda, quedando el usuario sin apoyo lumbar.

Si la profundidad del asiento es excesiva, el borde o arista frontal del asiento, comprimirá la zona posterior de las rodillas, y entorpecerá el riego sanguíneo a piernas y pies. La opresión del tejido de la vestimenta ocasionará irritación cutánea y molestias.

Otro gran peligro es la formación de coágulos de sangre o tromboflebitis cuando el anciano no cambia de postura. Para paliar el malestar en las piernas, el geronte desplazará las nalgas hacia adelante, con lo que la espalda queda falta de apoyo, se aminora la estabilidad corporal, y se incrementa el esfuerzo muscular. El resultado final es el cansancio, incomodidad y dolor de espalda.⁵⁸

Las mesas también deben ser estables y contar con una altura de 80cm., para que la relación ergonómica con la silla sea funcional.

Se debe utilizar una cama estable, de 80 cm. de ancho -para permitir un rolado cómodo y seguro- y de 50 cm. de alto, para que al bajar los pies la persona anciana, cuando se sienta al borde de la cama, pueda alcanzar el piso de manera cómoda.

Artefactos sanitarios.

La altura standard de la taza del inodoro (alrededor de 40 cm.) suele constituir un problema pues resulta demasiado baja. Elevando el asiento unos 15cm., se consigue un mejor apoyo para volver a levantarse. Esto se logra utilizando un asiento desmontable que se acopla a la taza, o fijando asientos permanentes a la instalación.⁵⁹

La altura del lavatorio debe ser de 80 cm. a fin de permitir una cómoda utilización por aquellas personas que se encuentran en sillas de ruedas. Por esto mismo es conveniente que el espacio debajo del artefacto quede libre, así como que el espejo sea amplio, bajo y/o esté angulado.

⁵⁸ Cf. PANERO J. Y ZELNIK M. Obra citada, pag. 63.

La ducha debe carecer de borde, y poseer jabonera adosada a la pared a una altura de 90 cm. del piso. Es preciso que tenga un asiento fijo que permita mayor estabilidad y libertad de movimientos al bañarse.

Se recomienda la instalación de canillas de palanca, ya que son las de más fácil manipulación.

Todos los artefactos deben contar con barras fijas, seguras, de hierro, de 2,5 cm. de diámetro, y antideslizantes que constituyan un punto fijo de sostén para los ancianos con escasa estabilidad y para facilitar los pasajes de y a la silla de ruedas.

La superficie libre para permitir el giro de la silla de ruedas no debe ser menor de 1,50 m².

Señalizaciones.

Con el fin de favorecer una mejor orientación e identificación de sectores es necesario contar con señalizaciones lo suficientemente claras para ser interpretadas por todos, con palabras y dibujos. Para los pacientes con pérdidas extremas de la visión, deben tener relieve .

Rampas y ascensores.

Cuando la limitación articular afecta predominantemente los miembros inferiores, es necesario contar con rampas y ascensores que suplan las escaleras, debido a que al disminuir el rango de movimiento, no se cuenta con la amplitud suficiente para sortear obstáculos a nivel del piso. Se convierte así, un obstáculo pequeño en un factor de riesgo importante que puede ocasionar caídas.

Además, la presencia de escaleras y desniveles impide que las personas con desplazamiento asistido (muletas, trípodes, andadores, sillas de ruedas y otros) accedan a lugares importantes para su autonomía funcional.

Las rampas para ser seguras y funcionales, deberán tener una inclinación de 1/12 altura/longitud, un ancho mínimo de 90 cm., poseer pasamanos, y una zona plana a lo alto para que la silla de ruedas pueda detenerse.⁶⁰

Para que el anciano siga manteniendo contacto con el ámbito extrainstitucional, es indispensable tener en cuenta en las condiciones ambientales

⁵⁹ Cf. HALE, G., Y COLS., *Manual para minusválidos*, H. Blume editores, Madrid, 1980., pag. 104.

⁶⁰ Cf. HALE, G. Y COLS., *Obra citada*, pág. 82.

las características del entorno comunicacional, que deberá cumplir los aspectos físicos adecuados, para posibilitar un fácil y autónomo desplazamiento del anciano.

El acceso al edificio será óptimo cuando esté a nivel del piso. En su defecto deberá tener rampas .

Zonas de circulación.

En todos los espacios de común acceso de los ancianos se deberá contar con una superficie libre de 1,50 m².⁶¹ para que pueda girar una silla de ruedas.

Se deben colocar en los lugares de mayor circulación barandillas cilíndricas a 4-5 cm. de la pared como mínimo, a ambos lados, antideslizantes, a una altura de 80 a 90 Cm., con un grosor de 3,8 cm. a 5cm. de diámetro, para facilitar la toma.⁶²

Escaleras.

Las caídas suelen ocurrir en los dormitorios, sala de estar, baños o escaleras. Cuando la caída ocurre en la escalera suele ser al bajar, debido, a que en la mayor parte de los casos se omite el último escalón o grupo de escalones, por la creencia errónea de que ya se había llegado al final. El primer y último escalón deben estar pintados con colores especiales; las narices deben estar pintadas con un color brillante que sea fácil de observar.

También contribuye a las caídas la deficiente visibilidad debido a la iluminación inadecuada. Además de contar con una buena iluminación, se debe disponer de interruptores en ambos arranques.

Estructuralmente la escalera, para ser funcionalmente adecuada debe tener un ancho mínimo de 1,10 mts., ser estable y antideslizante, poseer a ambos lados una barandilla independiente de un tamaño ergonómicamente adecuado (ver Zonas de Circulación). La altura de los escalones debe tener un máximo de 15 cm. Cada 7 escalones debe haber un descanso recto y suficientemente ancho. Tanto en el arranque superior como inferior debe tener puerta de seguridad.⁶³

⁶¹ Cf. HALE, G., Y COLS., Obra citada, pag 84.

⁶² Cf. REICHEL, W., Obra citada, pag. 404.

⁶³ Cf. REICHEL, W., Obra citada, pag. 463.

Puertas.

Es muy frecuente que el anciano necesite dispositivos especiales para deambular. A pesar de esto es importante que siga conservando su autonomía funcional y que el ambiente no restrinja su movilidad.

Para permitir el paso de una silla de ruedas o una persona con muleta u otro accesorio para caminar, las puertas deben tener una anchura no menor a 75 cm. Ésto se determina midiendo la distancia desde el interior del marco hasta el punto en que la puerta encaja en el lado del marco en que tiene las bisagras. En el baño la abertura será hacia afuera con un ancho mínimo de 80 cm., o 90 cm., ya que en este caso el espacio interior es menor.

Estos aspectos son tenidos en cuenta para la elaboración de los indicadores

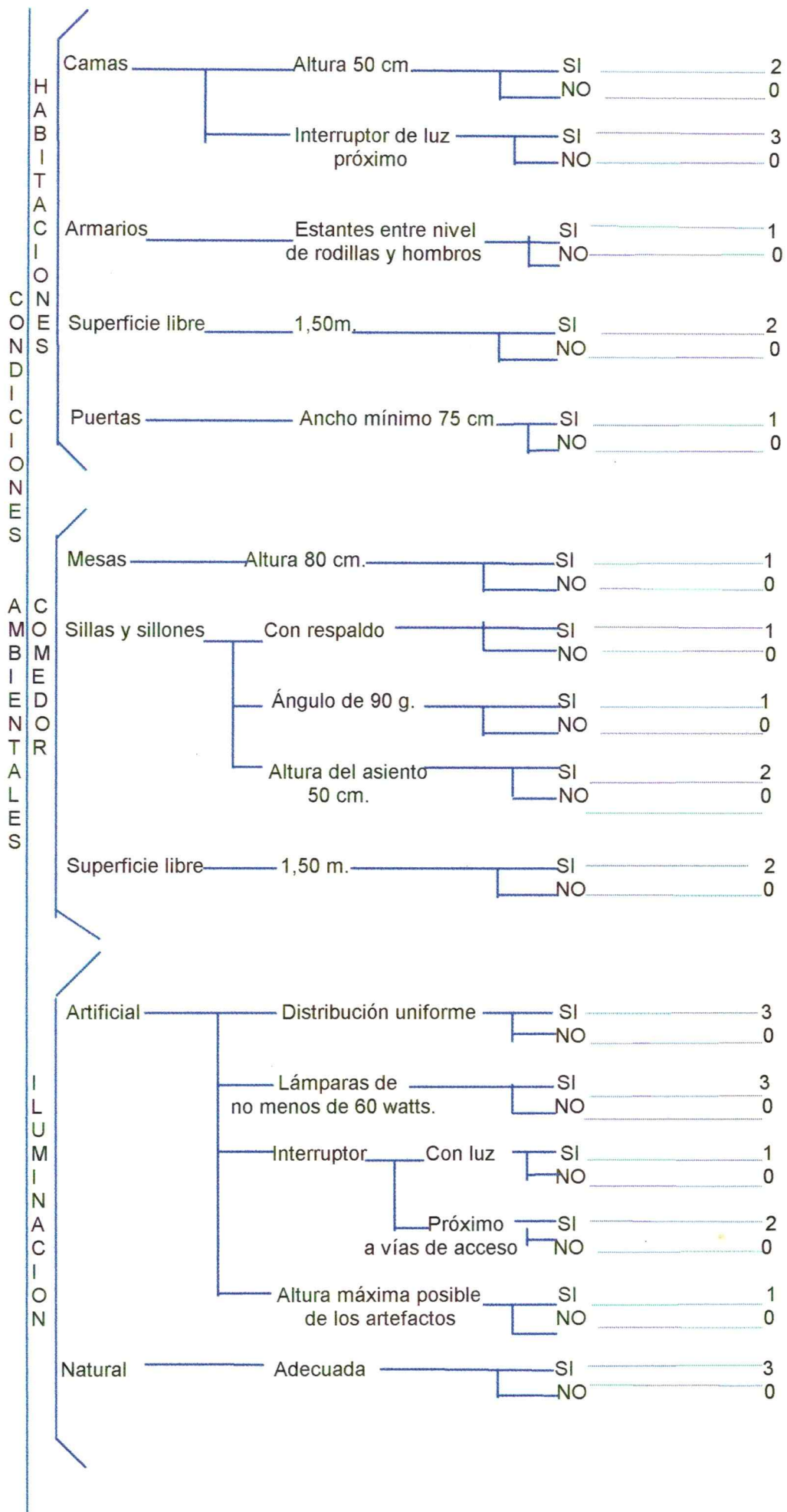
5.4.2. Dimensionamiento propiamente dicho

Tanto la variable ***conocimiento sobre condiciones ambientales para la autonomía funcional del geronte*** (que se operacionaliza en los datos que poseen los Terapistas), como la variable ***importancia otorgada por el Terapeuta Ocupacional a las condiciones ambientales en la planificación del tratamiento del geronte*** (que se operacionaliza en acciones) se basan en las **condiciones ambientales necesarias para la autonomía funcional**; por eso en ambos casos los indicadores que se detallan en el cuadro se refieren a estas últimas.

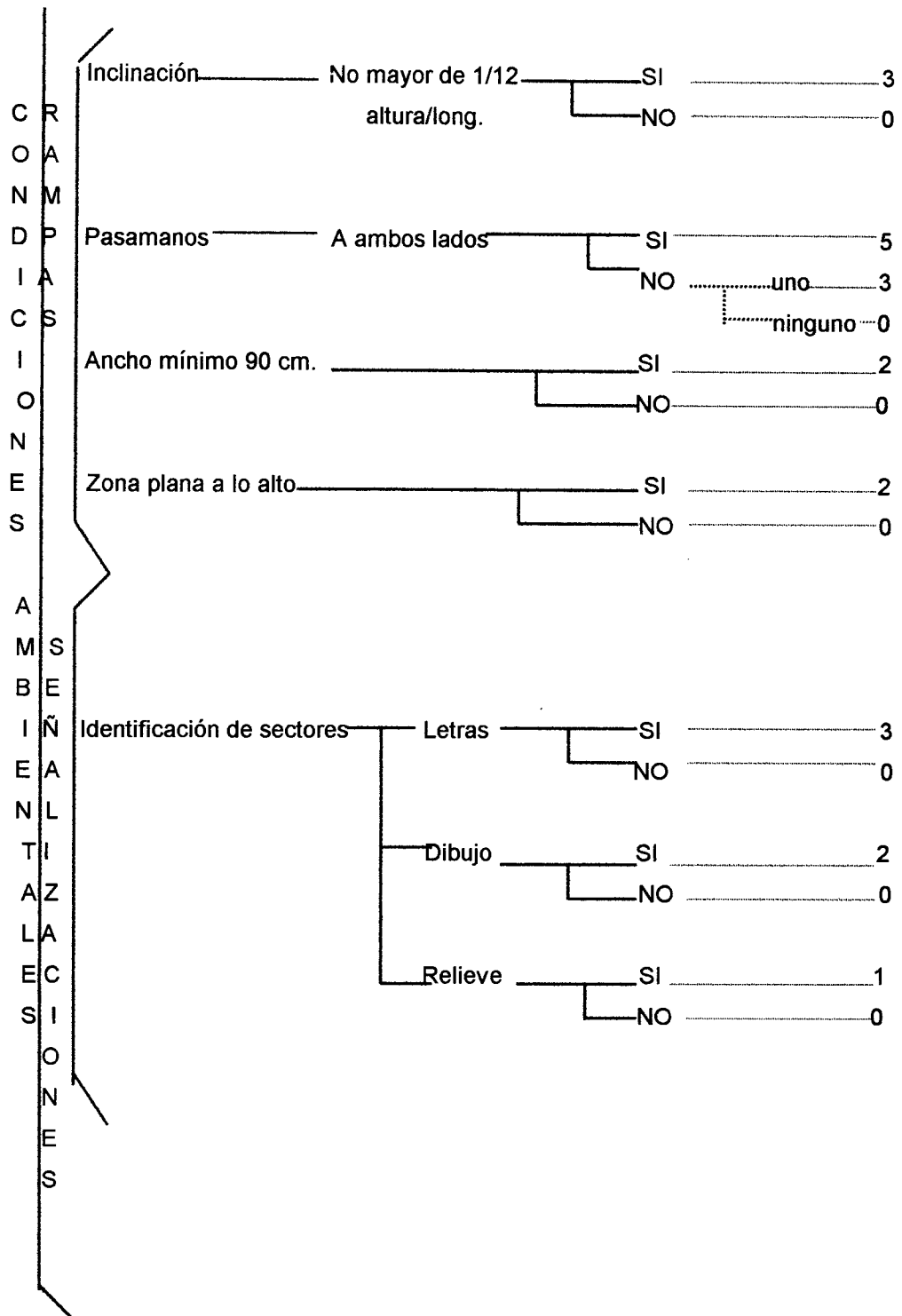
CONDICIONES AMBIENTALES

BAÑO

Altura del inodoro	50 cm.	SI	2
		NO	0
Ducha	Sin borde	SI	1
		NO	0
	Asiento p/ ducha	SI	3
		NO	0
	Jabonera en pared a 90 cm.	SI	1
		NO	0
Lavatorio	Altura a 80 cm. del piso	SI	1
		NO	0
	Espacio libre debajo del artefacto	SI	2
		NO	0
Canillas	De palanca	SI	1
		NO	0
Espejos	En ángulo, o suf. amplio	SI	1
		NO	0
Agarraderas laterales	Fijas	SI	5
		NO	0
	Antideslizantes	SI	2
		NO	0
	De hierro	SI	1
		NO	0
	Grosor 2,5 cm.	SI	1
		NO	0
	En todos los artefactos	SI	5
		NO	En 2 o 3
En 1			1
En ninguno			0
Piso	Antideslizante	SI	4
		NO	0
Superficie libre	1,50 m2	SI	2
		NO	0
Puerta	Abertura hacia afuera o más de 90 cm.	SI	2
		NO	0



P A S I L L O S	C O N D I C I O N E S	E S C A L E R A S	A M B I E N T A L E S	Pasamanos	A ambos lados	SI	5
						NO	3
						uno	3
						ninguno	0
				Distancia de la pared de 4 a 5 cm.	SI	1	
					NO	0	
				Distancia del piso e/ 80 cm. y 90 cm.	SI	2	
					NO	0	
				Grosor 3,8 a 5 cm.	SI	1	
					NO	0	
			Ancho	1,50 m.	SI	2	
					NO	0	
			Ancho mín.	1,10 m.	SI	1	
					NO	0	
			Altura escalones	Menos de 15 cm.	SI	2	
					NO	0	
			Tramo recto	Hasta 7 escalones	SI	2	
					NO	0	
			Narices evidenciadas		SI	1	
					NO	0	
			Puerta seguridad	Arranque superior	SI	1	
					NO	0	
				Arranque inferior	SI	1	
					NO	0	
			Interruptor de luz	Arranque superior	SI	2	
					NO	0	
				Arranque inferior	SI	2	
					NO	0	
			Pasamanos	A ambos lados	SI	5	
						NO	3
						uno	3
					Ninguno	0	
			Escalones antideslizantes		SI	4	
					NO	0	
			Primer y último escalón de otro color	SI	1		
					NO	0	



Los indicadores del cuadro ya están indizados. Dicha ponderación es utilizada para la variable **conocimiento sobre condiciones ambientales**.

5.5. INDICADORES, ÍNDICES Y ESCALAS

Se circunscribieron los indicadores en función de los lugares a los que concurre el anciano con mayor asiduidad, tales como baño, habitación, comedor, lugares de paso como pasillos, escaleras y rampas, señalizaciones e iluminación. Dentro de cada uno de estos ítems, a fin de acotar la investigación, se priorizaron aquellos aspectos de mayor relevancia, utilizando como criterio la frecuencia de uso y la posibilidad de riesgo en la autonomía funcional del geronte.

Los índices de la variable **conocimiento sobre condiciones ambientales**, fueron ponderados en base a su incidencia en la autonomía funcional, en valores de 0 a 5, sumando un total de 115 puntos.

Valores otorgados a los diferentes indicadores

5 puntos:

- agarraderas laterales fijas
- agarraderas en todos los artefactos del baño
- pasamanos a ambos lados del pasillo
- pasamanos a ambos lados de las rampas

Se tomaron aquellos aspectos que son fundamentales para la autonomía funcional y por lo tanto siempre deben estar presentes en todas las instituciones geriátricas, pues su carencia provoca una situación de riesgo inminente. Son elementos universalmente necesarios para la población en estudio.

4 puntos:

- piso antideslizante
- escalones antideslizantes

Estos aspectos influyen en la seguridad de los libres desplazamientos del geronte.

3 puntos:

- asiento para ducha
- interruptor de luz próximo a las camas
- distribución uniforme de la luz artificial
- lámparas de no menos de 60 watts
- iluminación natural adecuada
- inclinación no mayor 1/12 alt./long. de las rampas
- identificación de sectores con letras

Estos factores tienen importante influencia sobre la autonomía funcional del geronte, pero no todos los ancianos institucionalizados requerirán necesariamente de estas condiciones.

2 puntos:

- altura del inodoro
- espacio libre debajo del lavatorio
- agarraderas laterales antideslizantes
- superficie libre 1,5m²
- puerta del baño con abertura hacia afuera o más de 90 cm.
- altura de sillas y sillones: 50 cm.
- interruptor próximo a vías de acceso
- pasamanos ubicados entre 80 y 90 cm. de altura
- altura de escalones: no menos de 15 cm.
- tramo recto de las escaleras hasta siete escalones
- interruptor de luz en las escaleras en arranque superior e inferior
- ancho mínimo de las rampas 90 cm.
- zona plano a lo alto de las rampas
- identificación de sectores con dibujo

Se incluyen en este apartado características de elementos y sectores importantes para facilitar el desempeño funcional de los gerontes.

1 punto:

- ducha sin borde
- jabonera en pared a 90 cm.
- altura del lavatorio a 80cm. del piso
- canillas de palancas
- espejo en ángulo
- agarraderas laterales de hierro
- grosor de agarraderas laterales 2,5 cm.
- estantes entre nivel de rodillas y hombros
- puertas de las habitaciones ancho mínimo 75 cm.
- altura de las mesas 80cm.
- sillas y sillones con respaldo
- sillas y sillones en ángulo de 90 grados
- interruptor con luz
- altura máxima posible de los artefactos de luz
- pasamanos a una distancia de la pared mínimo 5 cm.
- grosor de pasamanos 3,8 a 5 cm.
- ancho mínimo de las escaleras 1,10m.

escaleras con narices evidenciadas
 puerta de seguridad en arranque superior e inferior de escalera
 primer y último escalón de las escaleras pintados de otro color
 identificación de sectores con señalizaciones en relieve

A estas se le otorga un puntaje bajo debido a que enriquecen la calidad de vida, pero su ausencia no entorpece necesariamente la autonomía funcional.

En base a los indicadores detallados previamente, se clasificó el **conocimiento** que poseen los Terapistas en:

<i>Insuficiente</i>	0 a 29 puntos. (0 a 25 %)
<i>Escaso</i>	30 a 58 puntos. (26 a 50%)
<i>Suficiente</i>	59 a 86 puntos. (51 a 75%)
<i>Óptimo</i>	87 a 115 puntos. (76 a 100%)

Para la variable **importancia otorgada a las condiciones ambientales**, se realizó la siguiente clasificación, correspondiente a las medidas pasibles de ser tomadas por los Terapistas Ocupacionales en el geriátrico en el cual se desempeñan. A fin de poder establecer esta categorización, se evaluó previamente el estado de cada geriátrico.

Se clasificó **medidas adoptadas por los Terapistas** en:

Insuficientes	0 a 25%	de las pasibles de ser tomadas.
Escasas	26 a 50%	
Suficientes	51 a 75%	
Óptimas	76 a 100%	

5.6. DISEÑO

El diseño elegido para esta investigación es de tipo exploratorio seccional descriptivo, debido a que estudia el conocimiento que poseen las Terapistas Ocupacionales en un momento dado. El trabajo se basa en la observación de los objetos de investigación tal como existen en la realidad, sin intervenir en ellos ni manipularlos.⁶⁴

Las técnicas de recolección de datos son la entrevista a las Terapistas que trabajan en el ámbito de geriatría y la observación directa de las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata, lo que nos permite detectar a la vez diferentes variables en el grupo estudiado, aplicar análisis estadísticos para hallar relaciones entre ellas y plantear distintas hipótesis para futuras investigaciones.

5.7. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de estudio son las Terapistas Ocupacionales que trabajan en instituciones geriátricas en la ciudad de Mar del Plata. Los criterios de exclusión tenidos en cuenta para determinar la muestra fueron: que la institución en la que trabaja el profesional no sea gerontopsiquiátrica, que el profesional no haya intervenido en el asesoramiento de la tesis.

Bajo estos dos supuestos, el total de la muestra coincide con el total del universo.

De las instituciones geriátricas a las que se concurrió, dos no fueron consignadas debido a que no se nos permitió el ingreso a las mismas. Esto da un total de 51 geriátricos.

5.8. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para recolectar los datos referidos a las condiciones ambientales en los geriátricos se realizó observación directa de cada una de las instituciones, completando una planilla estructurada en base a los indicadores descriptos con anterioridad (ver anexo, cuadro número 1).

A fin de determinar el conocimiento que poseen las Terapistas Ocupacionales se realizó una entrevista con las siguientes preguntas:

1- Considera que las condiciones ambientales son un factor: muy determinante, determinante o poco determinante en la autonomía funcional del geronte? Por qué?

2- Qué características a su criterio debe tener: 2a) el baño

2b) las habitaciones

2c) el comedor, etc., para

adecuarse al perfil clínico del geronte?

3- Ha detectado algún tipo de falencia en este aspecto en el geriátrico en el que ejerce su profesión?

4- Ha realizado intervenciones con respecto a esto en el geriátrico?

Sí Mencione

No Por qué?

La primera parte de la entrevista (preguntas 1 y 2) permitió indagar el conocimiento teórico sobre las condiciones ambientales necesarias para la autonomía funcional del geronte. La segunda parte (pregunta 3) sirvió para relevar el conocimiento empírico, es decir, la identificación de características ambientales del lugar donde se desempeña el Terapeuta. La tercera y última parte posibilitó determinar la importancia real que los Terapeutas Ocupacionales otorgan a las condiciones ambientales a través de las medidas tomadas (ver en anexo el modelo de planillas utilizadas para la tabulación).

Los datos arrojados por la entrevista se volcaron en dos planillas estructuradas, una para conocimientos y otra para medidas implementadas (ver anexo, cuadros número 2 y número 3).

Se transcribió la entrevista con los fines de facilitar la lectura y comprobar cómo fueron recabados los datos.

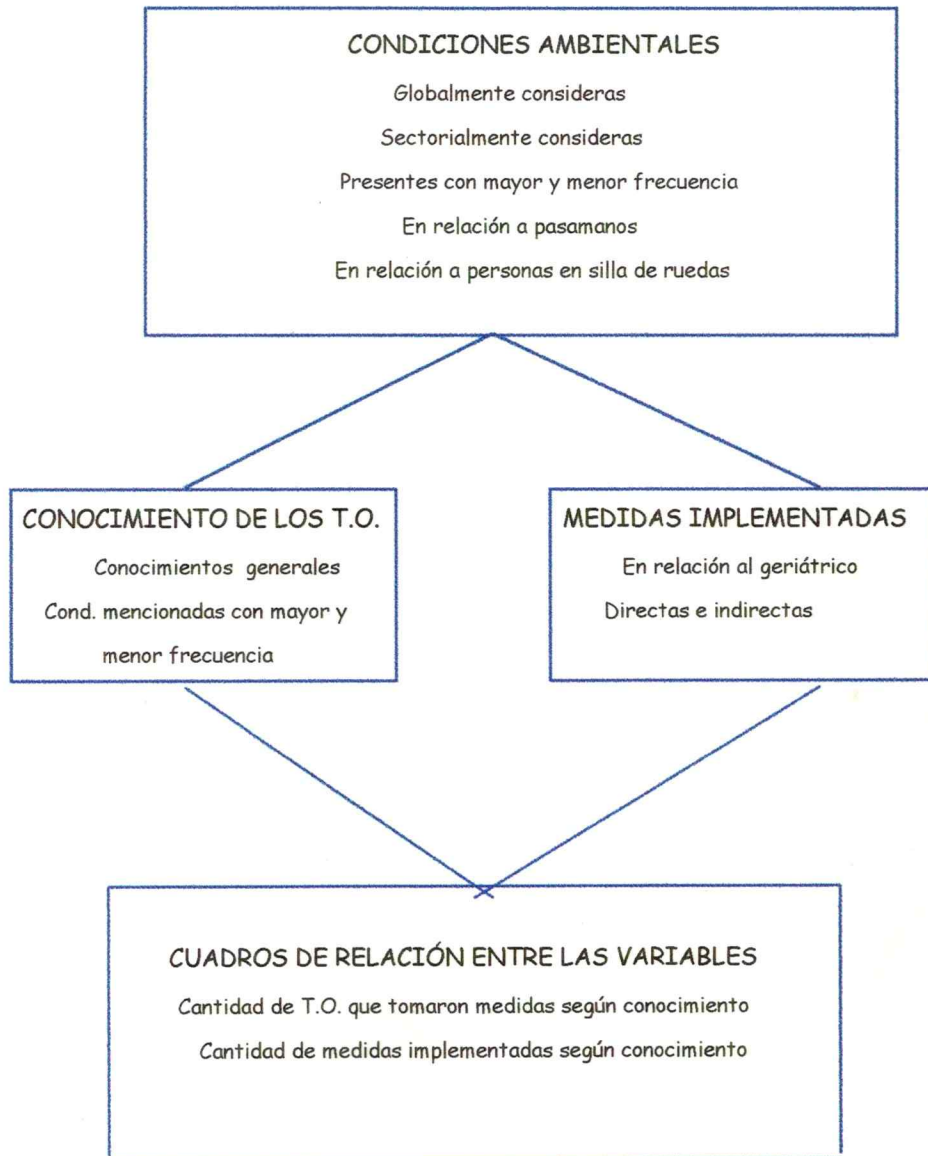
⁶⁴Cf. SAMAJA, J., *Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*, Editorial La Prensa Médica Argentina, Bs. As., 1993.

CAPÍTULO VI

Presentación, análisis e interpretación de los datos



A continuación se realizara un diagrama de la organización de los cuadros estadísticos, a fin de facilitar su lectura:



6.1. CUADROS CORRESPONDIENTES A CONDICIONES AMBIENTALES

En base a los índices ponderados, se realizó la siguiente clasificación de las condiciones ambientales de las distintas instituciones geriátricas:

Se consideraron condiciones ambientales

Suficientes cuando sumaron entre 81 y 115 puntos.

Escasas entre 36 y 80 puntos.

Insuficientes entre 0 y 35 puntos.

Condiciones ambientales en los geriátricos, globalmente considerados

Tabla 1: Condiciones ambientales en instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata, según su contribución a la autonomía funcional del geronte. 1997.

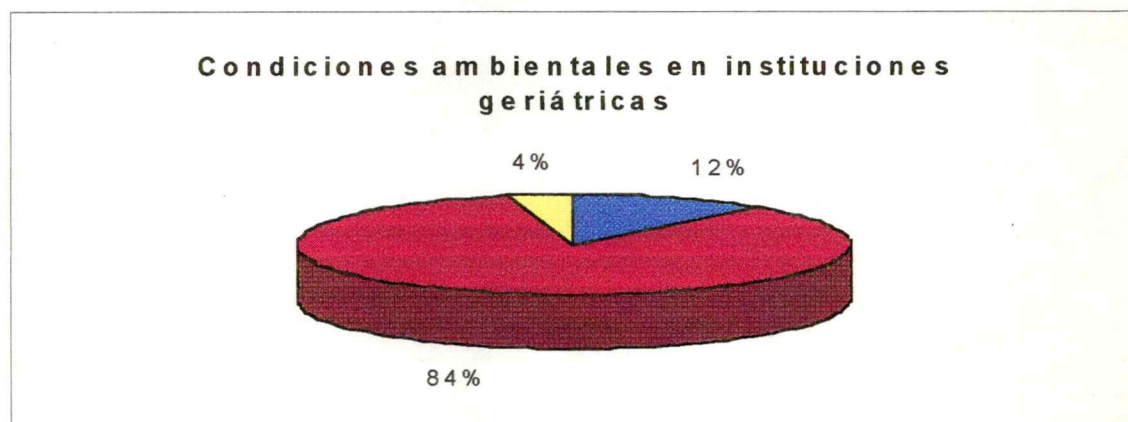
CONDICIONES AMBIENTALES	NÚMERO	PORCENTAJE
SUFICIENTES	6	11,76
ESCASAS	43	84,31
INSUFICIENTES	2	3,93
TOTAL	51	100

Fuente: Propia. Relevo de datos realizado de febrero a abril de 1997.

Se desprende de los datos presentados que la mayoría de las instituciones geriátricas (casi el 90 %) no brindan desde lo ambiental los elementos necesarios para favorecer la autonomía funcional de los gerontes.

Dos de los cincuenta y un geriátricos poseen condiciones ambientales insuficientes para garantizar la independencia de los gerontes que en ellos residen. Esto implica deficiencias graves en relación a la seguridad e integridad física del anciano.

Sin embargo, algunos geriátricos, casi el 12 %, poseen condiciones ambientales suficientes, lo que demuestra que es posible ofrecer un servicio que favorezca la autonomía funcional del anciano.



- Suficientes
- Escasas
- Insuficientes

Condiciones ambientales de los geriátricos, sectorialmente considerados

Tabla 2: Condiciones ambientales en los baños de las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata, según su contribución a la autonomía funcional del geronte. 1997.

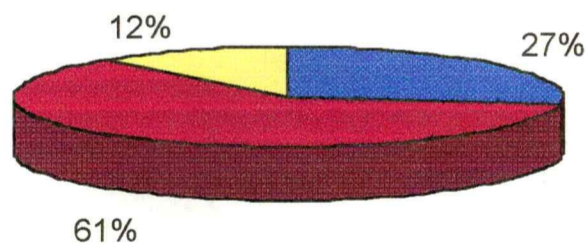
CONDICIONES AMBIENTALES EN BAÑOS	GERIÁTRICOS	
	NUMERO	PORCENTAJE
SUFICIENTES	14	27,45
ESCASAS	31	60,79
INSUFICIENTES	6	11,76
TOTAL	51	100

Fuente: Propia. Relevó de datos realizado entre los meses de febrero y abril de 1997.

Se desprende del cuadro, que solamente el 27 % de los geriátricos cuenta con las condiciones ambientales suficientes, no solo para garantizar la independencia del anciano sino también su seguridad.

Por ser el baño uno de los lugares donde ocurren la mayoría de los accidentes, debería ser uno de los sectores al que se le preste mayor atención.

Condiciones ambientales en los baños de las instituciones geriátricas



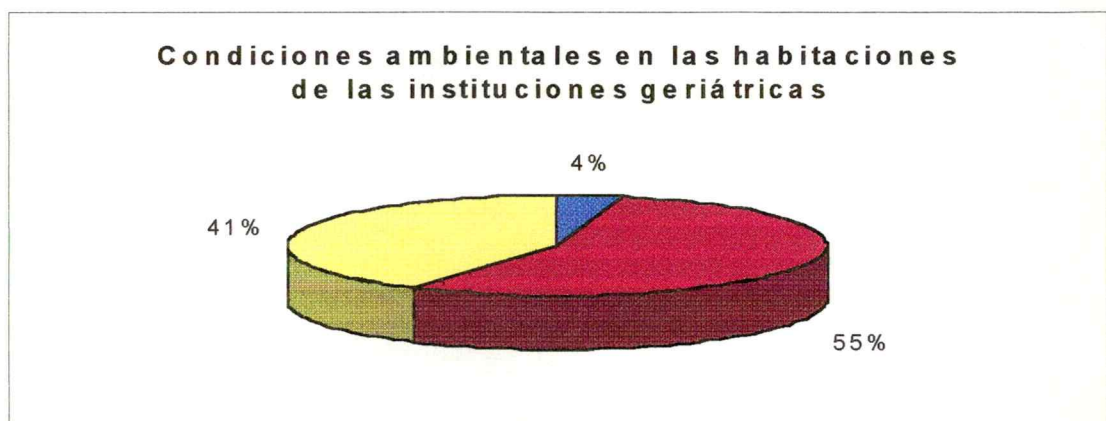
- Suficientes
- Escasas
- Insuficientes

Tabla 3: Condiciones ambientales en las habitaciones de las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata, según su contribución a la autonomía funcional del geronte. 1997.

CONDICIONES AMBIENTALES EN HABITACIONES	GERIÁTRICOS	
	NUMERO	PORCENTAJE
<i>SUFICIENTES</i>	2	3,92
<i>ESCASAS</i>	28	54,9
<i>INSUFICIENTES</i>	21	41,18
TOTAL	51	100

Fuente: Propia. Relevó de datos realizado entre los meses de febrero y marzo de 1997.

Se registra una grave deficiencia en este sector, ya que solamente un 4 % posee las condiciones necesarias, y más del 40 % no posee condiciones mínimas. Las habitaciones, como se mencionó en el marco teórico, deben proveer comodidad y seguridad, así como garantizar la independencia del geronte en todas las actividades que ahí pueda realizar.



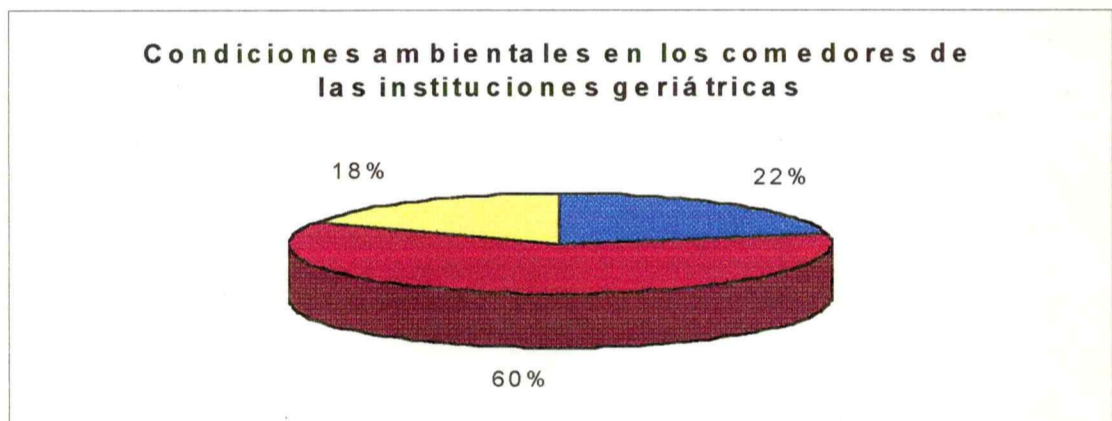
- Suficientes
- Escasas
- Insuficientes

Tabla 4: Condiciones ambientales en los comedores de las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del plata, según su contribución a la autonomía funcional del geronte. 1997.

CONDICIONES AMBIENTALES EN COMEDOR	GERIÁTRICOS	
	NÚMERO	PORCENTAJE
SUFICIENTES	11	21,57
ESCASAS	31	60,78
INSUFICIENTES	9	17,65
TOTAL	51	100

Fuente: Propia. Relevo de datos realizado entre los meses de febrero y abril de 1997.

Sólo un 22% de instituciones geriátricas garantizan la presencia de condiciones ergonómicas para prevenir posibles enfermedades y atenuar las existentes (ver Fundamentación del dimensionamiento), aún cuando el comedor es el lugar donde permanecen con mayor frecuencia los ancianos.



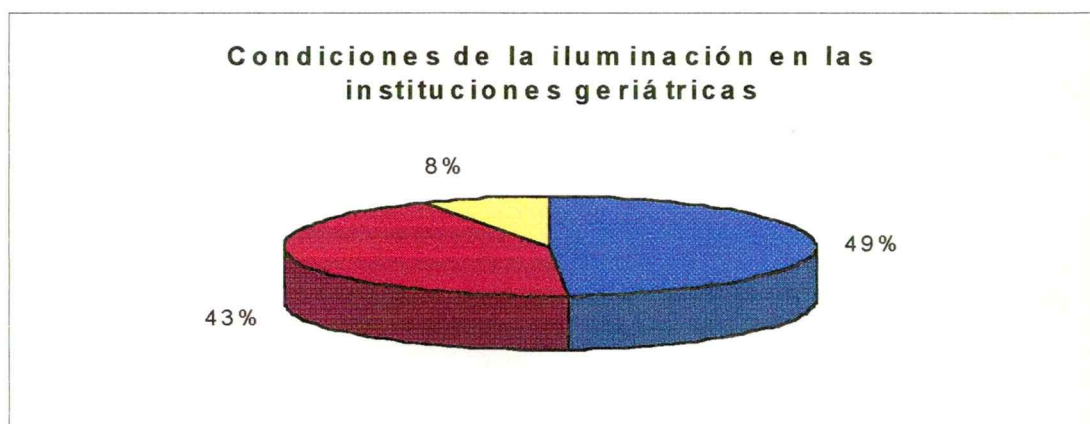
- Suficientes
- Escasas
- Insuficientes

Tabla 5: Características de la iluminación en las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata, según su contribución a la autonomía funcional del geronte. 1997.

CONDICIONES AMBIENTALES EN ILUMINACIÓN	GERIÁTRICOS	
	NUMERO	PORCENTAJE
SUFICIENTES	25	49,02
ESCASAS	22	43,14
INSUFICIENTES	4	7,84
TOTAL	51	100

Fuente: Propia. Relevé de datos realizado entre los meses de febrero y abril de 1997.

Este aspecto es escaso e insuficiente en el 51% de las instituciones geriátricas, a pesar de que es una condición universalmente necesaria para una buena funcionalidad y para evitar posibles deterioros en la visión. Es ampliamente conocido que la visión se altera en la mayoría de los ancianos y que una mala iluminación acarrea inconvenientes inmediatos.



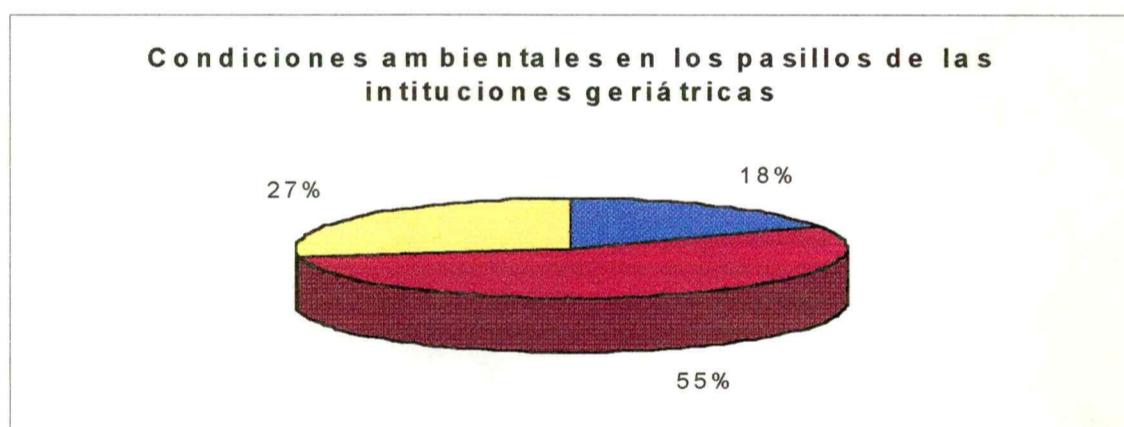
- Suficientes
- Escasas
- Insuficientes

Tabla 6: Condiciones ambientales en los pasillos de las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata, según su contribución a la autonomía funcional del geronte. 1997.

CONDICIONES AMBIENTALES EN PASILLOS	GERIÁTRICOS	
	NUMERO	PORCENTAJE
SUFICIENTES	9	17,65
ESCASAS	28	54,9
INSUFICIENTES	14	27,45
TOTAL	51	100

Fuente: Propia. Relevo de datos realizado entre los meses de febrero y abril de 1997.

Un 82% no posee condiciones ambientales suficientes en los pasillos. Estos son un sector de circulación obligatoria y constituyen un lugar que ofrece un alto riesgo de caídas debido a las características físicas funcionales de los ancianos.



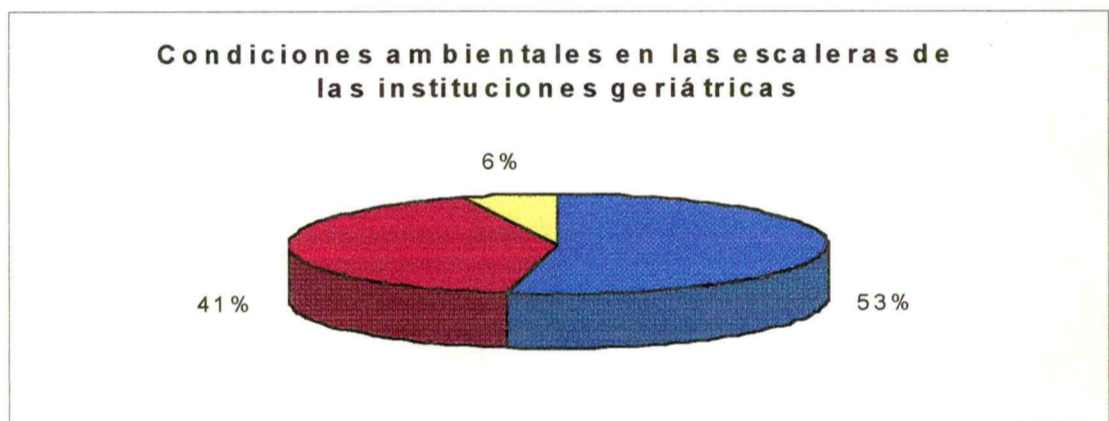
- Suficientes
- Escasas
- Insuficiente

Tabla 7: Condiciones ambientales en las escaleras de las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata, según la autonomía funcional del geronte. 1997.

CONDICIONES AMBIENTALES EN ESCALERAS	GERIÁTRICOS	
	NUMERO	PORCENTAJE
SUFICIENTES	27	52,94
ESCASAS	21	41,18
INSUFICIENTES	3	5,88
TOTAL	51	100

Fuente: Propia. Relevó de datos realizado entre los meses de febrero y abril de 1997.

Solo 53% cuenta con condiciones suficientes en las escaleras para garantizar la seguridad de los ancianos. Es un sector de alto riesgo donde las consecuencias de un accidente pueden ser gravísimas. Todas las escaleras deberían contar con condiciones ambientales óptimas.



- Suficientes
- Escasas
- Insuficientes

Tabla 8: Condiciones ambientales en las rampas de las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata, según su contribución a la autonomía funcional del geronte. 1997.

CONDICIONES AMBIENTALES EN LAS RAMPAS	GERIÁTRICOS	
	NUMERO	PORCENTAJE
SUFICIENTES	14	27,45
ESCASAS	7	13,73
INSUFICIENTES	30	58,82
TOTAL	51	100

Fuente: Propia. Relevó de datos realizado entre los meses de febrero y abril de 1997.

Se ha comprobado que el 59% de los geriátricos no cumple con las condiciones mínimas indispensables para que las rampas sean funcionales, lo que influye negativamente en la independencia de los ancianos. Estas son indispensables en todos aquellos lugares con desniveles, no sólo para las personas que se desplazan en silla de ruedas, sino también para aquellas personas con dificultades en la marcha.



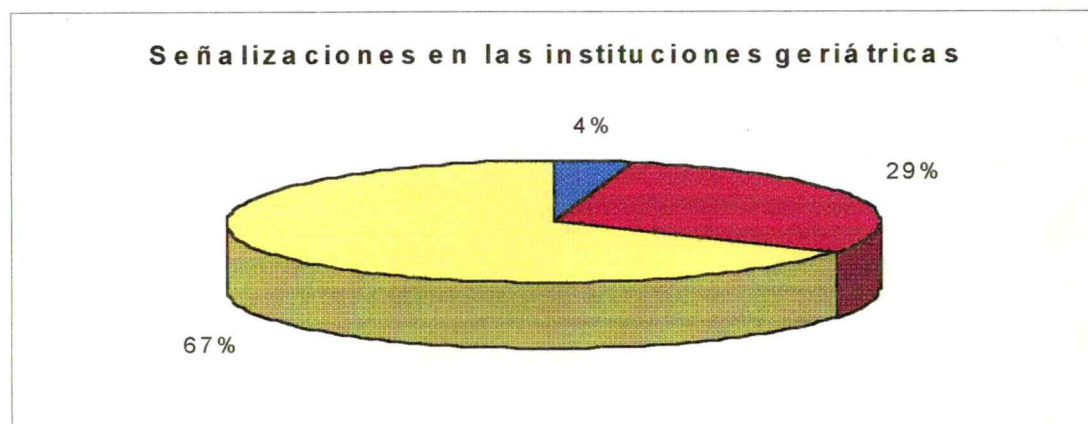
- Suficientes
- Escasas
- Insuficientes

Tabla 9: Señalizaciones en las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata, según su contribución a la autonomía funcional del geronte. 1997.

CONDICIONES AMBIENTALES: SEÑALIZACIONES	GERIÁTRICOS	
	NUMERO	PORCENTAJE
SUFICIENTES	2	3,92
ESCASAS	15	29,41
INSUFICIENTES	34	66,67
TOTAL	51	100

Fuente: Propia. Relevó de datos realizado entre los meses de febrero y abril de 1997.

La mayoría de los geriátricos cuenta con señalizaciones que identifican la salida y la salida de emergencia, obviándose en un alto porcentaje (67%) la indicación de sectores claves indispensables para la autonomía funcional del geronte.



- Suficientes
- Escasas
- Insuficientes

Condiciones ambientales que se presentan con mayor y menor frecuencia

Los siguientes cuadros se realizaron a fin de establecer las frecuencias de mejor y peor cumplimiento de los aspectos relevados en las instituciones geriátricas. Se podría observar que se han tenido en cuenta tanto los aspectos cuyos porcentajes superan el 80%, como aquellos que no superan el 20%. Se tomaron estos porcentajes para poder analizar a qué aspectos los propietarios les dan mayor y menor importancia en la construcción, remodelación y modificación ambiental.*

*No se realizaron cuadros de rampas y pasillos debido a que los indicadores se encuentran presentes con una frecuencia superior al 20% e inferior al 80%.

Tabla 10: Condiciones ambientales que con menor frecuencia poseen los baños en las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata, 1997.

CONDICIONES AMBIENTALES BAÑO	GERIÁTRICOS	
	NUMERO	PORCENTAJE
ESPACIO LIBRE	5	9,80
CANILLA DE PALANCA	3	5,88
ESPEJO EN ÁNGULO	2	3,92
PUERTAS 90 Cm. O ABERTURA HACIA AFUERA	10	19,61

Fuente: Propia. Relevamiento de datos realizado entre los meses de febrero y abril de 1997.

Tabla 11: Condiciones ambientales que con mayor frecuencia poseen los baños en las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata, 1997.

CONDICIONES AMBIENTALES EN BAÑO	GERIÁTRICOS	
	NUMERO	PORCENTAJE
JABONERA A 90 Cm.	49	96,08
ALTURA DEL LAVATORIO 80 cm	48	94,12

Fuente: Propia. Relevamiento de datos realizado entre los meses de febrero y abril de 1997.

La altura del lavatorio, presente en forma adecuada en más del 90% de los geriátricos, importante para las personas que se encuentran en silla de ruedas, no se acompaña de otros factores igualmente relevantes para facilitar la autonomía de dichas personas, ya que el espacio libre dentro del baño, el espejo en ángulo y las puertas anchas están presentes en menos del 20% de las instituciones.

La jabonera en la pared a 90 cm. de altura se halla en más del 90% de los geriátricos, hecho no significativo debido a que es una condición standard para la mayoría de las construcciones.

Las canillas de palanca no están presentes en un 84% de los geriátricos, no denota una dificultad importante para la mayoría de los gerontes, pero debería tenerse en cuenta en casos especiales.

Tabla 12: Condiciones ambientales que con menor frecuencia poseen las habitaciones de las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata. 1997.

CONDICIONES AMBIENTALES EN HABITACIONES	GERIÁTRICOS	
	NUMERO	PORCENTAJE
ARMARIOS ENTRE NIVEL DE RODILLA Y HOMBROS	3	5,88
ESPACIO LIBRE	8	15,69

Fuente: Propia. Relevó de datos realizado entre los meses de febrero y abril de 1997.

Ningún indicador establecido para este sector se halla presente en más del 80% de los geriátricos, lo que denota una falta de valorización de este sector.

Para favorecer la independencia funcional de los gerontes, lo más importante es tener espacio suficiente para los diferentes desplazamientos y poder tener los distintos elementos a un alcance adecuado, factores que se encuentran en un mínimo porcentaje de geriátricos.

Tabla 13: Condiciones ambientales que se encuentran con mayor frecuencia en los comedores de las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata. 1997.

CONDICIONES AMBIENTALES EN COMEDOR	GERIÁTRICOS	
	NÚMERO	PORCENTAJE
ALTURA DE LAS MESAS	50	98,04
SILLAS CON RESPALDO	48	94,12

Fuente: Propia. Relevamiento de datos realizado entre los meses de febrero y abril de 1997.

Los indicadores que están presentes en más de un 80% de los geriátricos se relacionan con características ergonómicas universalmente establecidas.

La deficiencia más comúnmente observada es la altura de los sillones, en su mayoría bajos. No son incluidos en el cuadro debido a que su porcentaje supera el 20% establecido.

Tabla 14: Condiciones ambientales que con mayor frecuencia poseen las escaleras de las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata. 1997.

CONDICIONES AMBIENTALES EN ESCALERAS	GERIÁTRICOS	
	NÚMERO	PORCENTAJE
PASAMANOS A AMBOS LADOS	45	88,24
ALTURA DE LOS ESCALONES MENOS DE 15 Cm.	42	82,35
ESCALONES ANTIDESLIZANTES	42	82,35

Fuente: Propia. Relevamiento de datos realizado entre los meses de febrero y abril de 1997.

Las características que se encuentran en un alto porcentaje de geriátricos son muy importantes para la seguridad del geronte, pero aisladamente no garantizan un desplazamiento seguro. Esto se posibilitaría en la medida en que estén presentes los factores mencionados en el dimensionamiento. No son incluidos debido a que superan el 20% establecido como percentil mínimo.

Tabla 15: Características que con mayor frecuencia presenta la iluminación en las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata, 1997.

CARACTERÍSTICAS DE LA ILUMINACIÓN	GERIÁTRICOS	
	NÚMERO	PORCENTAJE
DISTRIBUCIÓN UNIFORME	44	86,27
INTERRUPTOR PRÓXIMO A VÍAS DE ACCESO	48	94,12

Fuente: Propia. Relevamiento de datos realizado entre los meses de febrero y abril de 1997.

Tabla 16: Características que con menor frecuencia presenta la iluminación en las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata, 1997.

CARACTERÍSTICAS DE LA ILUMINACIÓN	GERIÁTRICOS	
	NÚMERO	PORCENTAJE
INTERRUPTOR CON LUZ	9	17,65

Fuente: Propia. Relevamiento de datos realizado entre los meses de febrero y abril de 1997.

La distribución uniforme de la luz artificial es necesaria para favorecer el correcto desempeño de las tareas, condición presente en un alto porcentaje de geriátricos. Si bien el interruptor con luz favorece la ubicación visual del mismo, éste no es indispensable para la independencia.

Tabla 17: Características de las señalizaciones que con menor frecuencia se encuentran presentes en las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata, 1997.

CARACTERÍSTICAS DE LAS SEÑALIZACIONES	GERIÁTRICOS	
	NÚMERO	PORCENTAJE
DIBUJO	2	3,92
RELIEVE	2	3,92

Fuente: Propia. Relevó de datos realizado entre los meses de febrero y abril de 1997.

Las señalizaciones existentes son en su mayoría con letras, obviando formas de expresión alternativas para las personas con dificultades en la visión, afásicos, analfabetos, etc.

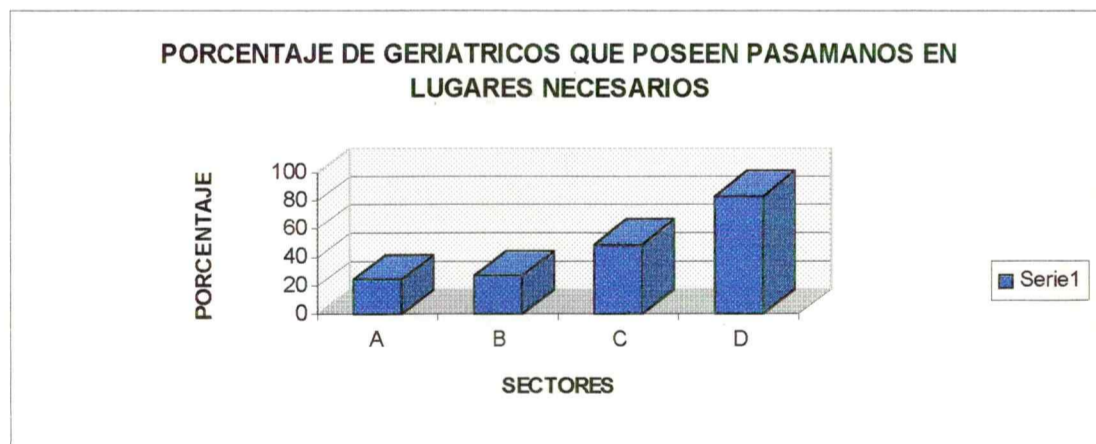
Condiciones ambientales en los pasamanos

Se elige este aspecto de las condiciones ambientales debido a que en esta investigación se le otorga una alta valoración por ser una de las características que mas influye en la autonomía funcional del geronte. (Ver dimensionamiento).

Tabla 18: Existencia de pasamanos en lugares necesarios, frecuencia de aparición en instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata. 1997.

PASAMANOS	GERIÁTRICOS	
	NÚMERO	PORCENTAJE
A AMBOS LADOS DE LAS RAMPAS	12	23,53
EN AMBOS LADOS DEL PASILLO	14	27,45
EN TODOS LOS ARTEFACTOS DEL BAÑO	25	49,02
A AMBOS LADOS DE LA ESCALERA	43	84,31

Fuente: Propia. Relevo de datos realizado entre los meses de febrero y abril de 1997.



- A. A ambos lados de las rampas
- B. A ambos lados del pasillo
- C. En todos los artefactos del baño
- D. A ambos lados de la escalera

El mayor porcentaje de pasamanos se encuentra en las escaleras. Ésto podría deberse a que universalmente es común que los posean. Los lugares de mayor circulación, como los pasillos y las rampas, en general no tienen pasamanos o poseen sólo en una pared. Ésto hace que las personas con dificultades en un hemicuerpo no puedan sujetarse al desplazarse por dicho lugar.

Menos de la mitad de los geriátricos cuenta con barras en todos los artefactos del baño con el riesgo que esto implica.

*Condiciones ambientales en relación a la autonomía funcional de personas
que utilizan silla de ruedas*

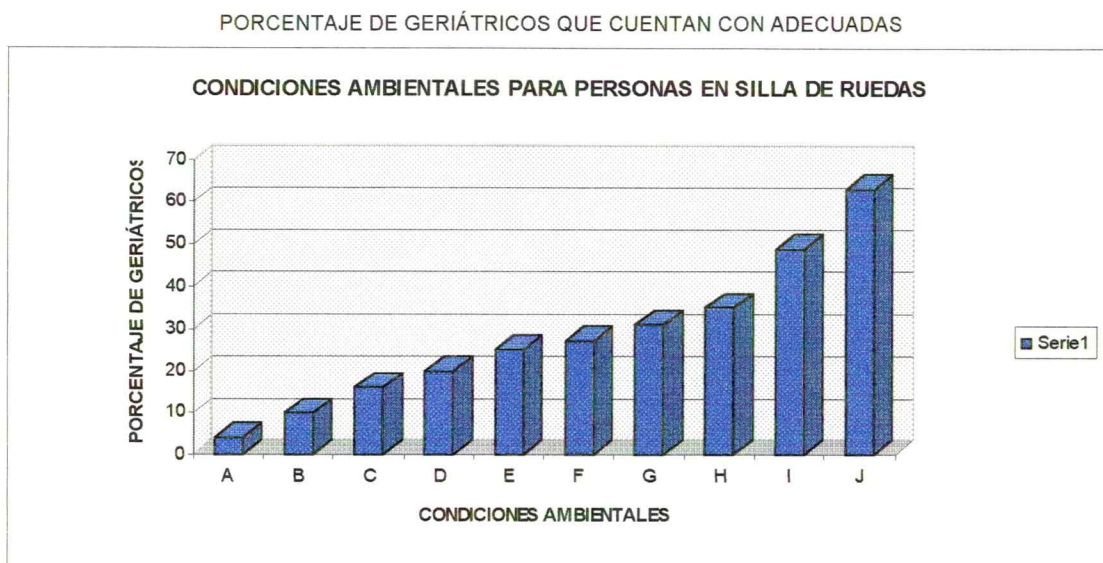
Tabla 19: Condiciones ambientales adecuadas para la independencia de personas que deban permanecer en silla de ruedas, frecuencia de aparición en las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata. 1997.

CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES	GERIÁTRICOS	
	NÚMERO	PORCENTAJE
ESPEJO EN ÁNGULO	2	3,92
ESPACIO LIBRE EN EL BAÑO	5	9,80
SUPERFICIE LIBRE EN HABITACIÓN 1,5 M.	8	15,59
PUERTA DEL BAÑO 90 Cm.	10	19,61
INCLINACIÓN DE LAS RAMPAS 1/12 ALT./LONG.	13	25,49
PUERTA DE HABITACIONES 75 Cm.	14	27,45
ANCHO DEL PASILLO 1,5 M	16	31,37
ANCHO MÍNIMO DE RAMPAS 90 Cm	18	35,29
ESPACIO LIBRE DEBAJO DEL LAVATORIO	25	49,49
ESPACIO LIBRE EN EL COMEDOR 1,5	32	62,75

Fuente: Propia. Relevamiento de datos realizado entre los meses de febrero y abril de 1997.

La mayoría de los geriátricos, por los resultados que se desprenden del análisis de los datos, no se adecuan a las características de las personas que se encuentran en silla de ruedas.

Las instituciones geriátricas son habilitadas en su mayoría para personas independientes. Si el anciano sufre algún tipo de limitación permanente o temporaria en la movilidad, éste no se tiene en cuenta, quedando así restringido su desplazamiento a un área del geriátrico.



- A. Espejo en ángulo
- B. Superficie libre del baño 1,50 m.
- C. Superficie libre en habitación 1,50 m.
- D. Puerta del baño 90 cm.
- E. Inclinação de rampas 1/12 altura/longitud.
- F. Puerta habitaciones 75 cm.
- G. Ancho pasillo 1,50 m.
- H. Ancho mínimo de rampas 90 cm.
- I. Espacio libre debajo del lavatorio.
- J. Espacio libre en comedor 1,50 m.

DATOS ANÓMALOS

Denominamos datos anómalos a aquellos numéricamente irrelevantes pero altamente significativos para la autonomía funcional del geronte, ya que comprometen la seguridad y salud del anciano.

- Presencia de una escalera caracol por la que circulan los ancianos cuyas habitaciones se encuentran en el piso superior, y es la única vía de acceso a ese sector.
- Umbrales a la entrada de las habitaciones.
- Ausencia de corredores cubiertos, debiendo pasar obligatoriamente por el patio para dirigirse desde el comedor a las habitaciones y viceversa.
- Escasez de ventanas que provean de una buena iluminación natural y ventilación, con la consiguiente desorientación temporal y aislamiento social.
- Geriátricos ubicados en zonas inundables.
- Presencia de goteras, filtraciones graves y humedad.
- Ausencia de salidas de emergencia.
- Ubicación de personas postradas en el piso superior del geriátrico.
- Ausencia de tablas en inodoros, cañerías en mal estado y falta de higiene.
- Se observa en algunos geriátricos que utilizan los pasamanos de pasillos como tendedero de ropas, lo que podría provocar caídas.

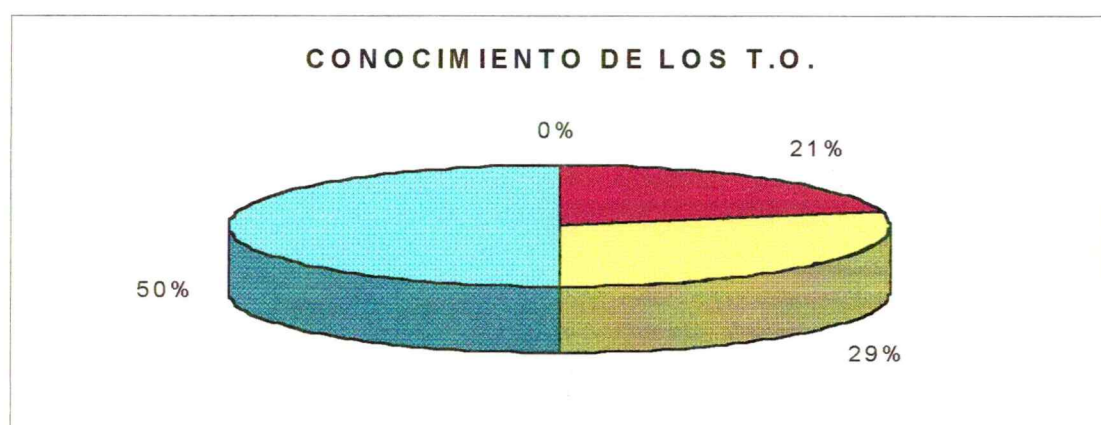
6.2. CUADROS CORRESPONDIENTES AL CONOCIMIENTO DE LOS T.O.

Conocimiento general que poseen los Terapistas Ocupacionales sobre condiciones ambientales

Tabla 20: Clasificación del conocimiento que poseen los terapeutas Ocupacionales acerca de las condiciones ambientales necesarias para la autonomía funcional del geronte , Mar del Plata, 1997.

CONOCIMIENTO QUE POSEEN LOS T.O.	TERAPISTAS OCUPACIONALES	
	NÚMERO	PORCENTAJE
OPTIMO	0	0
SUFICIENTE	4	28,57
ESCASO	7	50
INSUFICIENTE	3	21,43
TOTAL	14	100

Fuente: Propia. Relevó de datos realizado entre los meses de abril y julio de 1997.



- óptimo
- suficiente
- escaso
- insuficiente

Según las categorías establecidas en el presente trabajo y fundamentadas oportunamente, la mitad de los Terapeutas Ocupacionales posee un conocimiento

escaso sobre las condiciones ambientales necesarias para la autonomía funcional del geronte según su perfil clínico y ninguno posee conocimiento óptimo.

Cuadros correspondientes al conocimiento según mayor y menor frecuencia de mención

Tabla 21: Condiciones ambientales mencionadas con mayor frecuencia por las Terapistas Ocupacionales que trabajan en las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata, como necesarias para la autonomía funcional del geronte. 1997*

CONDICIONES AMBIENTALES MÁS MENCIONADAS POR T.O.	PORCENTAJE DE MENCIÓN
ALTURA DEL INODORO	85,71
AGARRADERAS EN TODOS LOS ARTEFACTOS DEL BAÑO	85,71

Fuente: Propia. Relevo de datos realizado entre los meses de abril y julio de 1997.

Los indicadores que mencionaron las Terapistas Ocupacionales con una frecuencia alta son indispensables para la seguridad y la autonomía funcional del geronte, pero son escasos para determinar la optimización del ambiente.

* Se tomaron porcentajes de mención mayores al 80 % y menores al 20 %.

Tabla 22: Condiciones ambientales necesarias para la autonomía funcional del geronte *mencionadas con menor frecuencia por los Terapistas Ocupacionales* que trabajan en las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata, 1997.

CONDICIONES AMBIENTALES MENOS MENCIONADAS POR T.O.	PORCENTAJE DE MENCIÓN
JABONERA EN LA PARED A 90 CM.	0
DISTANCIA ENTRE PARED Y PASAMANOS DE 5 CM. MÍNIMO	0
ESCALERAS CON NARICES EVIDENCIADAS, INTERRUPTOR DE LUZ EN ARRANQUE SUP. E INF. y PRIMER Y ÚLTIMO ESCALÓN PINTADOS.	0
ESPACIO LIBRE DEBAJO DEL LAVATORIO	7,14
AGARRADERAS LATERALES DE HIERRO Y DE 2,5 CM. DE DIÁMETRO	7,14
SILLAS CON RESPALDO Y EN ÁNGULO DE 90°	7,14
ALT. MÁXIMA POSIBLE DE ARTEFACTOS DE LUZ	7,14
DISTANCIA E/ PISO Y PASAMANOS DE 80 A 90 CM.	7,14
GROSOR DE PASAMANOS DE 3,8 CM. A 5 CM.	7,14
ZONA PLANA A LO ALTO DE RAMPAS	7,14
ALTURA LAVATORIO 80 CM.	14,29
ALTURA MESA 80 CM.	14,29
ILUMINACIÓN NATURAL ADECUADA	14,29
ANCHO DE RAMPAS 90 CM.	14,29

funcional del geronte.

Se observa que existe escasa mención de las características específicas de algunos aspectos como son el mobiliario adecuado, la altura de los artefactos de iluminación y las escaleras. Hubo ítems no mencionados, los cuales son a nuestro criterio, según la categorización establecida, secundarios para la autonomía funcional del geronte.

6.3 CUADROS CORRESPONDIENTES A MEDIDAS IMPLEMENTADAS

Cuadro correspondiente a medidas en relación al geriátrico

Tabla 23: Clasificación de las medidas tomadas por los Terapistas Ocupacionales según el geriátrico donde se desempeñan, en las instituciones de la ciudad de Mar del Plata durante el año 1996.

MEDIDAS ADOPTADAS POR LOS T.O	TERAPISTAS OCUPACIONALES	
	NÚMERO	PORCENTAJE
ÓPTIMAS	0	0
SUFICIENTES	0	0
ESCASAS	0	0
INSUFICIENTES	14	100
TOTAL	14	100

Fuente: Propia. Datos relevados entre los meses de febrero y junio de 1997.

Del análisis del presente cuadro se desprende que el total de las Terapistas, sea cual fuere su conocimiento acerca de las condiciones ambientales necesarias para la independencia funcional, según nuestro criterio de categorización, circunscripto a los fines del presente trabajo, han tomado medidas insuficientes en relación a las necesidades del geriátrico en el que se desempeñan. No se considera la concretización de las medidas sino la inclusión dentro del plan terapéutico (ver definiciones)

Sin duda alguna habrá motivos suficientes para que las Terapistas no hallan adoptado medidas posibles de ser implementadas, pero estos motivos no son objeto del presente trabajo.

A fin de enriquecer el análisis se tendrá en cuenta de ahora en más si tomaron o no medidas, y se lo relacionará con el conocimiento manifestado por las Terapistas.

Cuadro correspondiente a medidas directas e indirectas adoptadas

Tabla 24: Cantidad de medidas directas e indirectas tomadas por el total de Terapistas Ocupacionales que trabajan en las instituciones geriátricas de las ciudad de Mar del Plata para mejorar la autonomía funcional del geronte y su calidad de vida, durante el año 1996.

MEDIDAS TOMADAS POR T.O.	CANTIDAD
DIRECTAS	6
INDIRECTAS	20
TOTAL	26

Fuente: Propia. Relevo de datos realizado entre los meses de abril y julio de 1997.

La baja frecuencia de las medidas implementadas, no invalida la importancia verbal que las Terapistas Ocupacionales manifestaron.

Se adoptaron mayor cantidad de medidas indirectas (canalizadas por medio de pedidos) que directas.

6.4. CUADROS QUE RELACIONAN LAS VARIABLES ENTRE SÍ

Cantidad de Terapistas Ocupacionales que tomaron medidas según su conocimiento

Tabla 25: Cantidad de Terapistas Ocupacionales que tomaron medidas para mejorar las condiciones ambientales y contribuir a la autonomía funcional de los gerontes en las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata, según el grado de conocimiento que poseen, durante el año 1996.*

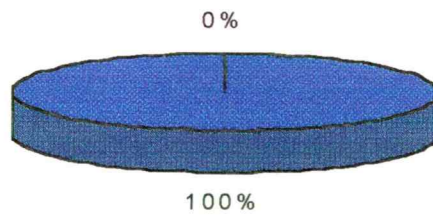
CONOCIMIENTO DE LOS T.O.	CANTIDAD DE T.O.	
	TOMÓ MEDIDAS	NO TOMÓ M.
SUFICIENTE	5	0
ESCASO	3	1
INSUFICIENTE	2	3

Fuente: Propia. Relevó de datos realizado entre los meses de febrero y julio de 1997.

Se comprueba una relación de asociación directa entre las medidas implementadas por los Terapistas Ocupacionales y el grado de conocimiento que poseen los mismos.

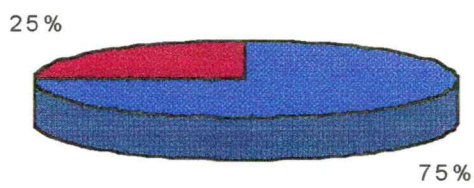
* Se excluye el ítem conocimiento óptimo por no presentar frecuencia.

**PORCENTAJE DE T.O. QUE POSEEN
CONOCIMIENTO SUFICIENTE Y TOMARON
MEDIDAS**



■ tomaron medidas

**PORCENTAJE DE T.O. QUE POSEEN
CONOCIMIENTO ESCASO Y TOMARON
MEDIDAS**



■ tomaron medidas
■ no tomaron medidas

**PORCENTAJE DE T.O. QUE POSEEN
CONOCIMIENTO INSUFICIENTE Y TOMARON
MEDIDAS**



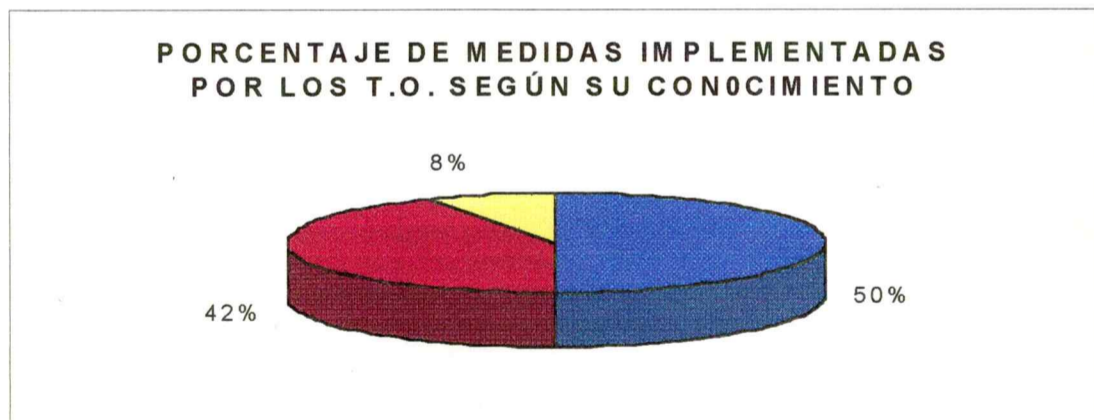
■ tomaron medidas
■ no tomaron medidas

Cantidad de medidas implementadas según el conocimiento de las Terapistas Ocupacionales

Tabla 26: Cantidad de medidas implementadas por las Terapistas Ocupacionales para mejorar las condiciones ambientales y contribuir a la autonomía funcional del geronte en las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata, según el conocimiento que poseen, durante el año 1996.*

CONOCIMIENTO DE LOS T.O.	CANTIDAD DE MEDIDAS	
	NÚMERO	PORCENTAJE
SUFICIENTE	13	50,00
ESCASO	11	42,30
INSUFICIENTE	2	7,70
TOTAL	26	100

Fuente: Propia. Relevo de datos realizado entre los meses de febrero y julio de 1997.



- conocimiento insuficiente
- conocimiento escaso
- conocimiento suficiente

El cuadro evidencia que las Terapistas Ocupacionales que tomaron mayor cantidad de medidas poseen mayor conocimiento, lo cual está indicando una influencia del **conocimiento sobre condiciones ambientales necesarias para la autonomía funcional del geronte en la importancia otorgada a las mismas en el tratamiento.**

Aunque existe relación entre ambas variables, la cantidad de medidas adoptadas es poco significativa. De esto puede desprenderse que existen otras variables que entran en juego y que incidirían al respecto, aún cuando estén fuera del marco del presente trabajo.

* Se excluye el ítem conocimiento óptimo por no presentar frecuencia

6.5. DISCUSIÓN

En esta investigación creemos haber alcanzado los objetivos planteados al inicio, ya que se sistematizaron **las características ambientales necesarias para lograr la autonomía funcional de los gerontes** (objetivo 1), explicitadas en la fundamentación del dimensionamiento. Se analizó **la realidad al respecto en las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata** (objetivo 2).

Se evidenciaron **las características del conocimiento acerca de las condiciones ambientales que poseen los Terapistas Ocupacionales** (objetivo 3), así como **la importancia otorgada por los mismos a dichas condiciones** (objetivo 4).

Al finalizar las reflexiones siguientes se elencarán algunas medidas terapéuticas (objetivo 5), para alcanzar el objetivo general: **Establecer alternativas de tratamiento a partir del conocimiento de las condiciones ambientales y de las medidas terapéuticas implementadas por los Terapistas Ocupacionales en el ámbito de geriatría.**

Características ambientales en los geriátricos. (Objetivo Número 2)

La mayoría de los geriátricos de Mar del Plata a pesar de estar habilitados por la Municipalidad, cuentan con condiciones ambientales escasas para mantener y/o mejorar la autonomía funcional del anciano.

Se ha observado que la mayoría de las instituciones geriátricas no han sido construidas para tal fin, sino que originariamente constituyeron hoteles o casas. Ésto entre otras cosas hace que los diferentes sectores no sean adecuados para el anciano.

Si bien algunos propietarios realizan modificaciones, éstas se encuentran limitadas por el espacio existente, por contratos de locación, por factores económicos, etc.

Se ha observado escaso asesoramiento profesional por parte de los Terapistas Ocupacionales en aquellas instituciones que fueron remodeladas. Creemos que si se difunde este aspecto del rol y se le brinda un nuevo perfil a nuestra profesión, podría explotarse esta nueva área de trabajo, con el consiguiente beneficio para la calidad de vida del anciano.

A través de la recolección de datos, se detectó que sólo un 57% de las instituciones geriátricas cuentan con el servicio de Terapia Ocupacional. Pensamos que con su hacer el Terapeuta Ocupacional puede marcar una diferencia en los geriátricos que contratan su servicio.

En el caso de realizar modificaciones, se observa una tendencia a mejorar el hall de entrada, sala de estar y las habitaciones, desde un aspecto estético, considerado muchas veces como sinónimo de bienestar.

La mayoría de las condiciones ambientales adecuadas que se registraron cumplen con requisitos ergonómicamente universales, no focalizados en la población de tercera edad, o con disposiciones elementales exigidas por la Municipalidad.

Conocimiento por parte de los Terapistas Ocupacionales (Objetivo Núm. 3)

Según la categorización que se realizó a fines de operacionalizar las variables de este estudio, se registró que los conocimientos que poseen los Terapistas Ocupacionales sobre condiciones ambientales adecuadas para la autonomía funcional del geronte, son escasos.

Queda abierta a la discusión la posibilidad de que esta situación se deba a factores como: la formación académica recibida y/o el marco teórico adoptado por el Terapeuta, entre otras cosas.

La estructura académica de Mar del Plata brinda conocimientos de las condiciones ambientales y de ergonomía focalizadas especialmente en las áreas de la discapacidad motora y formación laboral. Por el rastreo bibliográfico realizado para el presente trabajo, se deduce que esta situación no solo se da en nuestra ciudad sino también en el resto del país.

Creemos que la formación de los Terapistas Ocupacionales en relación a lo ambiental como medio para alcanzar la autonomía funcional de los gerontes, difiere según el marco teórico en el cual se posicionan, si bien la diversidad de enfoques no se contempla en el presente estudio.

Medidas adoptadas por los Terapistas Ocupacionales (Objetivo Núm. 4)

Si bien el Terapeuta Ocupacional trabaja para mantener la autonomía funcional del anciano, las medidas ambientales que se implementaron para lograrlo en las instituciones geriátricas de la ciudad de Mar del Plata fueron mínimas.

Dentro de las medidas indirectas (pedidos e indicaciones realizadas), las efectuadas por mayor número de Terapeutas fueron: designación de habitaciones, pedido de colocación y/o modificación de barras, pedido de piso antideslizante.

Queda abierta la cuestión acerca de si la cantidad de medidas implementadas son influidas por variables como: *Cantidad de horas que el Terapeuta Ocupacional concurre a la Institución geriátrica, la patología predominante en el geriátrico, o el marco teórico elegido.*

Relación de las variables entre sí

Se comprobó que existe una relación entre las variables de este estudio, ya que los Terapistas que poseen mayor conocimiento son los que tomaron mayor número de medidas, y viceversa, tal como se detalló en los cuadros números 25 y 26.

Según la categorización utilizada en este estudio -como se mostró en el cuadro número 23-, las medidas tomadas por los Terapistas fueron insuficientes, aún cuando su conocimiento fuera suficiente. Creemos que ésto se debe a que entran en juego otras variables, tales como:

- Carga horaria del Terapeuta en el geriátrico
- Patología predominante en la institución
- Negativas reiteradas por parte de los propietarios a la solicitud de mejoras
- Priorización de otros aspectos en el tratamiento

Aunque creemos que el rol del Terapeuta Ocupacional en geriatría se enriquecería con la inclusión de lo ambiental, también sabemos que estas variables intervinientes tienen gran peso en la organización del plan de tratamiento, y por lo tanto no pueden ser dejadas de lado.

Alternativas de tratamiento (Objetivo Número 5)

El Terapeuta Ocupacional, al tener conocimiento de la importancia de las condiciones necesarias para la autonomía funcional del anciano, puede actuar como agente concientizador en las instituciones geriátricas en que trabaja, creando espacios donde se informe, se aborden las diferentes problemáticas y posibles soluciones. Se considera como punto fundamental en el valor otorgado a las condiciones ambientales la información y educación que se pueda brindar. El dar un basamento teórico lógico posibilita una optimización de la respuesta. La información debe estar enfocada según las diferentes personas a las que se otorgue: ancianos, personal y directivos.

Se realizará un resumen de las alternativas de tratamiento a fin de facilitar su lectura.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS DESTINADAS A LOS ANCIANOS.

- 1- Detectar necesidades ambientales priorizadas por los gerontes.
- 2- Enseñar a discriminar entre soportes y barreras ambientales.
- 3- Fomentar autocuidado.
- 4- Subsanan diferentes obstáculos ambientales.
 - 4.1- Confección de señalizaciones.
 - 4.2- Confección de adaptaciones.
 - 4.3- Organización de prendas dentro del placard.

ACTIVIDADES DIRIGIDAS AL PERSONAL, DIRECTIVOS Y DUEÑOS DE LA INSTITUCIÓN.

- 1- Informar sobre la importancia de fomentar la autonomía funcional de los ancianos y su influencia.
- 2- Informar sobre costos.
- 3- Participar en la designación de habitaciones.

Actividades destinadas a los ancianos.

Detectar necesidades ambientales priorizadas por los gerontes.

Ya que los beneficiarios de las posibles modificaciones ambientales son los ancianos, es importante conocer qué piensan ellos del entorno en el cual viven, y cuáles son, a su criterio, los puntos a modificar del mismo, ya que es posible que la jerarquía otorgada por los terapeutas difiera en cuanto a prioridades de la de los propios gerontes.

Actividad: Entrevista

Una forma de recabar esta información es a través de una entrevista a los ancianos, para poder presentar un instrumento idóneo, se realizaron algunas entrevistas, como la que se detalla a continuación:

Nombre del paciente:

Sexo

Edad

1. Enfermedad crónica
2. Presencia de ortesis/adaptaciones/silla de ruedas
3. Tiempo de residencia en el geriátrico
4. Libre entrada y salida del geriátrico
5. Ha sufrido caídas en el geriátrico? Dónde? Cómo? Por qué? Consecuencias.
6. Cuáles son los sectores del geriátrico que frecuenta con más asiduidad?
7. Existe algún factor ambiental que perturbe sus desplazamientos dentro del geriátrico?
8. Existe alguna actividad que le gustaría realizar y se lo impide una razón ambiental?
9. Considera que algún tipo de modificación ambiental le ayudaría a ser más independiente?

Esta entrevista fue tomada a algunos gerontes de diferentes geriátricos. A partir de la misma se evidenció que los ancianos hicieron referencia a dificultades ambientales concretas que perturban su independencia, así como temor a frecuentar ciertos sectores, por saberlos peligrosos debido a caídas acaecidas en ese lugar.

Se observó que algunos gerontes toman medidas alternativas para lograr su independencia que ponen en riesgo su seguridad, como por ejemplo, "colocar una toalla en el piso del baño" para no resbalarse, lo que implica un riesgo de caída. Otra solución fue "colocar un banquito a fin de alcanzar la ropa de los estantes superiores de roperos", así como también "correr la cama para poder abrir las puertas del placard".

Los gerontes también sugirieron modificaciones en el entorno, como por ejemplo, cambiar la iluminación, suprimir cera del piso, cambiar el número de personas por habitación.

Las entrevistas realizadas no resultan significativas desde el punto de vista cuantitativo, sino cualitativo.

Enseñar a discriminar entre barreras y soportes ambientales.

La discriminación de barreras y soportes permite analizar las distintas condiciones ambientales en relación a las capacidades y dificultades del anciano.

Una posibilidad para detectar barreras y soportes ambientales es la realización de un circuito en el que se recorran los diferentes ambientes del geriátrico.

Actividad: Realización de circuito

Objetivo general:

- Discriminar las barreras y soportes ambientales de la institución geriátrica.

Objetivos específicos:

- Identificar limitaciones funcionales en relación al ambiente.
- Estimular la representación simbólica del espacio físico cotidiano.
- Favorecer funciones psicológicas y cognitivas.

Recursos: Diagrama de un sector o de la totalidad de la institución.

Marcadores de colores diferentes.

Tacos de madera

Señalizaciones

Conos, etc.

Actividades:

Primera etapa: Charla informativa.

Se explicarán al grupo de ancianos los conceptos de barreras y soportes ambientales. Se entregará un diagrama de un sector o de la totalidad de la institución.

Segunda etapa: Actividad corporal.

Se construirán circuitos con barreras y soportes ambientales (escalones, rampas, señalizaciones, barras, etc.), para que circulen los ancianos. Se estimulará la asimilación de los conceptos expresados en la charla.

Tercera etapa: Recorrida institucional.

Siguiendo el diagrama, se visitarán los diferentes sectores de la institución. El grupo se detendrá en aquellos puntos en los que se encuentre una barrera o soporte ambiental, y se procederá a reflexionar sobre la existencia de los mismos y

su repercusión en la autonomía funcional. A continuación, cada uno señalará en el diagrama la barrera o el soporte, diferenciándolos por colores.

Cuarta etapa: Reflexión final.

Se realizará una puesta en común sobre las características ambientales del geriátrico y se estimulará el surgimiento de propuestas de soluciones alternativas.

Fomentar el autocuidado.

La Terapia Ocupacional aborda a la persona holísticamente. Es por esto que no se puede aislar el objetivo específicamente ambiental, de otros objetivos que el Terapeuta se plantea más frecuentemente como son: la estimulación cognitiva, sensoperceptiva, motriz, social, etc.

Dentro de este plan terapéutico, puede explicarse la manera de mantener posturas correctas, realizar las actividades dentro de un rango de movimiento óptimo, eliminar esfuerzos, así como aplicar principios de economía de movimiento.

Un ejemplo de esta modalidad terapéutica podría ser una actividad sensoperceptiva en la que el anciano tome conciencia de su esquema corporal (descargas de peso, concientización de puntos de apoyo, posibilidad de adquirir diferentes posturas, registro de propias limitaciones y capacidades, etc.), en relación al ambiente en que se desenvuelve.

A continuación se dará un ejemplo, demostrando cómo a partir de una actividad se pueden trabajar estos objetivos.

Si bien en la descripción de esta actividad se plantea como objetivo principal lo concerniente a condiciones ambientales, por ser incumbencia específica de esta investigación, también se persiguen otros objetivos tendientes a favorecer funciones primordiales en el geronte.

Actividad : Sesión de trabajo corporal

Objetivo general:

- Favorecer el conocimiento de factores ambientales nocivos para la salud.

Objetivos específicos:

- Tomar conciencia de las diferentes posturas corporales adoptadas en relación al uso del mobiliario.
- Reconocer capacidades y limitaciones funcionales en relación al uso del mobiliario.
- Estimular posturas correctas.

Recursos: sillas, sillones y banquetas con diferentes características de respaldo, altura, superficie de contacto, angulación, estabilidad y materiales

música

pelotas pequeñas

Actividad:

Primera etapa: actividad de sensopercepción.

Se dispondrá el mobiliario en círculo y por medio de diferentes consignas los ancianos experimentarán las características principales de dichos muebles.

Se utilizará como recurso música y pelotas para estimular las descargas de peso y registro de sensaciones corporales correspondientes.

Segunda etapa: reflexión.

Se brindará un espacio donde el anciano pueda manifestar las diferentes sensaciones experimentadas durante la actividad, orientando la charla por medio de preguntas tales como:

- ¿En qué asiento se encontró más seguro?
- ¿En que asiento se encontró más cómodo?
- ¿Cuál asiento le pareció más inestable?
- ¿En cuál pudo apoyar toda su espalda?
- ¿Adoptó diferentes posturas en los distintos asientos?
- ¿Algún asiento le provocó dolor?
- ¿Tuvo dificultad para sentarse y/o pararse?
- A su criterio, ¿cuál asiento le parece más adecuado para: comer, leer, mirar televisión, etc.?

Subsanar diferentes obstáculos ambientales

Nuevamente haciendo hincapié en el abordaje holístico, con el expreso objetivo de favorecer la integración social, se sugiere confeccionar en los grupos de actividades objetos o adaptaciones que mejoren las características del ambiente físico (señalizaciones, almohadones, identificación personal de objetos, pantallas de lámparas, etc.).

Al realizarlo dentro del espacio grupal, no sólo se trabajan funciones psicológicas (atención, memoria, orientación, etc.), funciones motrices (coordinación óculomanual) y funciones cognitivas (organización sensoperceptiva, estructuración espacio-temporal), sino que también permite que el anciano catectice libidinalmente el objeto terminado y aumente su sentido de pertenencia a la institución.

Actividad: Confección de señalizaciones**Objetivo general:**

- Favorecer orientación espacial dentro de la institución geriátrica.

Objetivos específicos:

- Detectar sectores de difícil ubicación.
- Ofrecer medios para favorecer la orientación.
- Estimular sentido de pertenencia a la institución.

- Estimular funciones motrices, cognitivas y psicológicas.
- Construir medios de comunicación comunes al grupo.

Recursos: telas de diferentes formas, colores, texturas y tamaños
elementos accesorios para la confección de los carteles.

Actividad:

Primera etapa: Detección de sectores problemáticos.

A partir de un intercambio de ideas en forma grupal se determinarán los lugares de la institución que los ancianos no reconocen, no ubican, o en los que suelen desorientarse. Esto se utilizará como base para establecer prioridades en las señalizaciones.

Segunda etapa: Confección de señalizaciones.

Por medio de una técnica de dinámica grupal se seleccionará el modelo (código comunicacional) a utilizar. Posteriormente, por medio de una actividad manual se efectuarán las señalizaciones.

Tercera etapa: Ubicación de señalizaciones.

Se recorrerá con los ancianos la institución, se ubicarán los sectores problemáticos, a la vez que se reconocen sus características principales y se colocan las correspondientes señalizaciones.

Actividad: Confección de adaptaciones

A continuación, a modo de ejemplo, se describirá un caso y la posible adaptación ambiental:

Paciente con artritis reumatoidea

Objetivo general:

- Prevenir deformidades en mano.

Objetivos específicos:

- Facilitar movimientos de prehensión de fuerza a fin de evitar sobrecargas en articulaciones pequeñas.
- Estimular movimientos en una dirección correcta de tracción a fin de evitar deformidades.
- Facilitar independencia en actividades de higiene.

Recursos: Fibra de vidrio, acrílico, aluminio, materiales de los que se disponga.

Actividad:

Se confeccionará una adaptación para la canilla del baño particular del paciente.

La adaptación estará en función de optimizar la fuerza de tracción, que debe ser paralela a las articulaciones metacarpofalángicas, con forma similar a una canilla de palanca.

Actividad: Organización de prendas dentro del placard

Una alternativa posible junto con el geronte, es acomodar la ropa en los armarios según la frecuencia de uso colocando las prendas más utilizadas en los sectores de mejor alcance, con lo cual pueden trabajarse también funciones cognitivas y sensorceptivas.

Se dará un ejemplo de un tratamiento individual, que podrá ser adaptado a otros pacientes, según las circunstancias así lo requieran.

Paciente que presenta ceguera reciente, en período de adaptación institucional.

Objetivo general:

- Estimular autonomía en vestido.

Objetivos específicos:

- Favorecer el reconocimiento de la vestimenta personal.
- Estimular la discriminación de las prendas de vestir según ubicación corporal, estación del año, momento del día, ocasión etc.
- Estimular independencia en alcances y distribución de prendas dentro del placard (por ser específico de esta investigación, la actividad descrita hará referencia a este último objetivo).

Actividad:

Primera etapa: Reconocimiento de habitación propia.

Se estimula a la paciente, por medio de distintas consignas verbales, a desplazarse dentro de su habitación, reconociendo por diferentes medios mobiliario y ubicación de los mismos.

Segunda etapa: Concientización de alcances.

Ubicada frente al placard, se incentiva a la paciente a que realice movimientos con sus miembros superiores a diferentes niveles y reconozca los distintos compartimentos en los que se encuentra su ropa.

Tercera etapa: Clasificación y ubicación de ropa.

Se determina juntamente con la paciente las prendas de mayor uso y se las ubica en los lugares del placard de mejor alcance.

En esta actividad también se trabajan, como se explicó anteriormente, otras funciones como son amplitud articular, equilibrio, orientación témporo-espacial y sensibilidad táctil.

Actividades dirigidas al personal , directivos y dueños de la institución

Informar sobre la importancia de fomentar la autonomía funcional en los ancianos y de la influencia de lo ambiental en la misma.

Una opción que planteamos es el brindar una charla informativa donde se planteen diferentes aspectos ambientales y la influencia que tienen los mismos en la salud de los ancianos.

Seminarios informativos

Objetivo general:

- Concientizar al personal institucional sobre la influencia del ambiente en los gerontes.

Objetivos específicos:

- Formar al personal en la incidencia del ambiente en la autonomía funcional del geronte.
- Capacitar al personal para que reconozcan aspectos claves de barreras y soportes ambientales dentro de la institución donde trabajan.

Recursos: Videos

Filminas

Diapositivas

Actividad:

Se realizarán encuentros sucesivos en los que se abordarán diferentes aspectos que hacen a la temática, los cuales pueden ser enriquecidos por la utilización de los recursos mencionados previamente.

Informar sobre costos

Transmitir los principales problemas ambientales y su repercusión en la salud de los ancianos y en el presupuesto institucional, así como las posibles soluciones a efectuar.

Una de las formas de llevar a cabo esta propuesta sería por medio de un informe en el que se detallan las principales falencias ambientales del geriátrico, y de acuerdo a éstas detallar específicamente de qué manera están afectando la salud de los gerontes. (ver fundamentación del dimensionamiento).

Puede adjuntarse a este informe uno o varios presupuestos de las soluciones que se propongan, acompañado por un resumen de los costos de las consecuencias que pueden ocasionar las condiciones ambientales presentes.

Se hará hincapié en lo positivo de adoptar medidas de solución, haciendo referencia al prestigio social que origina un buen servicio, así como la posibilidad de evitar juicios por eventuales accidentes.

Participar en la designación de habitaciones

Después de realizar una evaluación inicial del paciente que ingresa, se puede sugerir a quien corresponda una distribución de las habitaciones según las características individuales.

A modo de ejemplo creemos importante mencionar cómo trabajan en este sentido algunas instituciones de la ciudad.

Cuando ingresa un anciano al establecimiento, un equipo interdisciplinario lo evalúa en diferentes aspectos. A partir de los resultados psicofísicos obtenidos por cada profesional, determinan conjuntamente la habitación que ocupará, en función de sus características personales por un lado y de las características físicas y sociales de la habitación, por el otro.

Ampliando esta metodología de trabajo creemos importante que el equipo haga la reevaluación periódica del ingresado en este aspecto, debido a los cambios que puede llegar a presentar el geronte, y determinar la conformidad del anciano con la pieza.

Redistribución del mobiliario

Objetivo general:

- Facilitar los desplazamientos de los gerontes.

Objetivos específicos:

- Reducir al mínimo el riesgo de caídas.
- Favorecer un aprovechamiento óptimo del ambiente.
- Favorecer la comunicación grupal por medio de una distribución correcta del mobiliario.



CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Puede observarse que en nuestra ciudad el abordaje de Terapia Ocupacional en geriatría se focaliza en aspectos que sólo mínimamente incluyen lo ambiental.

Según la clasificación utilizada en este trabajo, se evidencia que en las instituciones geriátricas se le otorga escasa importancia a las condiciones ambientales como medio para favorecer la calidad de vida del anciano.

A partir de esta situación queremos reflexionar sobre el lugar que ocupan los ancianos en nuestra sociedad. Los valores y las normas culturales se traducen entre otras cosas, en las características y en la organización de lo ambiental. Creemos que el desprestigio, aislamiento y desvalorización que sufren los gerontes actualmente, se reflejan también en los ambientes que se les otorgan para pasar sus días.

Como se da en otras esferas, también en geriatría la prevención primaria ocupa un lugar secundario, y como sabemos, las condiciones ambientales son un factor determinante dentro de la misma. El contar con condiciones ambientales adecuadas enriquece la calidad de vida de los ancianos.

Pensamos que como Terapeutas Ocupacionales poseemos los medios para otorgar a las condiciones ambientales la valoración real que poseen. De lograrlo, tal vez, podríamos ampliar el campo laboral, actuando como consultores de diferentes organismos y/o asesores de los directivos de las instituciones geriátricas.

Al difundir el accionar terapéutico de nuestra profesión la sociedad podría tomar conciencia de nuestro rol, e inclusive incrementar la solicitud del servicio de Terapia Ocupacional en el ámbito de geriatría, ya que casi la mitad de los geriátricos carecen del mismo.

Con este trabajo de investigación se ha intentado enriquecer el quehacer del Terapeuta Ocupacional mostrando un aspecto novedoso en el ámbito de geriatría, quedando abiertas las vías de discusión planteadas.

BIBLIOGRAFÍA**LIBROS**

ABRAMS, W., BEERS, M., BERKOW, R., Y COLS., *The Merck Manual of geriatrics*, Merck & Co. Inc. White House, EE.UU., 1995.

BENIELLI, J., *Práctica de la simplificación del trabajo*, Editorial Salvat, Bs.As., 1992.

BROOCKLEHURST, *Tratado de clínica geriátrica y gerontología*, Editorial Médica Panamericana, Bs. As., 1985.

CAINO, H.V. y coautores, *Clínica y tratamiento de las enfermedades en la tercera edad*, Editorial Celdus, Bs. As., 1986.

CABEZAS, G., y otros, *Curso básico sobre evitación y supresión de barreras arquitectónicas urbanísticas y del transporte*, Secretaría ejecutiva del real patronato de prevención y atención a personas con minusvalía, Universidad Nacional de Mar del Plata, 1987.

CAMBIER, J., MASSON, M., DEHEN, H., *Manual de Neurología*, Masson S.A., España, 1990.

CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPIST, *Occupational Therapy guidelines for client-centred practice*, Caotilace Publications, Toronto, 1991.

COMFORT, A., *Una buena edad. La tercera edad*, Editorial Debate, Madrid, 1984.

COPE, R., *Geriátría*, Editorial Salvat, Barcelona, 1982.

CREDAL-U.A.AL.C.NRS, *Tecnología y trabajo. Informe final del segundo seminario multidisciplinario sobre condiciones y medioambiente de trabajo*, Editorial Humanitas, Bs. As., 1988.

FERICGLA, J. M., *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*, Anthropos editorial del hombre, Barcelona, 1992.

FERNANDEZ, R., *Sistemas de calidad de vida*, Editorial Troquel, Bs. As., 1979.

FUSTINONI, O., *Semiología del sistema nervioso*, Editorial El Ateneo, Bs. As., 1978.

FUSTINONI, O. y PASSANANTE, D., *La tercera edad. Estudio integral*, Editores La prensa médica Argentina, Bs. As., 1980

GARREL, G., *Adding health to years. A basic handbook on older people's health*, Edited by Katrina Payne, Londres, 1993.

GUILLEN LLIERA, F. Y PÉREZ DEL MOLINO, M., *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*, Editorial Masson, 1988.

HALE, G. Y COLABORADORES, *Manual para minusválidos*, H. Blume editores, Madrid, 1980.

HAM. R.J., y SLANE, P.D., *Atención primaria en geriatría. Casos clínicos*, Mosby/Doyma Libros, Madrid, 1995.

HERR, J. y WEAKLAND, J., *Terapia interaccional y tercera edad. Asesoramiento a la familia del geronte*, Nadir Editores, Bs. As., 1979.

JAUREGUI, G. R., *Qué es la geriatría*, Editorial Columbia, Colección Esquemas, Bs. As., 1968.

KIELHOFNER, G., *A Model of Occupational Therapy. Theory and application*, Williams y Wilkins, EE.UU., 1995.

LANGARICA SALAZAR, R., *Gerontología y geriatría*, Editorial Interamericana, México D.F., 1987.

MIRANDA, C., *La Ocupación en la vejez. Una visión gerontológica desde Terapia Ocupacional*, Imprenta Relieve, Mar del Plata, 1996.

O.I.T., *Introducción al estudio del trabajo*, O.I.T., Tercera Edición, EE.UU., 1986.

O.N.U., *El envejecimiento: Tendencias y políticas*, N. U., EE.UU., 1975.

PANERO, J. Y ZELNIK, M., *Las dimensiones humanas en los espacios interiores. Estándares antropométricos*, Ediciones G. Gili, S.A. de C.V., México, 1989.

PASSANANTE, M.I., *Políticas Sociales para la tercera edad*, Editorial Humanitas, Bs. As., 1983.

POLIT, D.F. Y HUNGLER, B.P., *Investigación científica en ciencias de la salud*, Editorial Interamericana, México D.F., 1985, segunda edición.

REICHEL, W., *Aspectos Clínicos del envejecimiento*, Editorial El Ateneo, Bs. As., 1981.

SABULSKY, J., *Metodología de la investigación*, Editorial Kopyfac S.R.L., Ciudad Universitaria, Perú.

SALVARESSA, L., *Psicogeriatría. Teoría y clínica*, Editorial Paidós, Bs. As., 1988.

SAMAJA, J., *Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*, Editorial La Prensa Médica Argentina, Bs. As., 1993.

SIERRA BRAVO, R., *Tesis doctorales y trabajos de investigación*, Editorial Paraninfo, Madrid, 1996.

STREGLITZ, E. J., *Medicina geriátrica. Cuidado médico de la madurez tardía*, Salvat editores S.A., España, 1956.

TROMBLY, C., *Occupational therapy, principle and practice*, Editorial Interamericana, EE.UU., 1994.

VASILACHIS de GIALDINO, I., *Las condiciones de trabajo*, Abeledo - Perrot, Bs. As., 1990.

WILLARD, H.S. y SPACKMAN, C.S., *Terapéutica Ocupacional*, Editorial Jims, Barcelona, 1973.

REVISTAS Y OTRAS PUBLICACIONES

BLANCO, J., "País de viejos", *Magazine semanal*, número 151, junio-julio 1996, Suplementos Semanales S.A., Bs. As., 1996.

BOWEN, R., "The use of occupational therapists in independent living programs", *The American Journal of Occupational Therapy*, número 2 volumen 48, A.J.O.T., EE.UU., 1994.

BROWN, C., Y OTROS, "Influence of instrumental activities of daily living. Assesment method on judgment of independence", *The American Journal of Occupational Therapy*, número 3, volumen 50, A.J.O.T., EE.UU., 1996.

CLARK, F. Y OTROS, "Life domains and adaptive strategies of a group of low-income, well older adults", *The American Journal of Occupational Therapy*, número 2, volumen 50, A.J.O.T., EE.UU., 1996.

DELLA TORRE, D., "Geriátricos, depósitos para viejos" *La voz de la costa*, 27 de abril de 1994, Mar del Plata, 1994.

DELLA TORRE, D., "Los geriátricos son un negocio", *La voz de la costa*, 27 de abril de 1994, Mar del Plata, 1994.

EL ATLÁNTICO, "Preocupante aumento de los ancianos", *El Atlántico*, 23 de mayo de 1994, Mar del Plata, 1994.

GOLPE, L., "Tercer tiempo", *Viva, La revista del Clarín*, Editorial Clarín, Bs. As., 1996.

INGEBRETSEN, R., "Not entirely alone even so... Lost of spouse in later years", *Norsk gerontologist institut*, número 6, Norwegian Institute of gerontology, Noruega, 1988.

LA CAPITAL, "Mar del Plata, la segunda ciudad del mundo en cantidad de ancianos" *La Capital*, Mar del Plata, 1995.

LA CAPITAL, "Medidas para geriátricos del P.A.M.I.", *La Capital*, 15 de julio de 1996, Mar del Plata, 1996.

MC CLAIN, L. Y OTROS, "Restaurant wheelchair accessibility", *The American Journal of Occupational Therapy*, número 7, volumen 47, A.J.O.T., EE.UU., 1993.

NATIONAL INSTITUTE ON AGING, "Bound for good health" *A collection of age pages*, U.S. Department of health and human services, EE.UU., 1991.

O.I.T., "La O.I.T. y las personas de edad avanzada", *Boletín de la Oficina Internacional del Trabajo*, Ginebra, 1992.

O.N.U., "Población y desarrollo", *Programa de acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre población y desarrollo (El Cairo, 1994)*, O.N.U., Departamento de informes económicos y sociales de análisis de política, EE.UU., 1995.

O.N.U., "Informe sobre la situación social en el mundo", *Boletín de la Asamblea General*, EE.UU., 1993.

O.N.U., *Boletín de la Asamblea General de las Naciones Unidas*, EE.UU., 1995.

O.P.S., "Hacia el bienestar de los ancianos", *Publicación científica de la Organización Panamericana de la Salud*, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, número 492, O.P.S. EE.UU., 1985.

TERCER CONGRESO DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA, *Tomo de resúmenes*, Bs. As., 1982.

THE AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, "Statement: the role of occupational therapy in the independent living movement", *The American Journal of Occupational Therapy*, número 12, volumen 47, A.J.O.T., EE.UU., 1996.

VEGA, A., "Hay abuelos que la pasan mal", *La Nación*, 6 de agosto de 1995, Bs. As., 1995.

WATTS, S., "Cómo fundar un hogar residencia para ancianos", *Trabajando con ancianos*, número 1, Help Age International, Londres, 1988.

WATTS, S., "Guía para establecer servicios comunitarios para ancianos", *Trabajando con ancianos*, número 2, Help Age International, Londres, 1989.

WOOD, W. "Delivering occupational therapy's fullest promise: clinical interpretation of "Life domains and adaptive strategies of a group of low-income, well older adults"", *The American Journal of Occupational Therapy*, número 2, volumen 50, A.J.O.T., 1996.



ANEXO

**Cuadro Num. 1 Observación de los geriátricos
Conocimiento de los T.O.
2 Medidas indirectas tomadas por los T.O.
3 Medidas directas aplicadas por los T.O.**



CUADRO NUMERO 1 DE OBSERVACIÓN DE GERIÁTRICOS Y CONOCIMIENTO DE LOS T.O.

GERIÁTRICOS INDICADORES		1	2	3	51	TOTALES	
BAÑO	A										
	B	1									
		2									
		3									
	C	1									
		2									
	D										
	E	1									
		2									
	F	3									
		4									
		5									
	G										
	H										
	I										
	HABI- TA- CIÓN	1									
		A 2									
		B									
		C									
D											
COME DOR	A										
	1										
	B	2									
		3									
	C										
ILU MI NA CIÓN	1										
	A 2										
	3										
	4										
	B										

PASILLOS	A	1																		
		2																		
		3																		
		4																		
	B																			
ESCALERAS	A																			
	B																			
	C																			
	D																			
E	1																			
	2																			
F	1																			
	2																			
G																				
H																				
I																				
RAMPAS	A																			
Señalizaciones	A	1																		
		2																		
		3																		
TOTALES																				

REFERENCIAS:

BAÑO: A: altura inodoro/bidet 50 cm.

B: ducha B1: sin borde

B2: asiento para ducha

B3: jabonera en pared a 90 cm.

C: lavatorio: C1: altura a 80 cm. del piso.

C2: espacio libre debajo del artefacto.

D: canilla de palanca

E: espejo en ángulo, bajo, o suficientemente bajo.

F : agarraderas laterales: F1: fijas

F2: antideslizante

F3: de hierro

F4: de ¾ de pulgadas

F5: en todos los artefactos

G: piso antideslizante

H: superficie libre 1,50 m.

I: puerta: abertura hacia afuera o más de 90 cm. de ancho.

HABITACIONES: A: camas: A1: altura 50 cm.

- A2: interruptor próximo.
 B: armarios: estantes entre nivel de rodillas y hombros.
 C: superficie libre 1,50 m.
 D: puerta ancho mínimo 75 cm.
- COMEDOR:** A: mesa altura 80 cm.
 B: sillas y sillones B1: con respaldo
 B2: ángulo de 90 grados.
 B3: altura asiento 50 cm.
 C: espacio libre suficiente entre los muebles.
- ILUMINACIÓN:** A: artificial: A1: distribución uniforme
 A2: lámparas no menos de 60 watts.
 A3: interruptor
 A.3.1. con luz.
 A.3.2: próximo a vías de acceso.
 A4: altura máxima posible de los artefactos
 B: natural adecuada
- PASILLOS:** A: pasamanos: A1: ambos lados-en un lateral
 A2: distancia de la pared de 2,5 a 5 cm.
 A3: altura del piso entre 90 cm. y 1 m.
 A4: grosor
 B: ancho 1,50m.
- ESCALERAS:** A: ancho mínimo 1,10 m.
 B: altura de los escalones menos de 15 cm.
 C: tramo recto hasta 7 escalones
 D: narices evidenciadas
 E: puerta de seguridad E1: arranque superior
 E2: arranque inferior
 F: interruptor de luz: F1: arranque superior
 F2: arranque inferior
 G: pasamanos en ambos lados
 H: escalones antideslizantes
 Y: primer y último escalón pintados de otro color
- RAMPAS:** A: inclinación no mayor de 1/12 altura/longitud.
 B: pasamanos
 C: ancho mínimo 90 cm.
 D: zona plana a lo alto.
- SEÑALIZACIONES:** A: identificación de sectores: A1: letras
 A2: dibujos
 A3: relieve

NOTA

Cada columna fue completada con el puntaje adecuado a cada indicador, según lo determinado en el dimensionamiento. Una planilla se utilizó para trelevar las condiciones ambientales de los geriátricos, y otra similar para el conocimiento de los Terapistas Ocupacionales.

CUADROS 2 Y 3 DE MEDIDAS IMPLEMENTADAS POR LAS TERAPISTAS OCUPACIONALES.

MEDIDAS INDIRECTAS TOMADAS POR LOS T.O

T.O M.I	1	2	3	14	total
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
Total												

REFERENCIAS: M.I. Medidas Indirectas
M.D. Medidas Directas

- 1- Baño
- 2- Habitación
- 3- Comedor
- 4- Iluminación
- 5- Pasillos
- 6- Escaleras
- 7- Rampas
- 8- Señalizaciones

MEDIDAS DIRECTAS APLICADAS POR LOS T.O

T.O \ MD	1	2	3	14	total
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
total														

REFERENCIA: Ver cuadro anterior.

NOTA: Todas las medidas (directas e indirectas) fueron consignadas en el casillero correspondiente.


AUTORAS: Cuello Otero, María Verónica, M. T 1864/90

Domínguez, María Silvina, M. T 1671/89

Tornabene, Maricel Andrea, M. T 1717/89



DIRECTORA: Lic. Lía Zervino



TESIS

Nombre:

Autres:

Ingrantes del Jurado:

echa de defensa:

Calificación: