

Efectos de un programa de terapia recreativa sobre el estado depresivo de ancianos institucionalizados en El Cottolengo, 1988-1989.

Celmira Valencia A., Enf. MSP¹, María Ximena López², Gloria Estella Muñoz²,
Claudia Patricia Saavedra², Patricia Vélez²

RESUMEN

Se realizó un estudio con ancianos institucionalizados en El Cottolengo, Jamundí, 1989. En un diseño cuasiexperimental, se contempló la siguiente hipótesis: "Los ancianos que asistían a la terapia recreativa disminuyen su estado depresivo". Se describen las características sociodemográficas y la valoración del estado de salud de los 73 ancianos de la muestra inicial, de la siguiente manera: la edad promedio del grupo fue 75 años, sin diferencia significativa en cuanto a sexo, la mayoría solteros; la ocupación previa guardaba relación con el nivel bajo de instrucción; 63% refirieron sentirse mal, 24% acusaron quejas respiratorias y 8.2% molestias osteomusculares. De los 73 ancianos mencionados, 30 asistieron a 63.8% de las sesiones de terapia recreativa, a quienes se les aplicó una escala de estados depresivos antes y después del programa. El análisis de regresión múltiple mostró significancia estadística ($t = 4.49 > p = 0.0$) por tanto se probó la hipótesis planteada respecto a la disminución de los estados depresivos de los ancianos que asistían a la terapia recreativa. Se concluyó que la terapia recreativa contribuye a conservar el estado de salud tanto físico como mental del anciano institucionalizado.

En las últimas décadas en América Latina se han producido cambios en la estructura de la población. El grupo de edad de mayores de 60 años está en aumento. Para 1980 había 23.3 millones y los cálculos indican que para el año 2000 aumentará a 40.9 millones¹. Colombia, país con características similares, no escapa a la situación.

Para 1985 en el Departamento del Valle, 357,010 habitantes eran mayores de 50 años, es decir, 12.5% del total de la población. En Cali se encontró una cifra similar para este grupo de edad². El aumento de la población anciana y el deterioro de las condiciones de vida, producido por los cambios socio-económicos, llevan a los servicios de salud y bienestar social a reforzar los programas de atención a los ancianos.

Los cambios biológicos y psicológicos propios del envejecimiento, y los factores sociales hacen a los individuos susceptibles de padecer estados depresivos. La disposición y el empleo de los recursos físicos y psicológicos, facilitan la adaptación de la persona a esta etapa de la vida.

Cuando un anciano se institucionaliza, se necesitan ciertas adaptaciones que si no ocurren pueden producir estados de

ansiedad, depresión u otras consecuencias en el plano emocional.

Para contribuir a mejorar la calidad de vida del anciano, es necesario reforzar en los programas de atención, las actividades recreativas y ocupacionales que ayudan a disminuir los estados de depresión, la ansiedad y a mejorar la autoestima de la persona. Los hallazgos de esta investigación se pueden tener en cuenta para planear actividades recreativas dirigidas al anciano institucionalizado.

El presente trabajo se propuso aplicar un Programa de Terapia Recreativa (PTR), a un grupo de ancianos en El Cottolengo y medir su efecto sobre el estado de depresión de quienes participaron en el programa. Se plantearon los siguientes objetivos:

1. Realizar un diagnóstico de los ancianos seleccionados en términos de identificación de las características sociodemográficas y el estado de depresión.
2. Desarrollar el PTR y medir su efecto sobre depresión.

Se consideró que los estados de depresión en las personas de edad se debían a la interacción de algunos factores ambientales como falta de actividades recreativas y/o ocupacionales que originan una buena integración grupal y fallas en la comunicación. Si en las instituciones para ancianos se realizaran programas de terapia dirigidos a los usuarios, se podría

1. Profesora Asociada, Departamento de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Estudiante, Departamento de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

influir de modo positivo en tales estados de depresión.

MARCO TEORICO

El proceso del envejecimiento es individual. Es una experiencia que depende de la relación del sujeto con el ambiente, donde influyen aspectos biológicos, psicológicos y sociales. A nivel biológico se produce el deterioro de las células y tejidos que originan cambios en el organismo, en la conducta y en el funcionamiento social.

Jack, citado por Becerra & Serna², se refiere a los cambios que ocurren durante esta etapa de la vida que son el resultado de numerosos procesos multifactoriales. Algunos se pueden atribuir a los cambios genéticos, fisiológicos o del desarrollo biológico. Otros son el resultado de la interacción de las fuerzas sociales, culturales y ambientales.

A la vejez se le ha llamado la edad del reposo y la tranquilidad. Todo esto se logra cuando se han cumplido las responsabilidades con la familia y la sociedad. Mairk³, al comentar el trabajo de Erickson, llama a esta etapa adquisición del sentido de integridad. El adulto preserva y asegura el desarrollo de la nueva generación, adquiere perspectiva cabal de su propio ciclo, desarrolla un sentido de sabiduría y una filosofía de la vida que va más allá del ciclo vital individual.

La depresión se considera como una experiencia humana, un estado de ánimo, un problema de salud mental o también un síntoma asociado con enfermedades somáticas. Es frecuente en la vejez como respuesta a las enfermedades o a las situaciones de pérdida. Es prevalente en la población general, 3% a 5%. Es muy común en la consulta médica entre 12.2% y 25% en todos los pacientes⁴.

En este estudio se definieron los estados depresivos como grupos de síntomas y algunos comportamientos que no producen mayores alteraciones en la vida cotidiana de la persona, p.e., tristeza, llanto frecuente, insomnio, pérdida del interés, pérdida de apetito, sentimientos de minusvalía, irritabilidad, aislamiento, ansiedad y hasta ideas o intentos de suicidio.

Además, consideraron las depresiones menores como trastornos afectivos leves caracterizados por estado de ánimo deprimido, apatía, pérdida de interés, sentimientos de minusvalía, ansiedad y síntomas somáticos⁴.

En el anciano las modificaciones en el funcionamiento somático y cerebral se relacionan con los estados depresivos frecuentes, que se pueden presentar cuando las enfermedades físicas hacen crisis, por la pérdida de las capacidades físicas

e intelectuales y por factores psicosociales como abandono, soledad, pobreza, pérdida de la familia y desempleo.

El anciano institucionalizado requiere un ambiente cordial, donde se fomenten las buenas relaciones con los compañeros y con el personal que brinda la atención; también necesita recreación y estímulos ambientales que contribuyan a mejorar el estado de ánimo. La recreación se definió como una actividad placentera utilizada para reponer las energías gastadas en la jornada laboral; es el equilibrio entre la responsabilidad del trabajo y la necesidad de diversión. Contribuye a mejorar las relaciones interpersonales, la cooperación, la solidaridad y a disminuir tensiones emocionales. Por esta razón la recreación debe formar parte de los programas de atención a las personas institucionalizadas.

La recreación constituye uno de los derechos fundamentales del hombre contemporáneo, tan importante para su realización personal en la paz, la libertad y el desarrollo de la sociedad dentro de la cual se desenvuelve su vida⁵. El anciano jubilado que dispone de todo el tiempo libre y el institucionalizado, necesitan la actividad recreativa encaminada a conservar las habilidades físicas e intelectuales, a disminuir la tensión emocional, a producir estímulos para mejorar el estado de ánimo y la autoestima.

De conformidad con lo expuesto antes, se planteó la hipótesis: "los ancianos que asistan a las sesiones de la terapia recreativa disminuyen su estado depresivo".

El PTR constituyó la variable independiente; la dependiente fue el nivel de depresión; y las variables intervinientes eran la edad, el sexo, el estado civil, la escolaridad y aspectos psicosociales como expectativas y sentimientos hacia la vejez y necesidad de comunicación.

El PTR se definió como un conjunto de acciones programadas y orientadas a estimular las habilidades físicas, psíquicas y sociales del anciano, a fortalecer la integración grupal, la actividad intelectual y fomentar la expresión creadora del anciano. El estado depresivo se definió como el puntaje promedio del estado depresivo del anciano, medido a través de una escala construida para tal fin.

MATERIALES Y METODO

En el estudio se describieron y analizaron las variables previamente enunciadas y se aplicó un diseño cuasiexperimental, que permitió establecer relación entre las variables para probar la hipótesis formulada. El diseño se diagramó de la siguiente manera:

$Y^0 \xrightarrow{x} Y^1$ de donde:

Y^0 = Puntaje de depresión antes del PTR x = PTR

Y^1 = Puntaje de depresión después del PTR.

El trabajo se realizó en El Cottolengo, institución fundada en 1959 por el sacerdote dominico Fray Alonso Ocampo Arias y ubicada en el Municipio de Jamundí, Departamento del Valle. Ofrece atención de las necesidades básicas para los residentes y servicios de salud a la comunidad: odontología, medicina física y rehabilitación, atención de enfermería y consulta médica (hace parte del sistema de referencia del Servicio de Salud del Valle). Es atendida por 2 médicos generales, 1 fisioterapeuta, 1 licenciado en educación física, 2 odontólogos, 1 enfermera y como personal vocacional, 3 vigías de la salud, 1 auxiliar de terapia ocupacional, 2 secretarias, 2 motoristas y algunos voluntarios.

El universo lo constituyeron 300 personas en edades comprendidas entre 55-90 años residentes en la institución. La muestra inicial la conformaron 73 ancianos a quienes se les realizó la valoración de la salud. De estos se tomó la muestra de ancianos de ambos sexos seleccionados de acuerdo con los siguientes criterios: edad, 60 años y más; institucionalizados con un tiempo mínimo de 6 meses; voluntarios; con capacidad para entender órdenes; presencia de un mínimo de 2 síntomas depresivos; ausencia de enfermedades incapacitantes: sordera, ceguera y tartamudez; sin enfermedades agudas recientes como cáncer, cardiovasculares con seis meses de diagnóstico y tratamiento; sin dificultad para moverse por sus propios medios; sin enfermedad mental como psicosis; y disposición del tiempo para participar por lo menos en 4 sesiones del PTR. Los instrumentos para recolectar los datos fueron la historia clínica y la escala de estados depresivos.

Para identificar el estado de salud se aplicó la historia clínica adaptada al anciano, que permitió seleccionar el grupo que participó en el PTR. Esta se sometió a la revisión de 4 expertos y obtuvo 100% de validez en su contenido. Para minimizar el error de medida y asegurar su confiabilidad, se probó en 13 ancianos con características similares en la institución María Luisa de Marillac de Cali. La confiabilidad del instrumento fue 0.8.

Con la historia clínica se valoraron 73 ancianos y se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión, que sirvieron de filtro para seleccionar 47 ancianos, 24 mujeres (51.1%) y 23 hombres (48.9%) A este grupo se le aplicó la escala de estados depresivos. La escala incluyó 11 preguntas cerradas referentes a los síntomas depresivos, construidas según el vocabulario del anciano, obtenidas por medio de entrevistas hechas a personas

con características similares; también contenía 7 preguntas abiertas que permitieron determinar la confiabilidad del instrumento, cuyo valor en función de las concordancias fue 1.

Para la construcción de la escala se realizaron los siguientes pasos:

1. Se escribieron 115 enunciados con los términos de los ancianos para referirse a los estados depresivos.
2. Cada enunciado se escribió en una tarjeta separada.
3. Al hacer la prueba, cada enunciado se situó en una escala de 11 intervalos, el enunciado que se refería a los síntomas más serios de depresión (asociación fuerte), se colocó en los números de 7 a 11, los enunciados que describían menos los estados depresivos, se situaron del 1 al 5 (asociación leve).
4. La prueba se hizo con 10 ancianos, a cada uno se le entregaron las 15 tarjetas y se les pidió que las ordenaran en los intervalos de 1 a 11 según su juicio, para valorar el contenido en términos del estado depresivo de cada enunciado.
5. Se calculó el valor de la mediana y el valor Q correspondiente a cada enunciado.
6. Según el valor Q de los enunciados, se dio el orden final de la escala.

Para dar validez de construcción, se aplicó la escala de Hamilton (que se utiliza para determinar el efecto del fenobarbital en diferentes poblaciones) a 11 ancianos incluidos en la muestra, seleccionados aleatoriamente.

El PTR se estructuró en 5 áreas: expresión creadora, integración grupal, movimiento, actividad intelectual y manejo de espacio. Se realizó durante 6 sesiones con una frecuencia de 2 veces por semana y una intensidad de 1 hora. Finalizado el programa se aplicó nuevamente la escala de síntomas depresivos a los 30 ancianos (63.8%) que asistieron como mínimo a 4 sesiones.

En el análisis de los resultados se utilizaron las estadísticas descriptivas y como prueba inferencial, la regresión múltiple permitió medir el efecto de la variable independiente y de las variables intervinientes, que se dicotomizaron en factores positivos y negativos, para determinar el grado en que influían en la variable dependiente.

RESULTADOS Y DISCUSION

En el análisis de los resultados se aplicaron las estadísticas descriptiva y analítica.

1. Se describen las características socio-demográficas y la

valoración del estado de salud de los 73 ancianos incluidos en la muestra inicial.

En relación con la edad se observó que el grupo predominante tenía 71 a 80 años con 34 (46.5%) personas. En el sexo no había mayores diferencias, 50.7% mujeres y 49.3% hombres. Al relacionar esta variable con el estado civil se encontró que 57.5% eran solteros; de ellos, 34.2% correspondían a mujeres. El grupo de separados y viudos fue alto, 35.6% con una proporción mayor para los hombres. La cifra más elevada de mujeres solteras, se puede deber a la mayor supervivencia que los varones, por adaptarse con más facilidad a la soledad cuando han perdido a su familia. En tanto que las viudas y separadas al quedar sin un lugar estable de vivienda y desprotegidas de la familia, acuden con frecuencia en busca de albergue en estas instituciones.

La ocupación de las personas antes de ingresar a la institución estuvo representada con mayor frecuencia por trabajos domésticos en las mujeres, 39.1%, y oficios varios para los hombres, con 18.0%. Sobre la escolaridad y ocupación, en la mayoría hubo primaria incompleta, 47.2%; la cifra más baja correspondió a la secundaria incompleta, 8.3%; los analfabetas fueron 25% y ambos grupos desempeñaban actividades domésticas.

Las ocupaciones que no ameritan una educación alta, se relacionan con el escaso nivel de instrucción encontrado, pues sus características socioeconómicas brindaban mínimas posibilidades de mayor acceso a la educación, que para el adulto se concibe como elemento de cambio social que lo prepara para el envejecimiento al considerarlo capaz de aprender a cualquier edad, aun sin escolaridad previa².

En cuando al estado de salud de las personas valoradas con la historia clínica, se encontraron las mayores necesidades insatisfechas a nivel de órganos de los sentidos, pues 65.7% usaban anteojos o presentaban otras molestias oculares y 61.6% tenían problemas auditivos (Cuadro 1). Con respecto a los sentimientos y expectativas hacia la vejez se encontraron 72.5% de factores negativos, expresados en términos de temor, tristeza, irritación, aburrimiento, incertidumbre y rechazo. Sólo en 9 (12.3%) hubo antecedentes o pensamientos de autoagresión, hallazgo llamativo, pues en estudios hechos en Cali⁶ se observó 95% como tasa promedio de mortalidad por suicidio para el grupo de 60 años y más. Esta situación se podría explicar por las características socioeconómicas de los individuos estudiados, quienes atribuyen mayor valor a la satisfacción de necesidades básicas que encuentran en la institución, más que las necesidades de tipo afectivo.

En cuanto a las necesidades psicosociales, se encontraron

Cuadro 1
Necesidades Físicas Identificadas en el
Grupo de Ancianos Estudiados. El Cottolengo, 1989.

	Necesidad física				Total	
	Nº	Sí %	Nº	No %	Nº	%
Ojos	48	65.7	25	34.2	73	100
Oídos	45	61.6	28	38.4	73	100
Dentadura	39	53.4	34	46.5	73	100
S. respiratorio	7	9.6	—	—	—	—
S. cardiovascular	17	23.2	56	76.8	73	100
S. gastrointestinal	20	27.4	53	72.6	73	100
S. genitorinario	16	22	57	78	73	100
S. musculoesquelético	42	57.5	31	42.5	73	100
S. nervioso central	26	35.7	47	64.3	73	100

$x = 4.3$ DE = 2.11

47.9% de personas que requerían protección, debido al abandono de la familia o la carencia de vivienda, mientras 35.6% expresaron la necesidad de obtener alguna remuneración por el trabajo; esto se consideró como factor negativo. Sobre los sentimientos hacia la institución, 83.6% manifestaron términos de agrado por satisfacer las necesidades de atención, mientras 16.4% se sentían descontentos.

La necesidad de comunicación, 63% la satisfacían mediante interacciones con los compañeros; de los demás, 37% tenían dificultades por problemas como peleas frecuentes, rechazo y algunas características del estilo de vida de la persona (Cuadro 2). En concordancia con el resultado anterior es apremiante la necesidad de recreación e integración social. Las personas recluidas en una institución, están expuestas al aislamiento que puede afectar el estado de ánimo, la capacidad intelectual, empobrecer las relaciones interpersonales y convertir la soledad en una realidad de la existencia.

Cuadro 2
Necesidades Psicosociales Identificadas en el
Grupo de Ancianos. El Cottolengo, 1989.

Necesidades psicosociales	Factores negativos		Factores positivos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Protección	35	47.9	26	35.6	61	83.5
Atención	12	16.4	61	83.6	73	100.0
Comunicación con compañeros	27	37.0	46	63.0	73	100.0
Comunicación con familia	34	46.6	39	53.4	73	100.0
Apoyo familiar	49	67.8	24	32.2	73	100.0

$x = 2.20$ DE = 1.13

En cuanto a la necesidad de comunicación con la familia y amigos se encontró como factor positivo que 53.4% recibían visitas. Pero a su vez, el apoyo brindado por la familia se consideró factor negativo en 67.8% debido al abandono o a la pérdida de la familia lo que se acentúa a medida que avanza la edad (Cuadro 2). El aislamiento o falta de contacto con otras personas, surge fundamentalmente del hecho de apartar al viejo de sus puntos de apoyo y generar en el anciano un estado permanente de soledad afectiva⁷.

Las necesidades físicas, psicosociales y las expectativas y sentimientos hacia la vejez se agruparon como variables intervinientes, y se cruzaron con el puntaje de las condiciones de depresión identificadas para los 30 ancianos que participaron en el PTR. Además, se hizo un análisis de regresión múltiple que no mostró significancia estadística ($F = 0.84 < 0.05$). Es decir, las variables intervinientes no influyeron en el estado depresivo y, por tanto, su disminución fue efecto del PTR (Cuadro 3).

Con base en el estudio fue posible formular las siguientes conclusiones:

- La edad predominante del grupo de estudio fue 71 a 80 años. El estado socioeconómico bajo, caracterizado por grado de instrucción de primaria y ocupaciones desempeñadas como trabajos domésticos y oficios varios.
- Las necesidades físicas y sociales encontradas, pueden obedecer al estado de deprivación social en que han vivido estas personas y la escasa oportunidad de satisfacer las necesidades de autorrealización y afecto; por esto encuentran la institución como una solución a sus necesidades básicas, pues éstas son de la mayor importancia para ellos.
- Las actividades recreativas programadas para el anciano con estados depresivos, contribuyeron a mejorar esta condición.

Los resultados expuestos son aplicables a poblaciones concentradas con características similares, y ayudan a mejorar la atención integral y la calidad de vida del anciano.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan su gratitud a Graciela Pardo de Vélez y Marlene Cedeño profesoras, Departamento de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, por su asesoría y orientación oportuna. A Mariela Sardi de Garcés, Directora de El Cottolengo, por permitir la realización del trabajo en esta institución y su colaboración en el mismo. A Joaquín Valderrama, por su colaboración en el programa de terapia recreativa.

SUMMARY

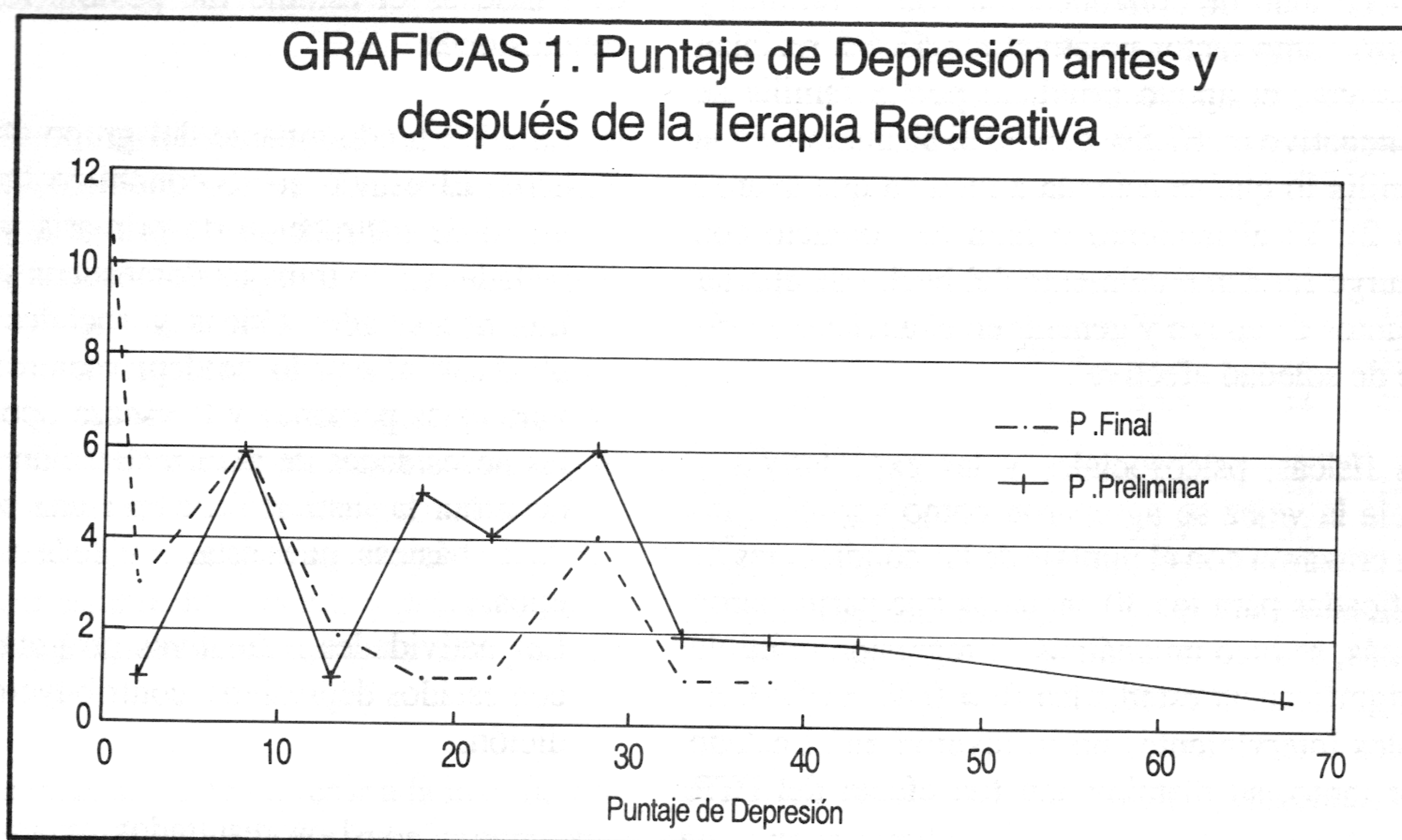
This study done with institutionalized elderly in Cottolengo, Jamundí, had a quasiexperimental design and the following hypothesis: "The elderly who attend recreation therapy lessen their depression state". The sociodemographic characteristics and health status of the 73 subjects in the initial sample were: mean age, 75 years without statistically significant difference by sex; most of them were single; the previous occupation was related to the low educational level. Sixty three percent did not feel well, 24% had respiratory complaints and 8.2% had osteomuscular complaints.

Cuadro 3
Análisis de Regresión Múltiple de las Variables Intervinientes Según Puntaje del Estado Depresivo de 30 Ancianos.

		Grados de libertad DF	Suma de cuadrados	Promedios de cuadrados	F
Regresión múltiple	0.54546				
R. x	0.29753	3.	704.65647	234.88549	0.84708
x ajustados	0.05373	6.	1663.72753	277.28792	
Error estándar	16.65196				
Variables intervinientes		F			
Necesidades físicas		0.029			
Necesidades psicosociales		0.703			
Sentimientos y expectativas a la vejez		0.265			

2. El análisis de los resultados al aplicar la escala de "estados depresivos" antes y después del PTR a los 30 ancianos del estudio arrojó los siguientes datos:

En la prueba preliminar se observó un promedio de los estados depresivos de 23.1% con una desviación estándar de 13.9 que expresa heterogeneidad en el grupo. En la prueba final después de asistir al PTR el promedio de los estados depresivos disminuyó a 9.8% y la desviación estándar a 11.8. Es decir, bajó levemente la heterogeneidad observada al principio. La diferencia entre el promedio preliminar (23.1) de los estados depresivos y el promedio final (9.8) fue estadísticamente significativa ($t = 4.5 > p 0.00$); por tanto, se probó la hipótesis planteada respecto a la disminución de los estados depresivos de los ancianos que asistieron al PTR (Figura 1).



Prueba preliminar

N= 47

$\bar{x} = 23.17$

DE = 13.94

Prueba final

n= 30

$\bar{x} = 9.89$

DE = 11.80

$t = 4.49 > p 0.00$

Figura 1. Puntaje de depresión antes y después de la terapia recreativa.

Thirty elderly that attended 63.8% of the recreation therapy meetings were assessed for depression state before and after the recreation therapy. The multiple regression analysis showed statically significant difference ($t = 4.49, > p = 0.00$) thus accepting the hypothesis related the decrease in the depression state among the elderly who attended recreation therapy. It is concluded that recreation therapy contributes to maintain the physical and mental health status of the institutionalized elderly.

REFERENCIAS

1. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 1988, 104: 614-621.

2. Becerra, E. & Serna, M. *Efectos de un programa educativo estructurado en las actividades de la persona vieja hacia la vejez*. P. 9. Cali, 1990.
3. Mairk, H. *Tres teorías sobre el desarrollo del niño Erickson, Piaget y Sears-Amortue*. P. 81. Editores, Buenos Aires, 1969.
4. Vélez, H, Borrero, J, Restrepo, J & Rojas, W. *Fundamentos de medicina psiquiátrica*. Pp. 562-565. Corporación para las Investigaciones Biológicas, Medellín, 1988.
5. Mendoza, A. *La recreación en el desarrollo de la comunidad*. P. 350, OEA, Washington, 1964.
6. Cedeño, M & Valencia, C. Tendencias de la mortalidad por suicidio. *Perspectiva Proceso Salud Enfermedad* (Tunja), 1990, 6: 57-67.
7. Vidal, G & Alarcón, R. *Psiquiatría*. P. 475. Panamericana, Buenos Aires, 1986.

Correos
de Colombia



Adpostal

Estos son nuestros servicios
¡Utilícelos!

- SERVICIO DE CORREO ORDINARIO
- SERVICIO DE CORREO CERTIFICADO
- SERVICIO DE CERTIFICADO ESPECIAL
- SERVICIO ENCOMIENDAS ASEGURADAS
- ENCOMIENDAS CONTRA REEMBOLSO
- SERVICIO CARTAS ASEGURADAS
- SERVICIO DE FILATELIA

- SERVICIO DE GIROS
- SERVICIO ELECTRONICO BUROFAX
- SERVICIO INTERNACIONAL APR SAL
- SERVICIO "CORRA"
- SERVICIO RESPUESTA COMERCIAL
- SERVICIO TARIFA POSTAL REDUCIDA
- SERVICIOS ESPECIALES

Cuente con nosotros
Hay que creer en los Correos
de Colombia