



M^a Jesús Rojas Ocaña
Angela M^a Toronjo Gómez
Juan Bautista Rodríguez Rodríguez
Ana Abreu Sánchez
Margarita Rodríguez Pérez
M^a del Valle López Santos

Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Huelva.
Centro del estudio: Residencia Mixta de Pensionistas de Huelva.

Correspondencia:

M^a Jesús Rojas Ocaña
C/ Monsalve, 2^a. Ático C. 21007–Huelva
Tfno.: 630 12 66 69; fax: 959 27 02 34
E-mail: mariaj.rojas@denf.uhu.es

Ancianos válidos institucionalizados

Institutionalized, non-invalid old people

Premio SEEGG 2003 a la Mejor Comunicación Científica presentada en el X Congreso Nacional de la SEEGG. Alcalá de Henares. Mayo, 2003.

RESUMEN

El ingreso en residencias ha sido denominado con el concepto de institucionalización, para diferenciarlo de la atención comunitaria y denotar su carácter de especialización. Los ancianos válidos al ingreso en un centro dejan de realizar tareas por un mecanismo de ajuste de su conducta a la vez que pueden adoptar una actitud pasiva; efecto generador de dependencia. Todos los ancianos al ingresar por primera vez en un centro geriátrico se someterán a un período de adaptación y observación establecido en 20 días tras el cual serán valorados por una Comisión Técnica.

Objetivo general: Evaluar la influencia que ejerce la institucionalización en la autonomía de un anciano en el momento de su ingreso en una residencia geriátrica de válidos y compararlo con el obtenido tras el período de adaptación. **Materiales y método:** Diseño preexperimental con estudio pretest-postest de un solo grupo en dos momentos diferentes, es decir, medición previa y posterior a una intervención, que en este caso sería el tiempo. *Variables dependientes:* Grado de autonomía: medir la capacidad del anciano/a referente a actividades cotidianas. Mediante el Índice

SUMMARY

The admission to a residence has been termed "institutionalization" in order to differentiate it from community care and to emphasise its nature as a specialization. On admission to a centre, old people who are not invalid cease to perform certain tasks because of adjustment, which can result in passive behaviour; this in turn creates dependency. All old people, on entering a geriatric centre for the first time, undergo a period of adaptation and observation that last 20 days, after which they are evaluated by a Technical Committee.

General objective: To evaluate the influence of institutionalization on an old person's autonomy on admittance to a geriatric residence for non-invalids, and the comparison with their behaviour after the period of adaptation. **Material and method:** A pre-experimental design with a pre-and post-test study of a single group during two different periods, that is to say, a measurement before and after of an intervention which in this case is defined as time. **Dependent variables:** Level of Autonomy: to measure the capacity of an old person in relation to everyday activities using the Barthel Scale: (ABVD) Basic

16 de Barthel: (ABVD). *Actividades Básicas de la Vida Diaria y el Índice de Lawton: (AIVD)*. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. *Variable independiente:* Ingreso del anciano/a en la Institución. Es la variable que puede modificar o no su grado de autonomía. *Variables sociodemográficas:* edad, sexo, procedencia, estado civil, capacidad adquisitiva, motivo de ingreso. *Sujetos de estudio:* Todos los ancianos ingresados la Residencia Mixta de Pensionistas de Huelva durante enero y la última semana de abril de 2002, muestra aproximada de 30 ancianos. *Análisis de datos:* El análisis estadístico se realizó mediante el programa Epi-info 6.0 y SPSS V.10. El test aplicado ha sido el test no paramétrico o de libre distribución de medias de muestras apareadas test de Wilcoxon, al no cumplirse las condiciones de distribución normal y ser la muestra obtenida menor de 30. Para comparar proporciones se usó el test de McNemman. En todos los casos se consideraron significativos los niveles de probabilidad inferiores a 0,05. *Resultados:* El 40% de los residentes ingresados tiene entre 75 y 79 años, ninguno es menor de 70 años. Ingresan más hombres que mujeres. El Índice de Barthel en el momento del ingreso refleja una media de 97 puntos con una DE: 3. Y tras el período de adaptación disminuyó con un valor de 92 y con DE: 6. En el Índice de Lawton en la primera medición presentaba independencia total un 45% de los casos. Tras los 20 días el 100% de los residentes era dependiente o necesitaba ayuda, no permaneciendo ninguno totalmente independiente. *Discusión:* Existe una relación significativa entre la autonomía e independencia de un anciano y su deterioro debido a la institucionalización. Las actividades que han sufrido mayor deterioro funcional han sido la deambulación y el subir y bajar escaleras, el lavado de la ropa, al igual que en el cuidado de la casa, preparación de comidas o la realización de compras. *Conclusiones:* Dentro de una institución el programa de adaptación del anciano debería tener como prioridad la adaptación organizativa del centro a las verdaderas necesidades de los usuarios y no al revés, implicando en este proceso siempre a la familia... todo en pro de fomentar en todo momento la autonomía tanto física como psicológica del anciano.

PALABRAS CLAVE

Institucionalización, conducta, dependencia, adaptación.

Activities of Daily Life; and the Lawton Scale: (AIVD) 7
Instrumental Activities of Daily Life. Independent
variable: Admission of the old person into the institu-
tion. This is the variable that could modify, or otherwi-
se, the level of autonomy. Socio-demographic varia-
bles: Age; Sex; Background; Civil Status; Acquisitive
Capability; Reason for Admission. Subjects for study:
All the old people admitted to the "Residencia Mixta de
Pensionistas" in Huelva from January 2002 to the last
week of April 2002, totalling about 30 old people.
Data analysis: The statistical analysis was performed
using the Epiinfo 6.0 and SPSS V.10 program. The test
was non-parametric or consisted of the random distribu-
tion of average samples linked to the Wilcoxon Test since
it did not conform to the conditions of normal distribu-
tion and because the sample was less than 30. This was
done in order to compare proportions with the McNem-
man Test. Levels of probability less than 0.05 were con-
sidered significant. Results: Forty per cent of residents
were between 75 and 79 years of age, none less than 70.
There were more men than women. At the time of admis-
sion, the Barthel Index showed an average of 97 points
with a SD: 3. And after the period of adaptation fell to
92 with a SD: 6. The first measurement using the Law-
ton Index showed total independence to be at 45%. After
20 days, 100% of residents had become dependent or nee-
ded assistance. Not a single resident remained totally
independent. Argument: There exists a significant rela-
tion between the autonomy and independence of an old
person and his deterioration due to institutionalization.
Activities that underwent greatest functional deteriora-
tion were walking and ascending and descending stairs.
Also washing clothes, house cleaning, preparing meals
and shopping. Conclusions: Within the programme of
adaptation in an institution, priority must be given to
the organisational adaptation of the centre to the needs of
the users and not the contrary. The user's family should
be involved as much as possible in order to preserve the
physical and psychological autonomy of the old person at
all times.

KEY WORDS

Institutionalization, behaviour, dependency, adaptation.



8 INTRODUCCIÓN

Uno de los hechos sociológicos más notables de los últimos tiempos es el cambio producido en la pirámide poblacional y el consiguiente incremento de la población anciana (1). En el año 2020, las personas mayores de 65 años constituirán más de un cuarto de la población de la Unión Europea (2).

En el Plan Gerontológico Nacional se contempla la necesidad de promover la salud y la prevención primaria de la enfermedad, siendo su línea básica de intervención potenciar la permanencia del anciano en su entorno, priorizando sus cuidados en el propio domicilio (3). Coincidiendo con este planteamiento la OMS establece que los ancianos están mejor en su propio entorno familiar y en su propio domicilio, pues se cree que ello les capacita para mantener su independencia y su capacidad de adaptación. En este ámbito la mayoría de los cuidados son autodispensados o suministrados por la propia familia. Ésta se convierte en el soporte principal y a veces único en el cuidado de los ancianos, desea cuidarlo y protegerlo, aunque muchas veces si no recibe ayuda externa (formal o informal), no es capaz de soportar la enorme sobrecarga que esto supone.

Cuando esta asistencia a domicilio no es posible por su grado de dependencia o bien cuando coexistan factores como una edad superior a 70 años, soledad, demencia, viudedad, ausencia de apoyo de parientes, aislamiento social, etc., se hace necesaria la institucionalización en centros geriátricos que garanticen cuidados especializados (4).

El ingreso en residencias ha sido denominado con el concepto de institucionalización, para diferenciarlo de la atención comunitaria y denotar su carácter de especialización. De cualquier manera el ingreso en un centro residencial no siempre es igual. No existe un único proceso de institucionalización. La rehabilitación, el confort, la promoción de la autonomía, de la calidad de vida y la participación activa de la familia y de la comunidad deben ser los objetivos que se deben seguir (5, 6). Nadie duda que todas las instituciones ofertan dichos cuidados, sin embargo, la larga estancia de los ancianos en dichos centros demanda un entor-

no específico difícil de alcanzar (7). Durante años la atención en los estudios sobre el tema se ha centrado en los efectos principalmente negativos en los sujetos del ingreso y la institucionalización. Se remarcan efectos como aumento de trastornos, agudización del deterioro o disminución de la autoestima. Incluso se habla de un síndrome específico de institucionalización caracterizado por síntomas como la apatía e indiferencia, disminución de las capacidades cognitivas, dificultad para expresar sentimientos, disminución de su autonomía, etc. Sin embargo no todos los residentes experimentan estas reacciones negativas, pues hay quienes muestran una mejoría de su estado; es el caso de aquellas personas que llegan de situaciones de pobreza, de desamparo, con déficit importantes de autocuidados y mejoran en las condiciones de vida cuando participan de la atención residencial especializada (8).

En la actualidad, la realidad es que una vez ingresado el anciano se ve obligado a compartir su vida con personas desconocidas, a adaptarse a horarios, hábitos y nuevas dietas (9, 10), en definitiva a todas las normas de convivencia impuestas por la propia organización de la institución, llevando esto al aumento de nivel de dependencia definido por un bajo nivel de actividad. Esto supone que personas que pueden realizar diferentes actividades de la vida diaria al ingreso en un centro dejan de realizarlas por un mecanismo de ajuste de su conducta a la vez que pueden adoptar una actitud pasiva; esto puede crear un efecto generador de dependencia y un establecimiento de la rutina, debido a que de forma general la estructura organizativa de los centros parte del criterio de calidad basado en los modelos hosteleros y clínicos, por los cuales a los residentes se les debe evitar la realización de actividades rutinarias de autocuidado como hacer la cama, preparar la comida, limpiar la habitación, etcétera, y la expectativa de autonomía funcional del personal cuidador respecto al mayor es baja y afecta negativamente al rendimiento de ésta (11).

El Decreto 28/1990 del 6 de febrero, por el que se establecen los requisitos para ingreso en las residencias para la tercera edad, contempla en su artículo 12 que todos los ancianos, al ingresar por primera vez en un

18 centro geriátrico, se someterán a un período de adaptación y observación establecido en 20 días, tras el cual serán valorados por una comisión técnica del mismo centro integrada por el director, un médico y el trabajador social, que determinarán si los beneficiarios reúnen las condiciones indispensables para la convivencia normal en el mismo (12). Si nos centramos en el proceso de adaptación como proceso permanente en el ciclo vital, se entiende que es un proceso proactivo de interacción con el entorno más inmediato, que en situaciones de mayor exigencia o cuando los recursos de los que la persona dispone para hacer frente a estas demandas no son suficientes, pueden aparecer disfunciones en la respuesta adaptativa (13). Con el propósito de esclarecer algunos de los problemas planteados en los párrafos anteriores se pretende conocer cómo incide la institución en la autonomía de ancianos válidos para la realización de actividades de la vida diaria e instrumentales.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- *General*: Evaluar la influencia que ejerce la institucionalización sobre la autonomía de un anciano.

- *Específicos*:

- Conocer el grado de autonomía de un anciano en el momento de su ingreso en una residencia geriátrica de válidos.
- Conocer el grado de autonomía de un anciano tras finalizar el período de adaptación en una residencia geriátrica de válidos.
- Analizar las diferencias y/o coincidencias de ambas valoraciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

- *Diseño*: Se utilizó un diseño preexperimental con estudio pretest-postest de un solo grupo en dos momentos diferentes, es decir, medición previa y posterior a una intervención, que en este caso sería el tiempo. En un primer momento se hace una observación, a continuación se introduce la modificación (la institucionalización durante el tiempo de adaptación) y para finalizar se hace una segunda observación (Fig. 1).

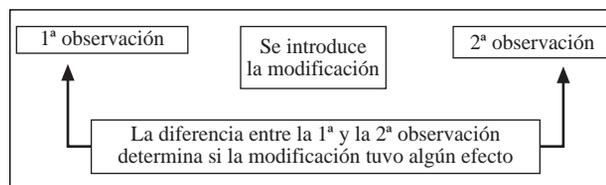


Fig. 1. Diseño del estudio.

VARIABLES DEPENDIENTES

- *Grado de autonomía*: Con esta variable se pretende medir la capacidad funcional en cuanto autonomía o dependencia que presenta el anciano/a referente a actividades cotidianas. Según la publicación de la OMS "Aspecto de la Salud Pública en los ancianos y en la población" del año 1959, como mejor se mide la salud en los ancianos es en términos de función. Los programas de valoración geriátrica determinan el estado funcional del paciente antes y después del tratamiento, que suele incluir diferentes técnicas de rehabilitación. Las medidas del estado funcional incluyen siempre la determinación de las actividades de la vida diaria para comprobar los cambios que se presentan con el paso del tiempo. Uno de los objetivos primordiales en el cuidado del anciano es, por medio de la valoración funcional, prevenir la incapacidad y fomentar su independencia, que es tan importante como prevenir y tratar su enfermedad. La metodología de la valoración funcional se realiza a través de diversas medidas y escalas, las utilizadas en este estudio como se describen ampliamente en el apartado Instrumentos son dos:

- Índice de Barthel: (ABVD). Permite medir la dependencia o independencia del anciano en la realización de Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- Índice de Lawton: (AIVD). Valora su dependencia o independencia en la realización de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

El primero de ellos, Índice de Barthel, lo forman diez AVDB: comer, control de heces, trasladarse entre la silla y la cama, control de orina, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ducharse, desplazarse, subir/bajar escaleras, y vestirse/desvestirse.



10 La puntuación de cada actividad se realiza de forma ponderada según importancia, tal y como se desarrolla posteriormente en el apartado Instrumentos. El rango global variará entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente).

Esa puntuación final obtenida será enmarcada dentro de unos rangos de dependencia para su mejor interpretación: 1. Total < 20. 2. Grave = 20-35. 3. Moderada = 40-55. 4. Leve \geq 60.

El segundo instrumento seleccionado, el Índice de Lawton, permitirá medir el grado de autonomía del anciano para las siguientes actividades instrumentales. Consta de 8 ítems que valorarán: 1. Utilizar teléfono. 2. Utilizar transportes. 3. Realizar compras. 4. Responsabilidad en la toma de medicamentos. 5. Preparar comidas. 6. Capacidad para manejar dinero. 7. Realizar tareas domésticas.

Cada ítem tiene cuatro posibles respuestas a las que se le asigna un valor 1 ó 0, en este caso el entrevistador (investigadora) será el encargado de seleccionar una de las posibles respuestas de cada ítem en función de su observación y de los datos aportados por el anciano. Este grado de autonomía será medido en las primeras 24 horas de su ingreso y pasados los 20 días correspondientes a su período de adaptación.

Variable independiente

Ingreso del anciano/a en la Institución. Institucionalización. Se ha considerado que es precisamente el hecho de ingresar en la institución la variable que puede modificar su grado de autonomía. De ahí que se hayan tomado como valores comparativos los obtenidos en el momento de su ingreso y tras permanecer en la institución los 20 días prescritos por numerosos autores e instituciones como período de adaptación.

Variabes sociodemográficas

Todos los datos necesarios para cumplimentar estas variables son obtenidos en parte del propio residente y el resto, a través de entrevistas programadas durante la fase de recogida de información con la trabajadora social de la institución donde se desarrolla la investigación.

Las variables contempladas son:

- 1. *Edad:* Tras una exhaustiva revisión bibliográfica se establecen 4 grupos etarios: 65-69 años; 70-74 años; 75-79 años; 80 ó más.
- 2. *Sexo:* hombre o mujer.
- 3. *Estado civil:* soltero; casado; viudo; separado.
- 4. *Procedencia:* ámbito urbano; ámbito rural; otra institución; indigente.
- 5. *¿Vivía solo?* Se establece como relevante el hecho de que el anciano/a viviera solo/a previamente al ingreso en la institución o en compañía de familiares.
- 6. *Motivo de ingreso:* necesidad de cuidados por parte del anciano/a; soledad; conflictos familiares; muerte del cónyuge; urgencia social; otros.
- 7. *Nivel de estudios:* no sabe leer; sabe leer y escribir; estudios primarios; estudios secundarios; estudios superiores.
- 8. *Capacidad adquisitiva:* ingresos mensuales menores a 300 euros (50.000 ptas.); ingresos mensuales de 300 euros (50.000 ptas.) a 600 euros (100.000 ptas.); ingresos mensuales de 600 euros (100.000 ptas.) a 900 euros (150.000 ptas.); ingresos mensuales superiores a 900 euros (150.000 ptas.).

SUJETOS DE ESTUDIO

La muestra se compone de todos los ancianos que ingresaron en la Residencia Mixta de Pensionistas de Huelva durante el período de tiempo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de abril de 2002, tomándolos en orden cronológico de llegada al centro y obteniendo una población de 20 ancianos. Todos son considerados como ancianos válidos, criterio que deben cumplir para ser admitidos como residentes.

Criterios de inclusión: Se incluyeron todos aquellos ancianos válidos y mayores de 60 años, según propio criterio de ingreso en la residencia de estudio, cuyo ingreso estuviese comprendido entre enero y abril de 2002.

Criterios de exclusión: Sólo aquellos ancianos que aun estando en el período anteriormente mencionado no accedan al estudio.

20 Descripción de la institución

La Residencia Mixta de Pensionistas de Huelva es de carácter público y depende de la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía. Su capacidad es de 48 plazas de asistidos y 102 de válidos, si bien conviene señalar que las plazas de asistidos se ocupan con los propios residentes que van invalidándose, pues uno de los criterios de inclusión mencionado anteriormente es ser válido.

La valoración de las solicitudes de ingreso (que incluyen informe médico, informe social, y declaración jurada de ingresos) se hará de conformidad con los baremos en cada momento vigentes en centros homologados del Instituto Andaluz de Servicios Sociales (INSERSO).

En la actualidad la ocupación de la residencia no alcanza el 50% ya que desde el año 1999 no se acepta ningún ingreso por cuestiones organizativas y de reorganización de la estructura de la planta de asistidos. Es por esta razón por la que existe una gran lista de espera que en el mes de enero de 2002 comienza a reducirse, permitiendo aproximadamente 8 ingresos por mes. Para determinar la validez de un anciano en concreto, ingresado en el centro, se utiliza la Escala de la Cruz Roja de Incapacidad. Se aplica a los nuevos ingresos y periódicamente a todos los residentes.

Procedimiento

Tras solicitar y obtener los permisos pertinentes mediante entrevista personal del investigador con el director del centro geriátrico y la trabajadora social, informando del objetivo de la investigación, así como de los instrumentos mediante los cuales se recogerían los datos, se comenzó con la captación de todos los ancianos en orden de llegada al centro dentro del período de estudio. La trabajadora social del centro informaba por semana al investigador de los ingresos que iban a recibir.

El investigador, tras presentarse a los ancianos y explicarles el propósito del trabajo y la confidencialidad de los datos aportados, les pide su participación en el estudio, obteniendo la conformidad de todos ellos. Se

procedió a la aplicación de los instrumentos de valoración de forma individual con una duración aproximada de 30 minutos, en un lugar tranquilo y libre de ruidos (preferentemente en la habitación del residente o en una sala de estar). Mediante entrevista-observación del entrevistador se cumplimentaron los instrumentos destinados a medir el grado de autonomía: Barthel y Lawton. En aquellos casos que los residentes no supieran leer y/o tuvieran dificultad en la visión, todos los instrumentos serían administrados con entrevista de forma personal (uno a uno) mediante preguntas directas, llevadas a cabo por el investigador del estudio, con el fin de obtener de los instrumentos la máxima, fiable y objetiva información en dos ocasiones, un día después de ingresar en la residencia y tras pasar el llamado período de adaptación, unos 20 días, como queda reflejado en la introducción. 11

Instrumentos

1.- *Índice de Barthel (IB)*: Actividades de la vida diaria (AVD): El IB es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (ABVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades (14). Es una escala heteroadministrada. El tiempo de cumplimentación es aproximadamente de 5 minutos, y la recogida de información es a través de observación directa y/o interrogatorio del paciente o, si su capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador o familiares. En cuanto a sus cualidades psicométricas (27) tiene una alta validez concurrente con el Índice de Katz (15) y gran validez predictiva de mortalidad, estancia e ingresos hospitalarios, beneficio funcional en unidades de rehabilitación, del resultado funcional final, de la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y de la vuelta a la vida laboral. Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0,98 intraobservador y mayores de 0,88 interobservador. Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades bási-



12 cas. Las actividades se valoran de forma diferente, cada ítem puntúa de forma ponderada según la relevancia que los autores otorgaron a cada actividad, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). Para una mejor interpretación (3, 7, 12) sus resultados globales se han agrupado en cuatro categorías de dependencia: 1. Total < 20; 2. Grave = 20-35; 3. Moderada = 40-55; y 4. Leve \geq 60.

El IB aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal.

2.- *Índice de Lawton*: Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (AIVD): Al igual que el instrumento de valoración descrito anteriormente, es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Fue publicada en 1969 como resultado de estudios sobre la organización y complejidad de las diferentes áreas de la conducta humana (16). Fue construida específicamente para la población anciana, institucionalizada o no. Su objetivo es evaluar las capacidades funcionales de los ancianos según diferentes niveles de competencia, en particular la autonomía física e instrumental en actividades de la vida diaria (17, 18). Evalúa la capacidad para realizar tanto las ABVD (actividades básicas de la vida diaria) como las AIVD (actividades instrumentales) de forma que la podemos utilizar para completar la información sobre la capacidad funcional del anciano que hayamos podido obtener al realizar el Índice de Barthel. Es una escala heteroadministrada; está diseñada para ser aplicada por asistentes sociales, enfermeras u otro personal de trato directo con los ancianos (19, 20). El tiempo requerido para su cumplimentación es muy breve, aproximadamente cinco minutos (18). El sistema de puntuación está basado en la información obtenida tanto a partir del propio sujeto (en el caso de que su capacidad cognitiva esté intacta) como de personas allegadas o del personal, si es un anciano institucionalizado.

Consta de 8 ítems que valoran AIVD (17, 20) y tiene una buena validez concurrente con otras escalas de AVD. En el estudio original el coeficiente de Pearson de fiabilidad interobservador fue de 0,85.

Su interpretación se realiza del siguiente modo: cada uno de los 8 ítems de los que consta la escala tiene cuatro posibles respuestas a las que se asigna el valor numérico 1 ó 0. El entrevistador debe seleccionar una de estas respuestas en cada ítem. La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).

Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó mediante el programa Epi-info 6.0 para la descripción de las variables sociodemográficas en la población de estudio y SPSS V.10 para Windows en el caso de calcular medias y significación estadística. El test aplicado ha sido el test no paramétrico o de libre distribución de medias de muestras apareadas test de Wilcoxon, al no cumplirse las condiciones de distribución normal y ser la muestra obtenida menor de 30. Éste es denominado también test de rango con signos, pues las diferencias entre las dos mediciones de una misma población en momentos diferentes pueden ser positivas o negativas.

Para comparar dos proporciones resultantes de las variables dependientes en el momento de ingreso y 20 días más tarde se utilizó el test de McNemman para muestras apareadas. En todos casos se consideraron significativos los niveles de probabilidad inferiores a 0,05.

La representación gráfica se realizó mediante el paquete Office 2000 con Excel y el programa estadístico SPSS V.10.

RESULTADOS

Las características generales de la población estudiada referente a las variables sociodemográficas quedan reflejadas en la Tabla 1 y destacan: El 40% de los residentes ingresados tiene entre 75 y 79 años, otro 40% tiene más de 80 y sólo un 20% presenta una edad com-

Tabla 1. Variables sociodemográficas de la población estudiada		
	Frecuencias	Porcentajes
Edad		
> 80	8	40,0
75-79	8	40,0
70-74	4	20,0
Sexo		
H	13	65,0
M	7	35,0
Estado civil		
Separado	1	5,0
Soltero	5	25,0
Viudo	14	70,0
Procedencia		
Indigente	2	10,0
Otra institución	6	30,0
Urbano	12	60,0
¿Vivía solo?		
No	8	40,0
Sí	12	60,0
Motivo ingreso		
Necesidad cuidados	5	25,0
Problemas familia	3	15,0
Soledad	4	20,0
Urgencia social	2	10,0
Otros	6	30,0
Nivel estudios		
Primarios	5	25,0
Lee-escribe	7	35,0
No lee	8	40,0
Ingresos		
< 300	3	15,0
300-600	15	75,0
> 600	2	10,0

prendida entre los 70 y 79, no existiendo ningún ingreso en personas menores de 70 años. Ingresan más hombres que mujeres, un 65% frente a un 35%. Cabe mencionar que en un 60% de los casos su procedencia es del ámbito urbano y en un 30% vienen derivados de otra institución. En cuanto a la variable vivir solo más de la mitad, un 60%, responde afirmativamente, sin estar incluidos en estos los que vivían en otra residencia.

En referencia al estado civil, la gran mayoría son viudos (70%) esgrimiendo como motivo de ingreso en la misma proporción necesitar cuidados y sentirse

solo. Cabe destacar que en un 30% de los casos los residentes refieren otros motivos de ingreso como no estar a gusto en otras residencias, o un 10% de ingresos por urgencias sociales. Centrándonos en la capacidad adquisitiva, el 75% de los residentes declara unos ingresos de entre 300 y 600 euros. En cuanto a su nivel de estudios, un 40% de ellos no sabe leer ni escribir, un 25% posee estudios primarios y no hay ningún residente que posea estudios superiores.

La situación funcional o grado de autonomía medido en el momento del ingreso mediante el Índice de Barthel (Actividades Básicas de la Vida Diaria: ABVD) refleja una media obtenida de 97 puntos con una DE: 3 en una puntuación total del índice de 100; cabe la pena recordar que al ingreso todos los residentes deben ser válidos. Sin embargo tras el período de adaptación la media obtenida en dicho índice disminuyó con un valor de 92 y con DE: 6. En el test de comparación de medias de muestras apareadas la diferencia de rangos nos da una $p=0,001$, siendo estadísticamente significativa. En la Fig. 2 pueden observarse las diferencias halladas por cada ítem analizado al medir el índice al ingreso y tras la adaptación de 20 días a la institución. Destacar que las AVD encontradas con mayor deterioro han sido la deambulación: el 80% de los residentes al ingreso era totalmente independiente y un 20% necesitaba supervisión o ayuda, tras 20 días de institu-

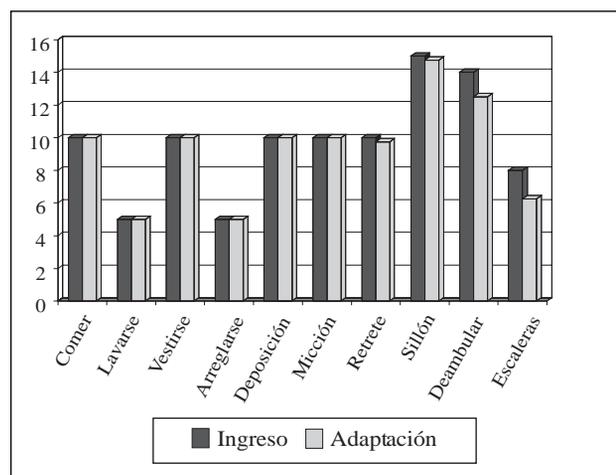


Fig. 2. Modificaciones en las Actividades de la Vida Diaria encontradas antes y después del período de adaptación.



Tabla 2. Lawton ingreso

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	1	5,0	5,0	5,0
2	1	5,0	5,0	10,0
3	1	5,0	5,0	15,0
5	4	20,0	20,0	35,0
6	4	20,0	20,0	55,0
8	9	45,0	45,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tabla 3. Lawton adaptación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	1	5,0	5,0	5,0
2	2	10,0	10,0	15,0
3	5	25,0	25,0	40,0
4	9	45,0	45,0	85,0
5	2	10,0	10,0	95,0
6	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

cionalización sigue siendo totalmente independiente un 50% y necesita ayuda el otro 50%, por tanto un 30% de los residentes ha perdido autonomía para la deambulaci3n; y el ítem de subir/bajar escaleras: al ingreso el 60% de los residentes era totalmente independiente seg3n señalaban en las opciones propuestas en el Índice de Barthel, el 40% necesitaba supervisi3n o ayuda y nadie era dependiente para esta actividad. Sin embargo tras el período de adaptaci3n a la instituci3n un 20% de los residentes responde encontrarse dependiente, señalando la opci3n de independencia para esta actividad sólo un 45% ellos.

Los datos obtenidos mediante el Índice de Lawton como referente del grado de autonomía para la realizaci3n de actividades instrumentales de la vida diaria quedan como se refleja en las Tablas 2 y 3, destacando como muy significativo que los residentes en la primera medici3n cuando ingresaron presentaban independencia total en un 45% de los casos y en el restante 55% era dependiente o necesitaba ayuda para algunas actividades como realizar todas las compras (20%) o encargarse del lavado de la ropa (30%), obteniendo una puntuaci3n media de 6 con una DE: 2,1 siendo la

sin embargo en la segunda medici3n tras el período de adaptaci3n, el Índice de Lawton dio una media de 3,6 con una DE: 1,1. Se encontró que el 100% de los residentes era dependiente o necesitaba ayuda para la realizaci3n de actividades instrumentales, no permaneciendo ninguno totalmente independiente. En el test de comparaci3n de medias de muestras apareadas encontramos significaci3n estadística,

$p = 0,001$, con lo que se objetiva un deterioro en la autonomía del residente para realizar actividades instrumentales tras su institucionalizaci3n.

Las actividades instrumentales con cambios más acusados han sido: cuidar de la casa (al ingreso el 55% señalaba entre las opciones que recoge el Índice de Lawton el “cuidar de la casa sin ayuda” y tras la institucionalizaci3n hay un 90% que responde “no participar en tarea doméstica alguna”, sólo un 10% afirma realizar tareas domésticas ligeras); ir de compras (al ingreso el 80% realizaba todo tipo de compras sin ayuda y en la segunda medici3n se invierten los papeles, el 90% necesita compańía para comprar o sólo compra pequeñas cosas). Debido a que el residente no se encuentra en su propio hogar, el grado de responsabilidad en cuanto a la realizaci3n de tareas propias de la casa disminuye considerablemente puesto que dentro de las normas de la instituci3n, la realizaci3n de estas tareas compete al personal de servicios del propio centro. En general todas han sufrido un deterioro de autonomía excepto el uso del teléfono (se utiliza más tras la institucionalizaci3n en un 5% de los casos), tal y como queda reflejado en la Fig. 3.

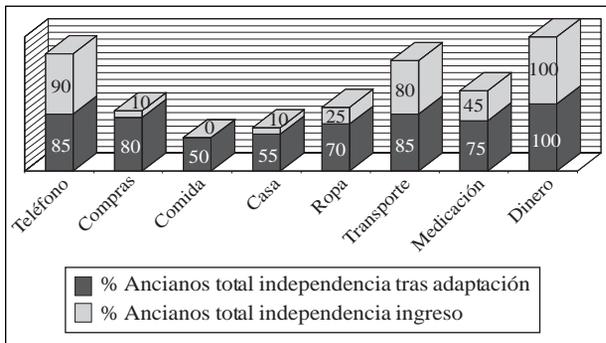


Fig. 3. Resultados medidos de independencia total en Actividades Instrumentales antes y después del período de adaptación.

Como dato llamativo cabe destacar que el 100% de los sujetos estudiados que presentaban la máxima puntuación de independencia (8 puntos) para las actividades instrumentales en el momento del ingreso en la residencia era viudo (9 sujetos). Reflejar también que 8 de los 9 viudos anteriores vivían solos.

DISCUSIÓN

Todo lo anterior confirma los datos encontrados en la literatura que apuntan a que el tipo de ancianos institucionalizados tiene un perfil sociodemográfico similar, resultado de los baremos que utilizan las administraciones públicas para decidir los ingresos en las residencias, encontrándose en ellas ancianos de una edad superior a 70 años, viudos/as, separados o solteros y con escasos recursos económicos (21). En el estudio se comprueba que la mayoría de los ancianos que ingresan procede del ámbito urbano y que una pequeña parte de ellos ha ingresado por urgencia social, son los casos de indigentes, en los cuales no es raro encontrar una mejoría en su estado funcional, psicológico y de percepción de salud. Se encuentran en mayor número los ingresos de hombres, ya que desde siempre el rol de las mujeres ha sido de cuidadoras de maridos, hijos y nietos, así como realizadora de tareas del hogar etc... Mientras siguen teniendo la condición de válidas éstas desempeñan una labor dentro del núcleo familiar; al ser una residencia en

la que el primer criterio de ingreso es tener la condición de válidos su incorporación a este tipo de residencias es menos común, retrasándose su ingreso cuando cambie su situación de válidas a un tipo de residencia de asistidos. Los resultados muestran la existencia de una relación significativa entre la autonomía e independencia de un anciano y su deterioro debido a la institucionalización. Refiriéndonos a la capacidad funcional observada mediante las escalas de Índice de Barthel e Índice de Lawton en el momento del ingreso, comprobamos que es alta, corroborando estudios como el realizado sobre el deterioro funcional relacionado con la hospitalización en el Hospital Monte Naranco de Oviedo en 1995, dato explicable debido a que el criterio principal de ingreso en la residencia es ser válido. Las actividades que han sufrido mayor deterioro funcional encontradas en el Índice de Barthel son la deambulación, en la que 16 del total eran independientes al ingreso quedando sólo en la misma situación tras el período de adaptación 10 residentes, el resto perdió autonomía para esta actividad; en la misma situación se encontró el subir y bajar escaleras, en la que no existía ningún anciano dependiente cuando ingresó en la residencia y tras 20 días en la misma encontramos a 4 de la muestra total de 20 ancianos.

Los residentes están en espacios desconocidos, el centro difiere de su entorno en características físicas, arquitectónicas y organizativas, con lo que sólo controlan durante su adaptación la habitación que se les ha asignado. A su vez mediante el Índice de Lawton se constata mayor deterioro funcional en las actividades instrumentales de lavado de la ropa, al igual que en el cuidado de la casa, preparación de comidas o la realización de compras, en la que se vuelven dependientes 12 ancianos del total, cuando al ingreso sólo se catalogaban así 4 de 20.

Teniendo en cuenta que partimos de una población con niveles funcionales previos a la institucionalización muy homogéneos y justificando que ambos índices tienen demostrada su utilidad sobradamente en la medición del deterioro funcional, como se ve reflejado en distintas publicacio-



16 nes (22-25), se constata que los ancianos ingresados en la residencia de estudio han sufrido un deterioro funcional en las ABVD y en las AIVD demostrando lo referido en la introducción, que el ingreso en una institución de un anciano válido conlleva un aumento en el nivel de dependencia, no porque el residente no sea capaz de realizarlas, sino porque al ingresar en un centro deben modificar sus hábitos por un mecanismo de ajuste de su conducta a la institución a la vez que pueden adoptar una actitud pasiva (el simple hecho de “no poder planchar una camisa nueva” o “no poder calentar un vaso de leche en la habitación”); esto puede crear un efecto generador de dependencia y un establecimiento de la rutina, debido a que de forma general la estructura organizativa de los centros parte del criterio de calidad basado en los modelos hosteleros y clínicos, por los cuales a los residentes se les debe evitar la realización de actividades rutinarias de autocuidado como hacer la cama, preparar la comida, limpiar la habitación, etcétera, y la expectativa de autonomía funcional del personal cuidador respecto al mayor es baja y afecta negativamente al rendimiento de ésta (13). Todo esto a la larga conlleva el deterioro físico y psicológico por falta de actividad, así como la disminución de destrezas manuales por desuso.

Conviene señalar que la evaluación a la que están sometidos tras este período no es más que constatar su condición de válido (no padecer ninguna enfermedad que requiera la atención imprescindible en un centro hospitalario y ser autónomo para la realización de actividades básicas de la vida diaria) y cumplir las normas de convivencia prescritas en el centro. Sin embargo este período ha sido suficiente para constatar el deterioro sufrido de la capacidad funcional para las Actividades de la Vida Diaria y las Instrumentales en el residente por el efecto de la institucionalización. Ni que decir tiene que el uso de instrumentos estandarizados y validados como son los utilizados en este estudio para valoración geriátrica integral nos permiten entre otras muchas cosas de manera rápida y sencilla detectar el estado del anciano en su globalidad,

25 monitorizar los cambios que se producen en el tiempo, mejorar evidentemente la calidad prestada al anciano en instituciones y clasificarlos en categorías funcionales que determinan la ubicación ideal del anciano para la prestación de cuidados y la aplicación de un plan de actuación del equipo interdisciplinar en los centros. El alcance y la capacidad de generalización de este estudio quedan limitados por las restricciones que impone la utilización de un diseño en tan corto período de tiempo y por consiguiente con el reducido tamaño de nuestra muestra (nuevos ingresos en la residencia en 4 meses).

Finalmente, cabe señalar que la dependencia de las personas mayores es un fenómeno, como otros muchos, complejo, que admite muchas vías de intervención como las habituales referidas a las prestaciones sociales más clásicas que tienden a suplir la ausencia de autonomía en la vida diaria facilitándole servicios y asistencia que pallén tales carencias, sin necesidad de llegar a la institucionalización. Si se quiere realmente conseguir que las personas mayores alcancen la edad avanzada dentro de lo que se ha venido a denominar la vejez con éxito (Montorio e Izal, 1997) son necesarias políticas de prevención, formación, campañas publicitarias, materiales de apoyo a los cuidadores (p. ej., Izal, Montorio y Díaz Veiga, 1997) y cuantos recursos puedan disponerse para fomentar pautas de autonomía. Dentro de una institución el programa de adaptación del anciano debería tener como prioridad la adaptación organizativa del centro a las verdaderas necesidades de los usuarios y no al revés, implicando en este proceso siempre a la familia. Para ello sería muy positivo integrarlos en lo posible en la vida de la residencia, desmitificando al tiempo el probable preconceito negativo que pudieran tener de ellas. Así, también sería conveniente que participaran en la realización de las actividades domésticas, aun cuando con ello retrasasen en cierta manera la dinámica de trabajo de la residencia. Al igual, el plantearles retos accesibles, estimularles a la práctica de actividades físicas, fomentar los contactos sociales y familiares... todo en pro de fomentar en todo momento la autonomía tanto física como psicológica del anciano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Canga Armayor AD. Ancianos institucionalizados. ¿Cómo se percibe la vejez? *Revista Rolde Enfermería* 2000; 23 (12): 841-5.
2. Comité consultivo para la formación de Enfermeros. Informe y recomendaciones sobre directrices para la formación en atención de Enfermería a personas mayores. Comisión Europea. Bruselas, 1995.
3. Lamo de Espinosa E. ¿Nuevas formas de familia? *Claves de la Razón Práctica* 1994; 6 (1).
4. Benítez Rosario MA; Vázquez Díaz, JR. Valoración del grado de autonomía de los ancianos. *Atención Primaria* 1992; 110 (7): 888-91.
5. Day P, Kleir R. Quality of institutional care and the elderly: policy issues and options. *Br Med J* 1987; 294: 384-7.
6. Royal College of physicians and the british geriatrics society. High quality guidelines and audit measures. The royal College of Physicians of London, 1992.
7. Coserrias Martínez C, Galván Coto MC. Las residencias de ancianos: una solución para la familia-sociedad o una solución para el anciano. *Enfermería Científica* 1995; 158-159: 23-30.
8. Díaz ML, Mielgo A. Programa de nuevos ingresos: Adaptación al medio. IMSERSO. Madrid, 1998.
9. Da Pena, JM. Residencia geriátrica: Una asignatura pendiente. *Atención primaria* 1993; 11 (2).
10. Cortes Blanco M. Estrategias generales en la atención del anciano institucionalizado. *Medicina Integral* 1999; 23 (4): 161-3.
11. Baltés MM, Wahl H. Dependencia. En: Carstensen LL, Edelstein G, eds. *Gerontología clínica*. Martínez Roca. Barcelona, 1987.
12. Instituto Andaluz de Administración Pública. Legislación sobre servicios sociales en Andalucía. Consejería de Gobernación. Sevilla, 1996.
13. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating. *J Psychosom Res* 1967; 11: 213-8.
14. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Med*. 1965; 14: 61-65.
15. Madruga F, Castellote FJ, Serrano F, Pizarro A, Luengo C, Jiménez EF. Índice de Katz y escala de Barthel como indicadores de respuesta funcional en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1992; 27 (8).
16. Evaluación de las actividades de la vida diaria. En: Montorio I. La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica. Ministerio de Asuntos Sociales e IMSERSO. Madrid 1994; 43-69.
17. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-86.
18. Kane RA, Kane RL. Assessing the elderly. A practical guide to measurement. Lexington: Lexington Books, 1981.
19. Montorio I. La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica. Ministerio de Asuntos Sociales e IMSERSO. Madrid 1994; 43-69.
20. Burns A, Lawlor B. Assessment scales in old age psychiatry. Martin Dunitz Ltd 1999.
21. Cifuentes Cáceres R, Merchán Maroto E, Suárez Gayo F. La calidad asistencial y los recursos humanos en las residencias de ancianos. *Revista Española de Gerontogeriatría* 1992; 27 (1): 27-30.
22. Curcio CL, Gómez JF, Galeano IC. Validez y reproducibilidad de medidas de evaluación funcional basadas en la ejecución. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2000; 35: 82-8.
23. Fernández-Mayoralas G, Rodríguez Rodríguez V. La capacidad funcional de los ancianos españoles; *Revista de Gerontología* 1995; 5 (1): 16-22.
24. Cortés Blanco M. Estrategias generales en la Atención del anciano Institucionalizado. *Medicina Integral* 1994; 23 (4).
25. Gutiérrez Rodríguez J, Galeano Arbolea, R. ¿Es útil el índice de Barthel en la detección de riesgos de deterioro funcional en pacientes ancianos ingresados por enfermedad aguda? *Revista multidisciplinar de Gerontología* 1998; 8: 213-9.