



M^a.J. Rojas Ocaña
A. Toronjo Gómez
C. Rodríguez Ponce
J.B. Rodríguez Rodríguez
Departamento de Enfermería, Universidad de Huelva

Correspondencia:

M^a. Jesús Rojas Ocaña
C/ Monsalve, Portal 2^a, Ático C, 21007-Huelva
Tfno.: 959 21 83 37
E-mail: mariaj.rojas@denf.uhu.es

Autonomía y estado de salud
percibidos en ancianos
institucionalizados

*Autonomy and health status
perceived by elderly institutionalised
people*

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 será valorado por una comisión técnica. En un estudio anteriormente realizado en la misma población se pudo constatar, refiriéndonos a la capacidad funcional traducida en AVD e AIVD y a la percepción de la salud de los residentes, durante los primeros 20 días de ingreso (período de adaptación), que los resultados muestran la existencia de una relación significativa entre la autonomía e independencia de un anciano y su deterioro debido a la institucionalización, a la vez se deduce que los mayores durante dicho período de adaptación no sufren cambios significativos en su percepción de salud por el hecho de

SUMMARY

The admission to a residence has been termed "institutionalization" in order to differentiate it from community care and to emphasize its nature as a specialisation. On admission to a centre, old people who are not invalid cease to perform certain tasks due to an adjustment process, which can result in passive behaviour; this in turn creates dependency. All old people, when enter a geriatric centre for the first time, undergo a period of adaptation and observation that lasts 20 days, after which they are evaluated by a technical committee. In a study previously made in the same population it was possible to be stated, referring us to the translated functional capacity in AVD and AIVD and to the perception of the health of the residents, during the first 20 days of entrance (period of adaptation) that the results show the existence of a significant relation between the autonomy and independence of an old person and a its deterioration due to the institutionalization, simultaneously it is deduced that the elder during this period of adaptation do not undergo significant changes in their perception of health by the fact of the institutionalization, although is certain that this period is only of 20 days according to the Legislation of the Social Services in Andalusia and that is not enough time to demonstrate the changes. Believing necessary a pursuit but in the long term, we tried to make a second valuation of the



7 la institucionalización, si bien es cierto que dicho período es sólo de 20 días según la Legislación sobre Servicios Sociales en Andalucía y no hay tiempo suficiente para evidenciar los cambios. Al creer necesario un seguimiento más a largo plazo, se pretende hacer una segunda valoración de los aspectos anteriormente mencionados y medidos tras pasar un período lo suficientemente amplio (año y medio) como para poder constatar si persiste o no el deterioro en la autonomía e independencia de los mayores para la realización de actividades de la vida diaria e instrumentales, así como si se mantiene su percepción de salud.

Objetivo: 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 año y medio de institucionalización.

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 de Barthel, Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y el de Lawton, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). *Variable Independiente:* Ingreso del anciano/a en la Institución. Es la variable que pueda modificar o no su grado de autonomía. *Variables sociodemográficas:* Edad, sexo, procedencia, estado civil, capacidad adquisitiva, motivo de ingreso.

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, 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, dependencia, adaptación.

aspects previously mentioned and measured after passing a sufficiently ample period (year and a half) like being able to state if the deterioration persists or not in the autonomy and independence of the elderly people to perform daily life and instrumental activities, as well as if their perception of health stays.

Objective: To evaluate the influence of institutionalisation 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 a year and a half of institutionalization.

Methods: 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 Activities of Daily Life; and the Lawton Scale (AIVD) Instrumental Activities of Daily Life. Independent variable: Admission of the old person into the Institution. This is the variable that could modify, or otherwise, the level of autonomy. Socio-demographic variables: Age; sex; background; civil status; acquisitive capability; reason for admission.

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, dependency, adaptation

INTRODUCCIÓN

Situación actual del envejecimiento poblacional que justifica el desarrollo de servicios institucionales

Tomando como referente el espacio Europeo como contexto sociogeográfico donde las personas mayores (65 años y más) aumentan de forma significativa y donde los muy mayores son un colectivo en alza, España presenta unas cifras que se sitúan alrededor del 16% de personas que superan los 65 años y donde los más mayores (80 años y más) suponen casi el 25% del total de mayores. Este porcentaje seguirá en aumento si tenemos presente el aumento de la esperanza de vida. Si se mantienen las pautas de mortalidad, este grupo, de los más mayores supondrán a mediados de siglo, cerca del 30% del conjunto de los mayores de 65 años (1). Es en este grupo donde se prevé un crecimiento superior al resto, donde el problema es más significativo y donde se pone de manifiesto evidencias del desgaste que sufren las actuales políticas sociales. Tener un buen nivel de salud significa para ellos capacidad para llevar con normalidad la vida cotidiana. Éste es elemento decisivo para sentirse bien, un recurso que les permite acceder a otros recursos.

Por el contrario, la mala salud se relaciona con pérdidas de energías, limitación para mantener la independencia respecto a otros. Como síntesis, se observa que indicadores como edad avanzada, vivir solo/a y la presencia de patologías degenerativas con carácter invalidante, son predictores de la dependencia que presentarán esos grupos y que la dependencia es un problema que demanda recursos en todos los espacios —institución pública, familia...— además del desgaste de recursos humanos que provoca.

La dependencia en relación a los procesos de envejecimiento

La dependencia se identifica en relación a la autonomía que presenta la persona para atender sus necesi-

dades cotidianas (asearse, comer, utilizar el teléfono...). Lo que se denomina autonomía para responder a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). La literatura nos aporta información amplia en este sentido. Se identifica la dependencia de forma operativa en la que se detecta la relación de actividades (ABVD o AIVD) a las que el sujeto no puede responder de forma óptima. Aunque la detección de la dependencia se puede operarivizar, como se ha comentado anteriormente, los resultados de diferentes estudios ponen de manifiesto que la autopercepción medida a través de indicadores subjetivos de calidad de vida presenta una puntuación sensiblemente más elevada que la de los indicadores objetivos (2). Esta autopercepción tiene un peso significativo respecto a los procesos de dependencia. Los sujetos que se perciben con pérdidas tienden a manifestar esta percepción en indicadores operativos de su capacidad funcional (ABVD o AIVD).

En relación a la diferencia entre hombres y mujeres y la dependencia, las diferencias en la percepción del estado de salud de los varones y mujeres en la última etapa de la vida, se observa percepción de mala salud en las mujeres y aparecen como factores explicativos el número de enfermedades crónicas, el padecer discapacidades y pertenecer a la clase social más desfavorecida. El impacto del padecimiento de enfermedades crónicas en relación con la percepción de mala salud disminuye en la medida que los grupos son de mayor edad (3).

La institucionalización y su repercusión en la autonomía de la persona mayor

Los centros de atención residencial son necesarios, pues constituyen una respuesta adecuada a los problemas de las personas de edad avanzada que viven solas, no tienen soporte familiar, o que de forma deliberada deciden irse a un centro, porque prefiere vivir en un entorno de esas características. En cualquier caso, como ya se ha comentado con anterioridad y desde un punto de vista general, la institucionalización debería ser el último recurso, ya que se identifica como uno de los



9



factores que actúan en la disminución de autonomía de la persona mayor. Aquellos a los que las circunstancias han obligado a vivir en los centros residenciales se ven obligados a compartir su vida con personas desconocidas, a adaptarse a horarios hábitos y dietas extrañas... tienen más posibilidades de enfermar (4, 5). Las personas mayores institucionalizadas sufren lo que se denomina “las pérdidas asociadas a su envejecimiento”.

Se sienten perdidos en un entorno que no dominan, se destruyen sus relaciones personales, que ha mantenido a lo largo de su vida. También se olvida la competencia y la historia personal.

Es obvio que estos riesgos no se producen en la totalidad de la población mayor institucionalizada. El estado de salud de los residentes es muy heterogéneo. El descenso de la capacidad funcional en este grupo de mayores probablemente sea debido a una etiología multifactorial acumulativa e interactiva; por un lado, debido a los efectos de la propia enfermedad, al efecto descondicionante que produce el reposo en la cama y la inmovilidad de estos pacientes frágiles, pero sobre todo al clima y las carencias que provoca la propia institución. La institucionalización es un motivo de vulnerabilidad para el mayor. La persona pierde la capacidad para lograr retener el control de su propia vida, la capacidad de decidir en cualquier aspecto de la vida cotidiana. En teoría la institución debería ser la alternativa al domicilio. Es decir, debería ser ese espacio donde la persona mayor podría ir adquiriendo identidad, donde podría tomar sus decisiones y seguir desempeñando sus propios cuidados (ABVD y AIVD) en función de sus peculiaridades individuales. Merece la pena destacar otros aspectos más centrados en la adaptación que Goffman (6) describe acertadamente, como pueden ser todos aquellos centrados en los mecanismos reguladores de tipo adaptativo que se implementan en estas situaciones.

A veces estos mecanismos reguladores actúan de forma perversa, en las que la persona mayor identifica los recursos que le ofrece la institución como un mecanismo de compensación a las carencias que ha vivido, lo cual le lleva a “dejar de hacer”. El mayor se “adapta al sistema” dejando de hacer todas aquellas actividades cotidianas que hasta el momento de su ingreso cubría en su domicilio (7). Esta práctica actúa negativamente a medio y largo plazo en su propia percepción de salud.

¿Qué es el período de adaptación?

El período de adaptación y observación queda ampliamente descrito en la Legislación sobre Servicios Sociales de Andalucía en sus Arts. 12 y 13 en los que expresa:

Que todos los beneficiarios, al ingresar por primera vez en un centro, habrán de someterse a un período de Adaptación. Dicho período tendrá en las Residencias de la tercera edad una duración de veinte días, que podrá ser ampliado hasta un máximo de otros veinte días. En cada centro se constituirá una Comisión Técnica de Valoración, que tendrá la finalidad de comprobar si los beneficiarios reúnen las condiciones indispensables para la convivencia normal en el mismo (8).

Desde el punto de vista organizativo, algunos autores (9) identifican una serie de variables como predictoras de prácticas restrictivas en las instituciones; una preparación deficiente del personal, una mala racionalización del trabajo o una dirección inadecuada actuarán de forma muy potente en la institución. Con el agravante de que la responsabilidad individual en el fenómeno no se identifica y se traslada esta responsabilidad a la institución como ente abstracto. La estructura física y organizativa de las instituciones se convierte en armazones que actúan de forma agresiva aumentando la dependencia. En un estudio anteriormente realizado en la misma población se pudo constatar, refiriéndonos a la capacidad funcional traducida en AVD e AIVD y a la percepción de la salud de los residentes, durante los primeros 20 días de ingreso (período de adaptación) que los resultados muestran la existencia de una relación significativa entre la autonomía e independencia

15

16 de un anciano y su deterioro debido a la institucionalización, a la vez se deduce que los mayores durante dicho período de adaptación no sufren cambios significativos en su percepción de salud por el hecho de la institucionalización, si bien es cierto que dicho período es sólo de 20 días según la Legislación sobre Servicios Sociales en Andalucía y no hay tiempo suficiente para evidenciar los cambios.

Al creer necesario un seguimiento más a largo plazo, se pretende hacer una segunda valoración de los aspectos anteriormente mencionados y medidos tras pasar un período lo suficientemente amplio (año y medio) como para poder constatar si persiste o no el deterioro en la autonomía e independencia de los mayores para la realización de actividades e la vida diaria e instrumentales, así como si se mantiene su percepción de salud.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Evaluar la influencia que ejerce la institucionalización sobre la percepción de salud y autonomía de un anciano.

Objetivos específicos

Conocer la percepción de salud y el grado de autonomía de un anciano tras año y medio de su ingreso en una residencia geriátrica de válidos y analizar las diferencias y/o coincidencias con la valoración realizada en el estudio anterior, el cual tuvo lugar 20 días después de ingresar, justo cuando finaliza el período de adaptación, y el realizado actualmente, 18 meses después del ingreso en la institución.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos de estudio

La muestra se compone de todos los mayores que ingresaron en la "Residencia Mixta de Pensionistas" de Huelva durante el período de tiempo comprendido entre 1 de

enero y el 30 de abril de 2002, y formaron parte del estudio anterior, (evolución de la autonomía y de la percepción de salud por el hecho de ingresar en una institución medidas antes y después de los 20 primeros días de ingreso y durante el período de estudio sólo ingresaron 20 residentes). En el estudio actual se excluye a un residente varón por muerte durante los 18 meses posteriores a su ingreso, obteniendo una población compuesta por 19 mayores. Todos son considerados como mayores válidos a la hora de ingresar, criterio entre otros que deben cumplir para ser admitidos como residentes, además de:

- Ser pensionista de la seguridad social o asimilado.
- Tener 60 años cumplidos.
- No padecer enfermedad que requiera la atención imprescindible en el centro hospitalario, o cuyas características puedan alterar la normal convivencia en el centro.
- No haber sido sancionado con expulsión definitiva de un centro publico o similar.

Criterios de inclusión

Todos aquellos mayores que participaron en el estudio anterior, año y medio anterior, eran 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. No hay exclusiones por motivo de ingreso o incluso por procedencia (otras residencias).

Criterios de exclusión

Sólo aquellos mayores que aun estando en el período anteriormente mencionado no accedan a someterse a estudio.

Descripción de la institución

La Residencia Mixta de Pensionistas de Huelva, es de carácter público y dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía. Este centro fue fundado como residencia de válidos hasta el año 1988 en la que se transforma una de las plantas en asistidos. Su capacidad es de 48 plazas de asistidos y 102 de válidos, si bien conviene señalar que las plazas de



11 asistidos se ocupan con los propios residentes que van invalidándose, pues una de los criterios de inclusión mencionado anteriormente es ser válido.

Para determinar la validez de un anciano en concreto ingresado en el centro se utiliza la Escala de la Cruz Roja de Incapacidad Física y Mental. Se aplica a los nuevos ingresos y periódicamente a todos los residentes. Para ingresar o permanecer en las plantas de válidos, las patologías que presenten los mayores no deben determinar su confinamiento en cama o silla de ruedas y permitir el desempeño de todas las tareas básicas de aseo personal, autoalimentación, de ambulación y convivencia.

Diseño

En el estudio actual se ha utilizado este último tipo de diseño cuasiexperimental, el de series temporales interrumpidas, es decir observaciones repetidas de una o varias variables, con el fin de analizar el efecto que produjo en ellas una intervención tanto sea de forma natural (el tiempo) como inducida por el investigador. En un primer momento se realizó un estudio previo en el que se midieron unas variables en un solo grupo en dos momentos diferentes, es decir, medición previa y posterior a una intervención, que en este caso fue el tiempo. El estudio se basó en una primera medición, a continuación se introdujo la modificación (la institucionalización durante el tiempo de adaptación) y después se realizó una segunda medición. En la actualidad se ha seguido el estudio realizando una tercera observación, dieciocho meses después del período de adaptación (Fig. 1).

Variables e instrumentos

Variables dependientes

1. *Percepción de Salud*: La valoración del estado de salud del propio individuo viene condicionada por las en-

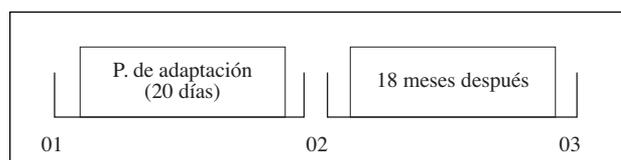


Fig. 1. Esquema del diseño del estudio.

fermedades reales padecidas y por sus características personales (sexo, edad, estado civil, familia e instrucción), socioeconómicas (ingresos y estatus social) o incluso residenciales (tipo y tamaño de hábitat y grado de satisfacción residencial con la propia casa y el entorno). La percepción del propio estado de salud también es conocida como salud subjetiva para diferenciarla de los problemas de salud objetiva, enfermedades diagnosticadas y dolencias padecidas y declaradas. En nuestro estudio se va a utilizar para la medición de dicha variable un Instrumento de valoración destinado a medir el estado funcional del sujeto, las Láminas de Coop-Wonca que se describen posteriormente. Está compuesto de seis láminas fijas y una opcional (relativa al dolor) que serán administradas a los sujetos objeto de estudio siempre en el mismo orden:

- Capacidad física
- Sentimiento
- Actividades diarias
- Actividades sociales
- Cambio de salud
- Salud global
- Dolor

2. *Grado de Autonomía*: Mediante la variable Grado de autonomía 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 mayores y en la población* del año 1959, como mejor se mide la salud en los mayores es en términos de función. 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 de instrumentos son dos:

- Índice de Barthel: Permite medir la dependencia o independencia del anciano en la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
- Índice de Lawton: Valora su dependencia o independencia en la realización de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

El primero de ellos, el Índice de Barthel lo forman diez AVDB:

- Comer
- Trasladarse entre la silla y la cama

- Aseo personal
- Uso del retrete
- Bañarse/ ducharse
- Desplazarse
- Subir/bajar escaleras
- Vestirse/desvestirse
- Control de heces
- Control de orina

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) (10, 11).

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:

- Utilizar teléfono
- Realizar compras
- Preparar comidas
- Realizar tareas domésticas
- Utilizar transportes
- Responsabilidad en la toma de medicamentos
- Capacidad para manejar dinero

Cada ítem tiene cuatro posibles respuestas a las que se les asigna un valor 1 ó 0, en éste 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 (12, 13).

Variable independiente

Ingreso del anciano en la institución: institucionalización.

Se ha considerado que es precisamente el hecho de estar ingresado en una Institución la variable que pueda modificar o no las diferentes esferas estudiadas que rodean al anciano, su percepción de salud y su grado de autonomía. De ahí que se haya tomado como valores comparativos los que se obtuvieron en el período de adaptación (20 días de ingreso) y tras permanecer en la Institución 18 meses.

Variables sociodemográficas

Las variables contempladas son:

1. *Edad.* En el estudio se establecen 4 grupos etarios:

- 65-69 años
- 70-74 años
- 75-79 años
- 80 ó más

2. *Sexo.* Los grupos de sexo establecidos son:

- Hombre
- Mujer

3. *Estado civil.* Los grupos de estado civil establecidos en el estudio son:

- Soltero
- Casado
- Viudo
- Separado

4. *Procedencia.* En el estudio además de contemplar el ámbito rural y el urbano, hemos tenido en cuenta el hecho de venir de otra institución o que su procedencia sea la indigencia, quedando los siguientes grupos:

- Ámbito urbano
- Ámbito rural
- Otra institución
- Indigente

5. *Situación de convivencia.* Se realizó mediante la pregunta ¿Vive usted solo/a?

6. *Motivo de Ingreso.* Tras revisar un gran número de estudios donde se establecen posibles causas de ingreso o institucionalización de un anciano se consideró como más relevantes los siguientes:

- Necesidad de cuidados por parte del anciano/a
- Soledad
- Conflictos familiares
- Muerte del cónyuge
- Urgencia social
- Otros

7. *Nivel de estudios.* Los grupos en los que hemos dividido dicha variable son:

- No sabe leer
- Sabe leer y escribir
- Estudios primarios
- Estudios secundarios
- Estudios superiores

8. *Ingresos económicos.* Los grupos definidos en el estudio son:



- 13
- Ingresos mensuales menores a 300 € (50.000 ptas.)
 - Ingresos mensuales de 300 € (50.000 ptas.) a 600 € (100.000 ptas.)
 - Ingresos mensuales de 600 € (100.000 ptas.) a 900 € (150.000 ptas.)
 - Ingresos mensuales mayores de 900 € (150.000 ptas.)

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 20 días después del ingreso en el centro y tras un período de año y medio, se utilizó el test de McNeman para muestras apareadas. En todos los casos se consideró significativo los niveles de probabilidad inferiores a 0,05. La representación gráfica se realizó mediante el paquete Office 2000 con Excell y el programa estadístico SPSS V.11.5.

RESULTADOS

Las características generales de la población estudiada referente a las variables sociodemográficas quedan reflejadas en la Tabla 1. El 42,1% de los residentes objeto de estudio tiene entre 75 y 79 años, otro 42,1% tiene más de 80 y sólo un 15,8% presenta una edad comprendida entre los 70 y 74, no existiendo ningún residente del grupo analizado menor de 70 años. La proporción de hombres y mujeres en cuanto al sexo sigue siendo favorable al sector masculino, con un 63,2% frente a un 36,8%. Cabe mencionar que en un 63,2%

19

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Variabes		Frecuencias	Porcentajes
Edad	70-74	3	15,8
	75-79	8	42,1
	> 80	8	42,1
Sexo	Hombre	12	63,2
	Mujer	7	36,8
Estado civil	Separado	1	5,3
	Soltero	4	21,1
	Viudo	14	73,7
Procedencia	Indigente	1	5,3
	Otra institución	6	31,6
	Urbano	12	63,2
¿Vivía solo?	No	8	42,1
	Sí	11	57,9
Motivo de ingreso	Necesidad de cuidados	5	26,3
	Problemas con familia	3	15,8
	Soledad	4	21,1
	Urgencia social	1	5,3
	Otros	6	31,6
Nivel de estudios	Lee y escribe	7	36,8
	No lee	7	36,8
	Primarios	5	26,3
Ingresos	< 300	2	10,5
	300-600	15	78,9
	> 600	2	10,5

de los casos su procedencia es del ámbito urbano, mientras que en un 31,6% vienen derivados de otra institución. En cuanto a la variable vivir sólo, más de la mitad, un 58%, responde afirmativamente, sin estar incluidos en estos los que vivían en otra residencia. Referente al estado civil la gran mayoría son viudos/as 73,7% (Fig. 2) de los cuales si cruzamos con la variable sexo obtenemos que un 85,71% de estos son mujeres, esgrimiendo como motivo en el momento de su ingreso, necesitar cuidados un 26,3%, de los cuales un 80% son hombres, mientras que un 21,1% decía sentirse sólo. La situación funcional o grado de autonomía medida una vez transcurridos los primeros 20 días de ingreso correspondientes al período de adaptación, mediante el Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria, ABVD) refleja una media obtenida de 92,36 puntos

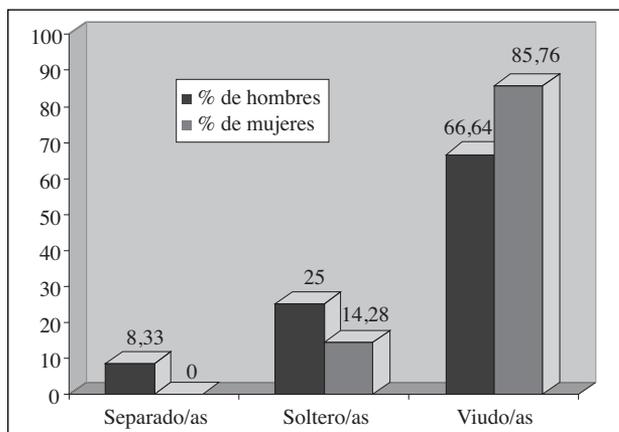


Fig. 2. Sexo y estado civil.

con una DE: 6,3 en una puntuación total del índice de 100 (Tabla 2); cabe la pena recordar que al ingreso todos los residentes deben ser válidos. En este momento de la medición el 36,8% presentaban total independencia (100 en la escala) y el resto de los sujetos oscilaban entre una puntuación en dicha escala de 85 y 90. La actividad de la vida diaria en la que presentan mayor dependencia es “subir y bajar escaleras”: un 36,8% de los residentes requieren ayuda para la realización de esta actividad y un 21% son totalmente dependientes.

Sin embargo, tras 18 meses de ingreso la media obtenida en dicho índice disminuyó, obteniéndose un valor de 84,21 con DE: 9,89 (Tabla 2), llegando a una puntuación total mínima de 65 en el 10,5% de los casos, clasificándolos de dependencia leve, situación no acontecida en ningún caso en la medición anterior. En las Tabla 3 y Tabla 4 se puede observar más detalladamente las puntuaciones globales alcanzadas por los residentes estudiados en ambos momentos de la medición. La actividad más afectada sigue siendo el “subir y bajar escaleras” empeorando la situación, ya que en este momento cronológico aparece sólo un 21,1% de los sujetos con independencia total, el resto necesita ayuda en un 26,3% y más de la mitad (52,6%) es dependiente para esta actividad (Fig. 3). Otras de las actividades que ha sufrido un deterioro desde el punto de vista cuantitativo en la segunda medición de la escala es la de “deambulación”, cifrándose éste en un 21,1% de residentes, que pasan de ser totalmente independientes a

Tabla 2. Estadísticos descriptivos del Índice de Barthel

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Barthel (momento 1)	19	85,00	100,00	92,3684	6,31762
Barthel (momento 2)	19	65,00	100,00	84,2105	9,89713
N válido	19				

Tabla 3. Barthel A (momento uno)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos 85,00	5	26,3	26,3
90,00	7	36,8	63,2
100,00	7	36,8	100,0
Total	19	100,0	

Tabla 4. Barthel B (momento dos)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos 65,00	2	10,5	10,5
70,00	1	5,3	15,8
75,00	1	5,3	21,1
80,00	1	5,3	26,3
85,00	8	42,1	68,4
90,00	3	15,8	84,2
95,00	1	5,3	89,5
100,00	2	10,5	100,0
Total	19	100,0	

necesitar ayuda quedando este intervalo de la escala en el 73,7% de sujetos con manifestaciones de precisar ayuda. Las actividades de comer, lavarse, vestirse y arreglarse no han sufrido cambios, estando todos los sujetos del estudio dentro del rango de total independencia. En el test de comparación de medias de muestras apareadas la diferencia de rangos nos da una $p=0,002$, siendo estadísticamente significativa, con lo que se objetiva un deterioro en la autonomía del residente para realizar actividades básicas de la vida diaria tras un período de 18 meses de institucionalización. Resulta muy significati-

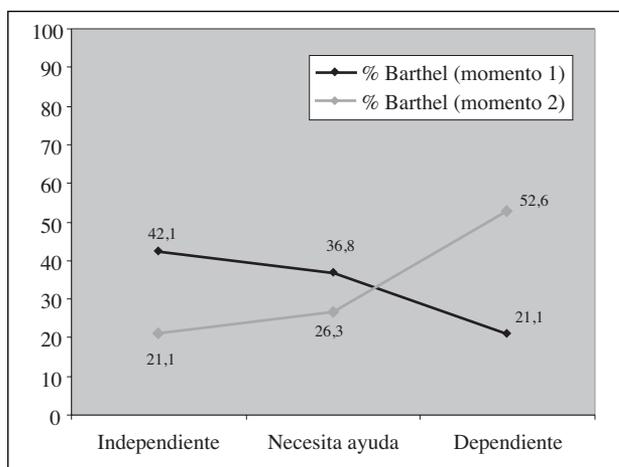


Fig. 3. Índice de Barthel: actividad "subir/bajar escaleras".

vo en los datos obtenidos mediante el Índice de Lawton como referente del grado de autonomía para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria que los residentes en la primera medición, una vez finalizado el período de adaptación al centro residencial, presentaban un valor medio de dependencia para la realización de estas actividades de 3,57 puntos con una desviación típica de 1,16 mientras que transcurridos 18 meses de institucionalización aquel bajó hasta los 2,31 y la desviación típica a 1,05, reflejándose por tanto un notable aumento en la dependencia de los mayores para estas actividades. Reseñar también que aunque en el momento uno (medición tras período de adaptación) ya no se encontró a ningún residente con total independencia para las AIVD y que un 100% necesitaba algún tipo de ayuda, en la segunda medición el 100% de los residentes siguen necesitando ayuda, aumentando en un 15,8% su dependencia, es decir, necesitan más ayuda. En el test de comparación de medias de muestras apareadas encontramos significación estadística, $p < 0,001$, con lo que se objetiva un deterioro en la autonomía del residente para realizar actividades instrumentales tras su institucionalización.

Detallando algo más esta comparación de medias mediante el test de Wilcoxon hemos de reseñar que de los 19 valores comparados, 15 de estos rangos (medias) fueron negativos, 4 empates y ninguno positivo, sir-

Tabla. 5 Rangos del Índice de Lawton

Lawton M2 – Lawton M1	N
Rangos negativos	15 ^a
Rangos positivos	0 ^b
Empates	4 ^c
Total	19

^aLawton M2 < Lawton M1.
^bLawton M2 > Lawton M1.
^cLawton M2 = Lawton M1.

viendo esto para fortalecer la idea de la significación estadística que presentan ambos resultados (el obtenido tras el período de adaptación [20 días] y el que se obtuvo tras 18 meses de institucionalización) (Tabla 5).

Analizando cada actividad instrumental según Lawton, obtenemos lo siguiente:

En el ítem "Capacidad para utilizar el dinero" en el momento uno, la totalidad de los residentes no precisaban ayuda para llevar sus cuentas; sin embargo, tras 18 meses de ingreso el porcentaje de residentes totalmente independiente para manejar el dinero disminuyó hasta el 84,2%, respondiendo el 15,8% restante la opción de "necesitar ayuda o incapacidad para manejarlo". En "La responsabilidad sobre la medicación", es el ítem donde se ha encontrado el mayor deterioro de la independencia, en un primer momento se encontró que casi la mitad (47,4%) no precisaba ayuda para tomar correctamente la medicación; en una segunda medición, el 100% de los residentes estudiados refieren que "necesitan que la medicación le sea preparada" o "no son capaces de responsabilizarse de la misma". Debido a que el residente no se encuentra en su propio hogar, el grado de responsabilidad en cuanto a la medicación disminuye considerablemente, puesto que dentro de las normas de la Institución, la realización de esta tarea compete a personal sanitario del propio centro.

Las actividades instrumentales "lavado de la ropa" y "Uso de medios de transporte" han disminuido en su medición tras 18 meses de ingreso en un 21,1%.

En general todas han sufrido un deterioro de autonomía, salvo en "la preparación de la comida", en la cual eran totalmente dependientes tanto en el momento uno como en el momento dos, situación lógica como con-

22 secuencia de las normas de la institución dado que no permiten la preparación de comidas en las habitaciones, aunque tengan la capacidad funcional para realizarla. En la Fig. 4, quedan reflejado los niveles de dependencia para cada actividad. A continuación se desarrollan los resultados obtenidos del instrumento capaz de medir el estado funcional de las diferentes dimensiones de calidad de vida, tales como estado de salud del sujeto, actividades físicas, sociales, etc., llamado láminas de Wonca.

La puntuación media tras preguntar a los mayores en el momento uno fue de 20,57 presentando una DE: 2,36. Al compararla con el dato que surge después de cuestionarlo en el momento dos se observa que ésta aumenta considerablemente a 26,7 con una DE: 4,74.

Podemos decir que ambos resultados se encuentran alejados de la puntuación intermedia del Instrumento que se halla en 17,5 al constar de 7 láminas con una puntuación máxima cada una de 5 puntos, haciendo un total de 35 y que todos han modificado en sentido negativo su situación en cuanto a su estado funcional, apareciendo en todos rangos positivos en el test de Wilcoxon, arrojando una clara significación estadística entre ambas medias ($p < 0,001$). (Tabla 6). Del análisis pormenorizado cabe destacar los siguientes ítems referentes a distintas dimensiones de la calidad de vida del anciano: descenso de forma física en un 37% de los casos en el momento dos, pasando a responder de “moderada” a “muy ligera” en este ítem. Aclarar que en ninguno de los dos momentos aparecen residentes que respondan tener una forma física intensa. Refiriéndonos a las actividades cotidianas, en general todos refieren te-

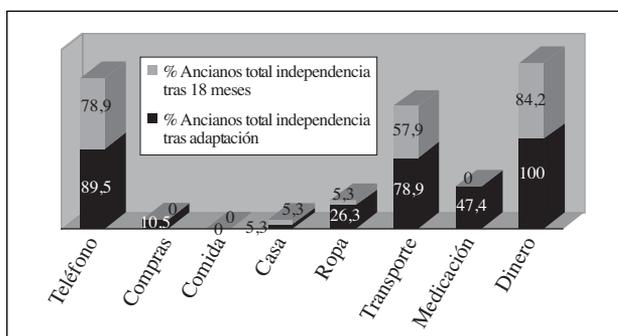


Fig. 4. Actividades del Índice de Lawton

16 ner más dificultades, destacando que en el momento uno, un 10% declaraban no tener “ninguna dificultad en absoluto”, como queda patente en la Fig. 5, mientras que en el momento dos todas las respuestas oscilan entre “un poco de dificultad” y “dificultad para todo, no he podido hacer nada”. Respecto a la lámina de “sentimientos”, la ansiedad e irritación se hace más presente en los mayores tras estar institucionalizados, ya que si en un primer momento responden como “bastante” un 15,8%, en una segunda medición lo responden un 42,1% del total de mayores estudiados; igual ocurre con la respuesta de “intensamente” que responden un 21,1% de los casos frente a ningún caso cuando se les preguntó por primera vez.

Si relacionamos esta lámina con la variable sociodemográfica *Edad* obtenemos que el 37,5% de los mayores de 80 años puntúan 5 (peor situación de respuesta) en el momento dos.

Un dato importante que aparece en la dimensión de realización de actividades sociales con amigos, familia,

Wonca M2 – Wonca M1	N
Rangos negativos	0 ^a
Rangos positivos	19 ^b
Empates	0 ^c
Total	19

^aWonca M2 < Wonca M1.
^bWonca M2 > Wonca M1.
^cWonca M2 = Wonca M1.

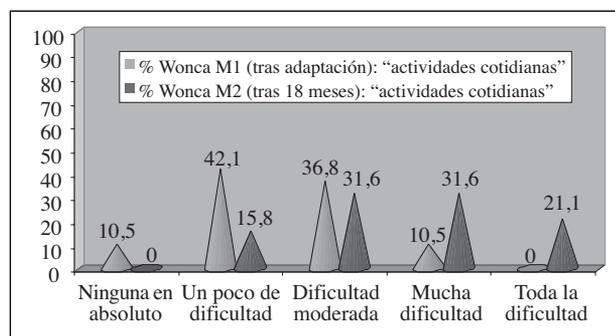


Fig. 5. Wonca: “Actividades Cotidianas”, momentos 1 y 2.



17 etc., es el deterioro que sufren dichas actividades durante los 18 meses de ingreso a consecuencia de los problemas normales de convivencia en un centro ajeno a su casa y con personas hasta ese momento desconocidas, un 58% de los sujetos de estudio afirman encontrar “bastante” limitación para realizarlas, mientras que sólo 20 días de estar ingresado (período adaptación) esta afirmación la expresaban sólo un 16%.

Si diferenciamos por sexo se comprueba que son las mujeres las que presentan mayores limitaciones en sus actividades sociales, ya que del 100% un 71,4% presentan “bastante limitación”, medido en el momento dos. Al cuestionarles sobre los cambios en su estado de salud, el 79% refería no haber tenido cambios en las últimas dos semanas durante su período de adaptación; éste dato disminuía considerablemente hasta el 26,3% tras estar 18 meses en la institución, decantándose hacia el apartado “algo peor” o “mucho peor”. En este último es donde se observan mayor diferencia, cuantificándose ésta en un 26% de los casos. Cabe reseñar un dato llamativo que surge tras cruzar en tablas de contingencia este ítem con la variable sexo: un 87,5% de las personas que responden encontrarse un poco peor son hombres. Muy relacionada con la anterior está la pregunta que se les realiza en la lámina nº 6, donde se les cuestiona sobre su estado actual de salud. En el momento uno, ningún residente afirmó que su estado de salud en general fuera malo; tras permanecer año y medio de ingreso esta afirmación fue expresada por un 31,6% de los residentes. En la Fig. 6 se observan los cambios acontecidos en ambos momentos. En cuanto a la variable sociodemográfica *Sexo* y su relación con la lámina que estamos analizando actualmente, se aprecia cómo al crear una tabla de contingencia con ambas, ésta arroja unos datos sin duda destacables y dignos de discusión: el 57,2% de las mujeres expresan que su estado de salud es malo (peor resultado posible) mientras que esto mismo, sólo es manifestado por el 16,6% de los hombres. Asimismo, y tratando de obtener más datos del análisis, al cruzar esta lámina con la lámina nº 1 referente a la forma física, obtenemos un dato muy llamativo: el 66,6% de residentes que responden tener una forma física “muy ligera” respondieron tener un mal estado de salud. El dato más relevante se encontró en la

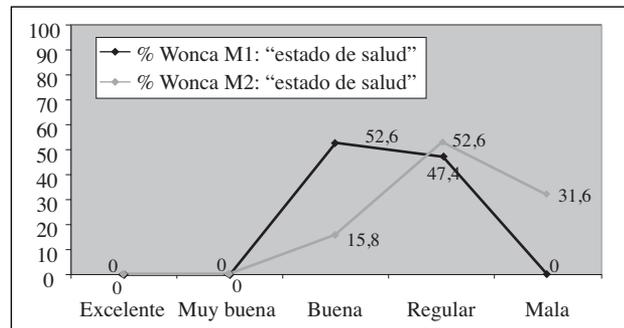


Fig. 6. Wonca: “Estado de salud”, momentos 1 y 2.

lámina referente al dolor durante las últimas dos semanas, en este sentido se constató que en el momento uno ningún residente manifestó tener dolor “moderado” o “intenso”, respondiendo como máximo percibir ligero dolor; sin embargo en el momento dos casi la mitad de los residentes (47,4%) respondió tener dolor “moderado o intenso”.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo no pretenden generalizarse a la población anciana institucionalizada en centros residenciales ya que es necesario asumir las limitaciones que presenta un tamaño muestral reducido como el que hemos tenido que asumir. El criterio de inclusión en el estudio estaba condicionado por los mayores que ingresaron en la residencia durante el período previsto para la recogida de los sujetos de estudio. Este proceso de ingreso institucional no es posible controlarlo por parte de los investigadores, lo que nos llevó a tener que asumir el grupo que finalmente se ha presentado.

Los aspectos organizativos y profesionales hacen que la persona mayor perciba el centro residencial como una alternativa de calidad a su domicilio habitual y puede ser un entorno en el que puede vivir sin sentirse “encorsetado”. Si nos ubicamos en los centros residenciales dependientes de la administración pública tipificados como “centros residenciales para válidos” podemos decir que los resultados encontrados confirman los datos encontrados en la literatura, que apuntan a que el tipo de mayores institucionalizados tienen un perfil so-

24 ciodemográfico similar, resultado de los baremos que utilizan las administraciones públicas para decidir los ingresos de los posibles residentes en el centro, encontrándose en ellas mayores de una media de edad superior a 75 años (14), mujeres viudas en la mayoría de los casos, como en el estudio de Martínez, García y Mendoza (15) y con escasos recursos económicos como es el caso del trabajo realizado por Gutiérrez y cols. (16). Referente al nivel de instrucción, encontramos resultados similares al estudio de Jiménez y cols. (17), en el que un gran porcentaje de residentes presenta un nivel de instrucción bajo. En cuanto a la procedencia, los residentes, en su mayoría, proceden del ámbito urbano, con un porcentaje más elevado de hombres que de mujeres. Son hombres que se encuentran solos. Este dato es curioso si observamos el perfil de los residentes que están en el centro. Las residencias presentan un perfil claramente femenino. Las mujeres suponen una mayoría significativa respecto a los hombres, a pesar de que los residentes de nuevo ingreso suelen ser en una mayoría significativa hombres. La posible explicación que presenta este proceso es lógica. En nuestra zona (Andalucía) aún sigue siendo un valor social el cuidar de nuestros mayores, este valor tiene un peso más significativo en las áreas rurales. En estas zonas la forma de convivencia es más familiar y la prestación de cuidados informales por parte de los vecinos o parientes es más común. Aún en los casos en los que la persona mayor viva sola, la red de amigos, conocidos, vecinos supone un soporte de gran valor para el mayor. El sentimiento de seguridad que le supone ese entorno hace desplazar la posibilidad de ingresar en un centro. Por otra parte, la diferencia que se detecta entre los hombres que optan a los centros respecto a las mujeres también parece un fenómeno lógico. El rol que tradicionalmente las mujeres han desempeñado en nuestro entorno social ha sido el de cuidadoras. Cuidadoras de maridos, hijos y nietos, así como realización de tareas del hogar. Ha sido un rol donde las actividades cotidianas de la vida están totalmente automatizadas y donde, a pesar de las posibles limitaciones que les pueden provocar procesos que suelen asociarse al envejecimiento, estos no les invalidan para seguir haciendo esas tareas de mantenimiento. Estas mujeres siguen teniendo la condición de

válidas, siguen desempeñando 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 en la mujer, retrasándose su ingreso cuando cambie su situación de válidas a un tipo de residencia de asistidos. Este aspecto puede explicar el mayor porcentaje de hombres en el momento de ingreso, y, posteriormente, la mayor esperanza de vida de las mujeres, una vez que están institucionalizadas invierte este porcentaje, siendo los centros residenciales, significativamente femeninos. En cuanto al perfil otro aspecto a valorar es el requisito de voluntariedad para ser ingresado en el centro.

La normativa de ingreso garantiza que todos los residentes hayan accedido al centro de forma voluntaria. Este requisito lleva a matizar varias cuestiones. De una parte, si la institucionalización es voluntaria, en teoría, se puede presuponer una cierta predisposición del mayor a cambiar de entorno y de motivación para asumir cuestiones que están unidas a este fenómeno residencial, con lo que en alguna medida la adaptación en sentido positivo tiene más posibilidades de darse con éxito, como refleja el trabajo de Ferrari (18). De otra parte, conviene recordar que “el ingreso voluntario” en sí es una falacia. Las circunstancias que en muchas ocasiones acompañan al mayor (soledad, presiones familiares...) le llevan inexorablemente a solicitar el ingreso en centros residenciales. En nuestro estudio el motivo de ingreso difiere entre no estar a gusto en otras residencias y el necesitar ayuda para tareas domésticas (lavado de ropa, compras, etc.) o la percepción de soledad (19, 20).

En cuanto al objeto de estudio y de una forma generalizada, los resultados muestran la existencia de una relación significativa entre la autonomía e independencia de un anciano y su deterioro debido a la institucionalización, como refleja ampliamente el estudio de Leturia (29). 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 capacida-



19 des cognitivas, dificultad para expresar sentimientos, disminución de su autonomía, etc. (21), así como la importancia de la percepción del control en la adaptación al centro y el efecto negativo en la adaptación cuando se percibe un escaso control personal sobre el medio (22, 23). El ámbito residencial con su fuerte estructuración puede propiciar elevados niveles de dependencia, llevando al anciano recién admitido a que tienda a ajustar su conducta, al tiempo que adopta una actitud pasiva ante la baja percepción de control ambiental, considerando el ingreso en la institución como una situación estresante (24).

Los cambios que supone la institucionalización, suponen una privación, no sólo del modo de vida anterior, sino otras pérdidas significativas, que aumentan su vulnerabilidad. La persona mayor deja su casa, su hogar, los objetos significativos de toda una vida. Deja los vecinos, lugares espacios y tiene que adaptarse a un nuevo espacio con objetos, personas, rutinas, olores, comidas, residentes. A todo este impacto se le suma el fenómeno de la muerte.

Al ser grupos vulnerables, la mortalidad presenta una prevalencia superior a la del entorno comunitario de donde procedían. Deben aprender a vivir con la muerte con más normalidad que otros grupos. Diversas teorías afirman que las personas aprenden a lo largo de toda la vida (incluidos los grupos de mayor edad). Esta capacidad de aprendizaje se convierte en los sujetos en un recurso indispensable para poder conseguir un proceso de adaptación con éxito. Sin embargo también es necesario asumir que en el caso de las personas de edad avanzada el proceso de adaptación es más difícil y no siempre se convierte en una meta alcanzada. Aprendemos a superar situaciones críticas si en el proceso nos acompaña un soporte emocional potente y se garantiza el tiempo suficiente para ello. Estos requisitos no se garantizan en el fenómeno de institucionalización de los mayores (25).

Refiriéndonos a la capacidad funcional observada (Índice de Barthel) tras el período de adaptación (20 días de ingreso), comprobamos que es alta. Casi el 40% respondían ser totalmente independientes, dato explicable debido a que como criterio principal de ingreso en la residencia es ser válido y en 20 días no da tiempo

para acusar el deterioro por la institucionalización. Tras 25
medir de nuevo dicha escala cuando los residentes llevaban año y medio de ingreso, podemos constatar un declive en las actividades que incluye dicha escala, respondiendo un gran porcentaje a una dependencia leve, situación no acontecida en ningún caso en la medición anterior (22, 26). Las actividades que han sufrido mayor deterioro funcional en los residentes encontradas en el Índice de Barthel son la deambulación y el subir y bajar escaleras (17). Como explicación plausible cabría destacar el hecho de que 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 estancia en la residencia los espacios comunes obligatorios como el comedor o la enfermería y la habitación que se le ha asignado. En cambio, las actividades de autocuidado como la alimentación es una de las que menos se ve afectada, incluso tras año y medio de ingreso como demuestran otros estudios que han medido esta actividad dentro del Índice de Barthel (27). Es importante recordar que todos los residentes de estudio presentan la condición de válidos a su ingreso, y aunque se ha detectado una disminución de su capacidad funcional, esta actividad junto con la de arreglo personal son las que ellos consideran más personales tratando de mantenerlas alejadas del cuidado externo proporcionado por la propia institución; la pérdida de esta capacidad les supone un gran retroceso en su autonomía. A su vez (mediante el Índice de Lawton) se constata mayor deterioro funcional en las actividades instrumentales de la vida diaria, dado que tras dieciocho meses de ingreso en la residencia los mayores han sufrido un retroceso que traducido numéricamente supone el pasar de una puntuación máxima de 6 en la primera medición de dicha escala a 4 en la segunda, esto se ve refrendado en otro estudio (28), en el que se observa como tras un año de institucionalización los mayores de estudio pasan de una puntuación de 8 (independencia total) a menos de 7 (necesitando ayuda para alguna actividad). Esto no hace más que corroborar que la aplicación de este sencillo instrumento de valoración geriátrica puede llegar a predecir una pérdida funcional leve, moderada o grave en las AIVD. En la variable "responsabilidad en la medica-

26 ción”, los resultados encontrados hay una clara tendencia a la dependencia para esta responsabilidad, que anteriormente tenían en casa cuando no estaban institucionalizados, en la residencia queda delegada al personal sanitario (29). Por otra parte, se demuestra, como cabía esperar, que las actividades relacionadas con el quehacer diario de una casa como “preparar la comida “ o “lavar la ropa” estén disminuidas o partieran en un primer momento de la dependencia; datos que encuentran su lógica explicación por entrar dentro de las prohibiciones de la normativa de la institución. Los mayores tienen que hacer frente cada día a múltiples tareas, lavarse, vestirse, arreglarse, usar el servicio, salir a la compra, manejar dinero, hacer las labores domésticas, cuidar, incluso, de un cónyuge también mayor.

Cuando el mayor entra en la institución no puede llevar a cabo muchas de estas tareas básicas, con lo que reduce el ámbito de su acción. Estas pérdidas se pueden vivir como un proceso conmovedor y doloroso. Comienza reduciendo el espacio vital, el espacio físico inmediato que rodea a su habitación. Los teóricos afirman que este espacio inmediato es la extensión del hogar. En el caso de las personas mayores, la extensión del hogar a espacios vecinales públicos es una necesaria vía de comunicación con los demás (30). Teniendo en cuenta que partimos de una población con niveles funcionales previos a la institucionalización muy homogéneos y justificando que ambos instrumentos tienen demostrada su utilidad sobradamente en la medición del deterioro funcional (15, 22, 31, 32), se puede afirmar que los mayores ingresados en la residencia de estudio han sufrido un deterioro funcional en las ABVD y en las AIVD. 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”); que puede crear un efecto generador de dependencia. El establecimiento de una rutina poco estimulante, debido a la estructura organizativa de la que parten los centros y el criterio de calidad basado en los

modelos hosteleros y clínicos impide a los residentes la 20 realización de actividades rutinarias de autocuidado como hacer la cama, preparar la comida, limpiar la habitación, etc. Por otra parte, la expectativa de autonomía funcional del personal cuidador respecto al mayor es baja y afecta negativamente al rendimiento de ésta (21). Mediante las láminas de Coop-Wonca, de igual forma se han demostrado diferencias en la medición en ambos momentos (primer momento 20 días; segundo momento: 18 meses desde el ingreso) al medir el estado funcional de las diferentes dimensiones de calidad de vida, tales como estado de salud del sujeto, actividades físicas, sociales. Este cambio podría explicarse como consecuencia del propio proceso de envejecimiento, donde la disminución de la capacidad funcional parece algo obvio, aunque no todas las dimensiones —aspectos sociales y percepción de salud— se pueden explicar por el sólo proceso de envejecimiento. Los residentes estudiados con mayor dificultad para la realización de actividades físicas son los que peor perciben su estado de salud (33). Sin duda, la actividad física es un factor que tiene efecto directo y significativo con la satisfacción. Según el autor anteriormente citado, realizar actividades, además de influir positivamente en la satisfacción de las personas mayores, influye negativamente sobre la enfermedad, y positivamente sobre la percepción de la salud. Respecto a las actividades cotidianas, todos han sufrido un descenso, además de una disminución en el estado de ánimo como nos indican las cuestiones relativas a sentimientos como ansiedad, depresión, tristeza o desánimo. En este sentido hay mucha literatura que apunta que la institucionalización en residencias se asocia a factores que pueden favorecer la aparición de cuadros depresivos (34). El impacto residencial provoca aislamiento o alejamiento de la que hasta entonces había sido su red social habitual, esto puede conducir a desarraigo y esfuerzo de adaptación relevante (35); además de los cambios significativos en su estilo de vida con incremento del grado de estrés (36). Los de mayor edad refieren encontrarse “intensamente” molestos por los problemas emocionales como soledad o tristeza tras un año y medio de convivencia fuera de su hogar (37). En este sentido se pone de manifiesto la relación entre envejecimiento y apoyo emo-



21 cional. Los sujetos de mayor edad priorizan los aspectos emocionales por encima de otros aspectos, percibiendo de una forma más intensa y agresiva la frialdad de las relaciones institucionales. Las relaciones sociales dentro de la institución las realizan con más dificultad las mujeres, llegando incluso a catalogarlas de “Bastante limitadas”, aunque en general los hombres también han empeorado en sus relaciones sociales durante el año y medio de institucionalización (15). Vivir en residencias disminuye la frecuencia de vínculos en relación a los otros tipos de hábitat, los vínculos que existen dentro de ella se ven limitados a compañeros y profesionales de la residencia. Las relaciones interpersonales juegan un papel importante tanto entre usuarios de la residencia como con personas significativas ajenas a la institución, siendo esto destacable para el correcto ajuste del entorno residencial (38). Los problemas en la relación entre usuarios se muestran como uno de los factores de estrés residencial más importante, por lo que el trabajo con el entorno social del mayor y el fortalecimiento de sus lazos sociales constituyen una de las tareas más prioritarias del equipo técnico residencial. Un dato que llamó la atención en el análisis de los resultados fue el hecho que son las mujeres las que perciben peor su estado de salud, ya que del total de residentes que contestan que “su salud es mala”, la mayoría son mujeres (33).

Merece la pena destacar que todos los residentes, hombres y mujeres, sufrieron un empeoramiento en la percepción de salud desde el momento uno (20 días del ingreso) al momento dos (18 meses desde el ingreso); constatando que el hecho de permanecer ingresado en una residencia sumado a la pérdida de capacidades funcionales influyen en el sentirse más o menos sano. A su vez es significativo como los residentes que califican su salud general como “mala”, en su gran mayoría presentan el estado civil de viudos/as (33). Además de la fuente de estrés que supone el vivir en una residencia (19), la pérdida de autonomía y la pérdida de un ser querido como su cónyuge, redundan muy directamente en un incremento de problemas emocionales (39) y una disminución del control de su propia salud. Todo esto a la larga conlleva el deterioro físico y psicológico por falta de actividad, así como la disminución de destrezas ma-

nuales por desuso. Como autocrítica al trabajo, hay que tener en cuenta que al ser un investigador ajeno al entorno, la objetivación de cómo aparecen los indicadores que corresponden a los aspectos estudiados —autonomía para las actividades de la vida diaria, percepción de salud, estado anímico— no es posible recogerlos mediante otro tipo de instrumentos. Los instrumentos utilizados son instrumentos que en la mayoría de los casos han sido autoadministrados, con todo lo que ello conlleva y además en este tipo de población. La necesidad del mayor en poner de manifiesto una autoimagen que no siempre se corresponde con datos objetivos ha podido aparecer en este estudio. Como ya se ha comentado el alcance y la generalización de este estudio queda limitado por las restricciones que impone la utilización de un diseño donde el tamaño muestral es reducido, como es nuestro caso (nuevos ingresos en la residencia). En el futuro, en próximas investigaciones se podría desarrollar este mismo estudio en la línea de explicar el efecto que la institucionalización tiene en la dependencia funcional de las personas mayores, teniendo en cuenta la necesidad de un análisis con un grupo control, no institucionalizado, que cumpliera las mismas características sociodemográficas y funcionales. 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 palien tales carencias, sin necesidad de llegar a 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 detectar de manera rápida y sencilla el estado del anciano en su globalidad, 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. Pero también se hacen imprescindibles otras intervenciones cuando las conductas de dependencia son el re-

28 sultado de una conformidad con los estereotipos, una subestimación de los recursos propios, de las contingencias ambientales o de un ambiente físico no facilitador. 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 (40), son necesarias políticas de prevención, formación, campañas publicitarias, materiales de apoyo a los cuidadores 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 necesi-

22 dades de los usuarios, 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. Plantear 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. Gonzalo E, Millán A, Mateo I, Ocaña R, García MM. Informe Global de Resultados de la Encuesta a Personas Mayores Estudio Sobre Condiciones de Vida de las Personas Mayores en Andalucía. Sevilla: Fundación Andaluza de Servicios Sociales. Consejería de Asuntos Sociales; 2004.
2. Rubio R, Alexandre M, Cabeza JL. Estudio sobre la Valoración de la Calidad de vida en la población anciana andaluza. *Psicogerontología* 1997; 13 (6): 271-81.
3. Séculi E, Fruste J, Bugulat P, Junca S, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gaceta Sanitaria* 2001; 15 (3): 217-23.
4. Da Pena JM. Residencia geriátrica: una signatura pendiente. *Atención primaria* 1993; 11 (2): 59-60.
5. Cortés Blanco M. Estrategias generales en la atención del anciano institucionalizado. *Med Integral* 1999; 23 (4): 161-3.
6. Goffman E. *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1992.
7. Baltes MM, Wahl H. Dependencia. En: Carstensen LL, Edelman G, eds. *Gerontología clínica*. Barcelona: Martínez Roca; 1987.
8. Instituto Andaluz de Administración Pública: *Legislación sobre servicios sociales en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Gobernación; 1996.
9. Pillemer K, Lachs S. Abuse and Neglect of elderly persons. *New Engl J Med* 1995; 332 (7): 437-43.
10. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Med* 1965; 14: 61-5.
11. Evaluación de las actividades de la vida diaria. En: Montorio I. *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales e INSERSO; 1994, pp. 43-69.
12. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-86.
13. Kane RA, Kane RL. *Assessing the elderly. A practical guide to measurement*. Lexington: Lexington Books; 1981.
14. Corrales D, Palomo L, Magariño Bravo MJ, Alonso G, Torrico P, Barroso A, Merchán V. Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los mayores del área de salud de Cáceres. *Atención Primaria* 2004; 33: 426-33.
15. Martínez MF, García M, Mendoza I. Estructura y características de los recursos naturales de apoyo social en los mayores andaluces. *Intervención Psicosocial* 1995; 4 (11): 47-63.
16. Gutiérrez Rodríguez J, Galeano R, Reig C, Solano JJ. Deterioro funcional relacionado con la hospitalización en el anciano. *Mapfre medicina* 1996; 7: 275-82.
17. Jiménez L, Lafuente D, Hernández B *et al*. Mayores: Calidad de vida y necesidades básicas. *Rev Rol Enf* 1999; 22 (11): 743-6.
18. Ferrari, NA. *Institutionalization and attitude change in an aged population: a field study and desistance theory*. Unpublished doctoral dissertation. Western University; 1992.
19. Riquelme A, Buendía J. Fuentes de estrés residencial, bienestar subjetivo y adaptación a la institución en usuarios de residencias geriátricas. *Geriátrica* 1997; 13 (10): 441-7.
20. Leturia FJ. El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Rev Esp Geriatr Geront* 1999; 34 (2): 105-12.
21. 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).
22. Curcio CL, Gómez JF, Galeano IC. Validez y reproducibilidad de medidas de evaluación funcional basadas en la ejecución. *Rev Esp Geriatr Geront* 2000; 35: 82.
23. Formiga F, Maiques JM, Salazar A, Mascaró J, Novelli A, Rivera A, Verdiell J, Pujol R. Repercusión de la hospitalización en la capacidad funcional de pacientes mayores de 75 años ingresados en una Unidad de Corta Estancia. *Rev Esp Geriatr Geront* 1999; 6 (34): 331-5.
24. Browsersh JE, Kep D. Toward an understanding of three control constructs: personal control, self-efficacy, and hardiness. *Issues Mental Health Nurs* 1995; 16: 33-50.
25. Díaz ML, Mielgo A. Programa de nuevos ingresos: Adaptación al medio residencial. Madrid: IMSERSO; 2000.
26. Monforte J A, Fernández C, Díez J, Toranzo I, Alonso MM, Franco MA. Prevalencia de la depresión en el anciano que vive en residencias. *Rev Esp Geriatr Geront* 1998; 33 (1): 13-20.
27. Mirallas JA, Real MC. ¿Índice de Barthel o Medida de Independencia Funcional? *Rev Esp Geriatr Geront* 2003; 6 (38): 327-33.



- 23
28. Sitjas Molina E, San José Laporte A, Armadans Gil L, Mundet Tuduri X, Vilardell Tarrés M. Factores predictores del deterioro funcional geriátrico. *Aten Prim* 2003; 32: 282-7.
29. Campo de la Torre MA, López H. Estudio descriptivo de habilidades de autocuidados en mayores institucionalizados. *Gerokomos* 1993; IV (7): 8-13.
30. Perlado F. Valoración Geriátrica. *Rev Esp Enf Geriatr Geront* 2001; 36 (5): 25-31.
31. Fernández-Mayoralas G, Rodríguez Rodríguez V. La capacidad funcional de los mayores españoles. *Rev Geront* 1995; 5 (1): 16-22.
32. Badía X, Salamero M, Alonso J, Ollé A. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español (3ª ed.) Barcelona: Edimac; 2002.
33. Zamarrón MD, Fernandez R. Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en domicilios y residencias. Factores determinantes. *Rev Esp Geriatr Geront* 2000; 35 (2): 17-29.
34. Flórez JA, Cachero E, San José N, Martínez S, Farpón E, Martínez E, Lastra, MV, Flórez I. Programa de adaptación para mayores al medio residencial. *Med Integral* 2003; 1 (41): 48-55.
35. Rojas E, de las Heras FJ, Reig MJ *et al.* Depresión y factores sociofamiliares en mayores de una residencia geriátrica. *Psicopatología* 1999; 11 (1): 20-4.
36. Carrasco M, Oslé M *et al.* Calidad de vida y estado de salud en las residencias geriátricas de Pamplona. *Aten Prim* 2001; 1: 5-30.
37. Arbinaga F. La mujer mayor institucionalizada: aproximación al estado de ánimo, la ansiedad ante la muerte y su satisfacción con la vida. *Cuadernos de Med Psicosomática y psiquiatría de enlace* 2002; 64: 26-33.
38. Buendía J, Riquelme A. Residencias para mayores: ¿solución o problema? En: *Gerontología y salud: perspectivas actuales*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1997.
39. Ames D. Epidemiological studies of depression among the elderly in residential and nursing homes. *Int J Geriatr Psychiat* 1991; 6: 347-54
40. Montorio I, Izal M. La vejez con éxito. Pero, ¿por qué las personas mayores no se deprimen más? *Rev Intervención Psicosocial* 1997; 6 (1): 53-75.
- 29