FUNDACION H.A.BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

Nivel de independencia y autopercepción de salud en pacientes institucionalizados del Hospital Monoclínico de Geriatría Miguel Lanús, en la atención del adulto mayor en Posadas, Misiones, Argentina.

Autor: Natalia Takako Nakabayashi

Tutor metodológico: Lic. María Lucrecia Villarquide
Tutor de contenidos: Dr. Ítalo Eduardo Segura.

20 de diciembre de 2013

Resumen:

Objetivo: Determinar el nivel de independencia en actividades de la vida diaria y su relación con la salud autopercibida en los adultos mayores institucionalizados en el Hospital Monoclínico Miguel Lanús de Posadas, Misiones, Argentina.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de corte transversal, se seleccionaron a 28 pacientes (13 mujeres y 15 hombres) de entre 60 y 94 años, la recolección de datos fue obtenida a través de observación e interrogación. Como instrumentos de medida para la valoración se utilizó el índice de Barthel y Láminas de Coop-Wonka.

Resultados: No se obtuvo una relación estadísticamente significativa para el Test de Chi Cuadrado, entre nivel de independencia y autopercepción de la salud (p. 0.329). El 64% resultaron independientes y un 35% dependientes. Siendo las mujeres, viudas las más dependientes 46%. Dentro de las actividades del Índice de Barthel, la que reflejó mayor grado de dependencia fue subir y bajar escaleras en un 50% y en menor dependencia la alimentación en un 92%. La percepción de salud reflejó ser buena en la en la mayoría de los casos. Las patologías más prevalecientes en los dependientes fue secuela de accidente cerebrovascular en un 21%.

Conclusión: El uso de instrumentos estructurados para la valoración geriátrica permitió establecer, de manera rápida y en su globalidad, la capacidad funcional del anciano; concluyendo en un perfil predominante con buena percepción de su salud, a pesar de que no todos estaban en las mismas condiciones para satisfacer las actividades básicas de la vida diaria.

Se espera de este modo, poder priorizar las necesidades de atención en la salud de los adultos mayores.

Summary:

Objective: to determine the level of independence in activities of daily living and its relation to the self-perceived health status among institutionalized elderly patients in Hospital Monoclínico Miguel Lanús, Posadas, Misiones, Argentina.

Methodology: observational, descriptive and cross-sectional study, 28patients were selected (13 female and 15 male) between the ages of 60and 94, the data was gathered through observation and interrogation. The Barthel Index and the Coop-Wonka Charts were used as measuring instruments for the assessment of the collected data.

Results: No statistically significant relation was obtained from them Chi-square Test between the level of independence and then self-perceived health status (p. 0.329). 64% of the patients were independent and 36% dependent. Widowed women are the most dependent,46% of the cases. Walking up and down the stairs was the activity of the Barthel Index with the highest level of dependency with 50%, and to a lower extent, eating with 92%. Most cases revealed good self-perceived health status. Stroke was the most common pathology among dependents, totaling 21%.

Conclusion: the use of structured instruments for geriatric assessment allows to establish quickly and globally the functional aptitude of the elderly, concluding that the standard profile has good perception of health despite the fact that not all patients were in the same condition to conduct the basic activities of daily living. It is the intention of this study to help prioritize the demands in health care among the elderly.

1. INTRODUCCION

En Argentina, según datos del Censo Nacional de 2010 (INDEC), la población de personas de 60 y más años alcanza al 14,5% y aproximadamente un 3% se encuentra alojado en instituciones de larga estadía[1]. Esto ubica a nuestro país, entre los países más envejecidos de la región, con una proporción envejecida que va en ascenso[2].

El proceso de envejecimiento implica alteraciones en aspectos sociales, familiares, psicológicos y fisiológicos, las cuales influyen sustancialmente en la vida de un individuo[3].

Los ancianos, al institucionalizarse, dejan de realizar tareas por un mecanismo de ajuste de su conducta y a la vez adoptar una actitud pasiva[4]. Uno de los problemas más importantes en esta etapa se evidencia con la perdida de la capacidad de realizar las actividades habituales y necesarias para la vida de la persona asociado a las enfermedades crónicas degenerativas[4] que se presentan en esa edad[5]. Estas transformaciones, relacionadas entre sí, pueden significar deterioro funcional en favor de la pérdida de autonomía y de la capacidad funcional traducida en actividades de la vida diaria (AVD), es decir, aquellas actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo, imprescindibles para subsistir de forma independiente[6-9]. Estas pérdidas llevan a un efecto generador de dependencia, definido por la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM), de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una situación de discapacidad que implica necesidades de ayuda[10]. El interés por este concepto puede justificarse en que el deterioro funcional aparece como un cauce habitual de las consecuencias de enfermedades o tratamientos y en lo individual ocasiona la disminución de la autoestima y del bienestar auto-percibido[11, 12] . Sin embargo, no todas las enfermedades generan pérdidas funcionales, la suma de enfermedades no produce necesariamente alteración funcional [13].

La valoración funcional persigue clarificar el estado de capacidad/ incapacidad física[14]. Los instrumentos utilizados indican las limitaciones en la realización de la de las actividades, pero no explican la causa de lo observado[15]. Existen varias escalas para medir la capacidad funcional [13], todas

tienen limitaciones y por sí mismas no son suficientes para una apreciación del estado funcional de la persona[16, 17]

Habiéndose escogido para esta investigación el índice de Barthel, definido como: "medida genérica que valora el nivel de independencia asignando diferentes puntuaciones según la capacidad del sujeto para llevar a cabo las AVD[18]. Este elemento objetivo de evaluación en geriatría fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física, aportando un fundamento científico a los resultados que obtenían los profesionales de rehabilitación en los programas de mejora de los niveles de dependencia de los pacientes [19]

Resultados de diferentes estudios ponen de manifiesto que la autopercepción, medida a través de indicadores subjetivos, basada en los sentimientos, ideas, y creencias a su salud, ha probado tener asociaciones significativas con otros indicadores más objetivos, como son el número de enfermedades crónicas la dependencia en actividades de la vida diaria, etc.[20]

La OMS, radica la importancia de realizar una valoración funcional, definiendo que: “La salud del anciano como mejor se mide, es en términos de capacidad funciónal” [21]. Siendo esta un mejor indicador de salud que el estudio de prevalencia de las enfermedades y se considera prioritaria por ser un buen predictor de morbimortalidad y del consumo de recursos asistenciales[22].

Por lo expuesto la presente investigación tiene como objetivo determinar el nivel de independencia en actividades de la vida diaria y su relación con la salud autopercibida en los adultos mayores institucionalizados.

2. MATERIALES Y METODOS

En el Hospital monoclínico Miguel Lanús de Posadas, Misiones, se encuentran institucionalizados un total de 54 adultos mayores de ambos sexos, los mismos se presentan entre los 60 y 94 años. Para la realización del estudio se seleccionaron 28 pacientes, según los criterios de inclusión y exclusión (anexo I). Dichos pacientes fueron informados del procedimiento de la investigación y se les solicitó su consentimiento para participar de acuerdo con los principios éticos.

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal.

La recolección de datos se llevó a cabo los días 21 al 25 de octubre del 2013, se aplicó una encuesta estructurada a los pacientes o cuidadores en los casos pertinentes.

Con el fin de evaluar el nivel de independencia se aplicó la escala de Barthel (Anexo III), instrumento que proporciona una puntuación basada en la evaluación de 10 actividades de la vida diaria: capacidad para alimentarse, lavarse, vestirse, arreglarse, ir al baño (control de esfínteres), subir/bajar escaleras, trasladarse (o manejar una silla de ruedas) y deambular.

Para evaluar la autopercepción que presentaban los pacientes se les realizo la pregunta, ¿Cómo describiría su estado de salud en la actualidad?, con cuatro opciones de respuesta según la bibliografia las cuales correspondían a muy buena, buena, regular y mala[23] Se agruparon dichas respuestas en dos categorías, “buen estado de salud” para dos primeras y “mal estado de salud” para las dos últimas.

Con el mismo fin también se aplicaron las láminas COOP-WONCA[24]. (Anexo II - III), que constituyen un instrumento multidimensional con información visual, procesada e integrada incluyendo ilustraciones. Consiste en mostrar al individuo 6 láminas referidas a distintos aspectos de la salud: capacidad física, actividades de la vida diaria, estado emocional, actividad social, salud global y cambios en el estado de salud[23, 25]

Se aplicó un cuestionario con preguntas estructuradas (Anexo II - III), donde se recolectaron variables sociodemográficas, tiempo de institucionalización y diagnóstico de alguna patología.

Para contrastar el nivel de independencia funcional y la autopercepción de la salud, se utilizó el Test de Chi cuadrado (Test de X^2). El mismo se realizó utilizando todas las opciones de respuesta sobre la autopercepción de salud sin agrupar.

Para la realización de los siguientes análisis se utilizó la categorización de las respuestas de la autopercepción de salud citadas anteriormente. Las variables sociodemográficas de edad y tiempo de institucionalización se aplicó el calculó de la media aritmetica, mediana, desvío estándar, máximo y mínimo. También se realizó con una comparación de porcentajes en tablas de contingencia a fin de contrastar la relación de edad, género, estado civil, tiempo de

institucionalización y patologías frecuentes entre el Índice de Barthel, agrupado las variables de dicho instrumentos según la bibliografía [23].

Todos los análisis fueron realizados con la utilización del programa de estadístico IBM® SPSS® Statistics 21.

3. RESULTADOS

En el estudio del nivel de independencia y la autopercepción de salud de los pacientes seleccionados, no se ha encontrado una asociación significativa (Test de Chi cuadrado, p 0.329; Tabla 1)

Tabla 1: Test de contingencia de Chi Cuadrado de la autopercepción de salud según el Índice de Barthel (ver referencias en Anexo III). Hospital Monoclínico Geriátrico Miguel Lanús, Posadas, Misiones.

			Autopercepción de Salud				Total
			Muy buena	Buena	Regular	Mala	
Índice de Barthel	Independiente	Recuento	1	8	1	1	11
		% dentro de Autopercepción de Salud	20,0%	44,4%	25,0%	100,0%	39,3%
		% del total	3,6%	28,6%	3,6%	3,6%	39,3%
	Leve	Recuento	1	5	1	0	7
		% dentro de Autopercepción de Salud	20,0%	27,8%	25,0%	0,0%	25,0%
		% del total	3,6%	17,9%	3,6%	0,0%	25,0%
	Moderada	Recuento	3	1	1	0	5
		% dentro de Autopercepción de Salud	60,0%	5,6%	25,0%	0,0%	17,9%
		% del total	10,7%	3,6%	3,6%	0,0%	17,9%
	Severa	Recuento	0	4	1	0	5
		% dentro de Autopercepción de Salud	0,0%	22,2%	25,0%	0,0%	17,9%
		% del total	0,0%	14,3%	3,6%	0,0%	17,9%
	Total	Recuento	5	18	4	1	28
		% dentro de Autopercepción de Salud	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	17,9%	64,3%	14,3%	3,6%	100,0%
Chi-cuadrado de Pearson:		Sig. asintótica (bilateral) 0.329					

En cuanto a las AVD, donde se valoraron todas las acciones observadas en el índice de Barthel, (Grafico 1) se observó que la actividad de “subir y bajar escaleras” fue la más comprometida representando el 50% de los pacientes, seguida de la de “deambulación” con el 67,8% (sumando las personas que necesitan ayuda y las que son dependientes) destacando para esta actividad que la totalidad de los pacientes dependientes utiliza silla de ruedas. Mientras que la alimentación fue la actividad más preservada 92,2 %, seguido del aseo donde quedo representada por el 82,2 %.

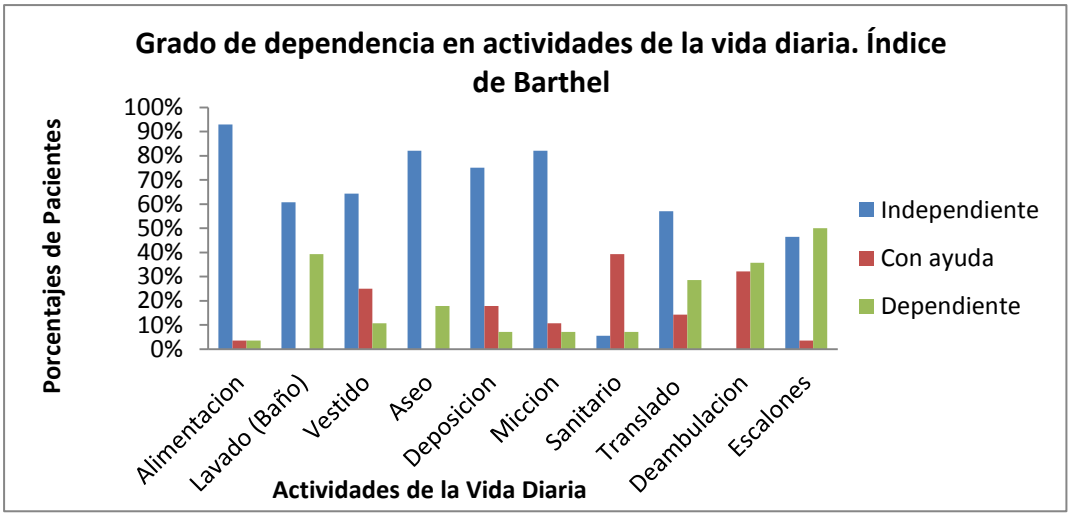


Grafico 1: Grado de dependencia en actividades de la vida diaria. Índice de Barthel. Se presenta la relación del nivel de independencia de las distintas actividades de la vida diaria del Índice de Barthel, en Independientes, con ayuda y dependientes.

Respecto a las actividades contenidas en las Láminas de Coop-Wonka se constató, en cuanto a la actividad física, el 50% de los pacientes, no camina o camina lento, el 42,2% no presentan problemas emocionales, para el 71,4% su estado anímico no influye en las actividades cotidianas, en cuanto a su estado de salud el 57,1% respondieron que es buena, el 42,9% participa de actividades sociales, para el 64,3% su estado de salud se encuentra igual que hace dos semanas, y en cuanto la lámina opcional el 42,9%, refirió que no presenta dolores (Gráficos C a J - ANEXOS IV).

En el perfil sociodemográfico se encontró que predominaban los pacientes del sexo masculino con un 53.6 % frente a un 46.4% del sexo femenino. La media de edad para ambos sexos fue de 75 años. En referencia al tiempo de institucionalización el 85% de los pacientes se encuentran desde hace 5 años, con una mediana de 3 años institucionalizados (Tabla 2).

Tabla 2: Estadística descriptiva de edad y tiempo de institucionalización de la población de estudio. Se presentan la media aritmética, mediana, desviación estándar, valores mínimos y máximos de las variables de edad y tiempo de institucionalización. Hospital Monoclínico Geriátrico Miguel Lanús, Posadas, Misiones.

Variable	n	Mediana	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad (años)	28	75	75	10,13	60	94
Institucionalización (Meses)	28	36	45	49,17	1	240

En el estado civil de los pacientes encuestados revelaron que el 75,2% eran viudas/os y solteras/os, representando el mayor porcentaje en las mujeres.

Al contrastar nivel de independencia en función al sexo, se observó que el 86,4% de los hombres son independientes, frente a un 38,5% de las mujeres (Tabla 3).

Tabla 3: Test de contingencia de Índice de Barthel y Género. Se presentan los porcentajes de la distribución del Nivel de Independencia (independiente y dependiente) en relación con el género (masculino y femenino) y el valor total. Hospital Monoclínico Geriátrico Miguel Lanús, Posadas, Misiones.

Índice de Barthel		Genero		Total
		Masculino	Femenino	
Independiente	Recuento	13	5	18
	% dentro de Genero	86,7%	38,5%	64,3%
	% del total	46,4%	17,9%	64,3%
Dependiente	Recuento	2	8	10
	% dentro de Genero	13,3%	61,5%	35,7%
	% del total	7,1%	28,6%	35,7%
Total	Recuento	15	13	28
	% dentro de Genero	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	53,6%	46,4%	100,0%

Entre las enfermedades crónicas que prevalecieron, se encuentran en primer lugar la hipertensión arterial sistémica (HTA) con el 39,3% y en segundo lugar las secuelas de ACV (accidente cerebrovascular) con un 28%, esta última con un porcentaje mayor en los pacientes dependientes (Grafico 2). En algunos pacientes se observó la presencia de más de una patología.

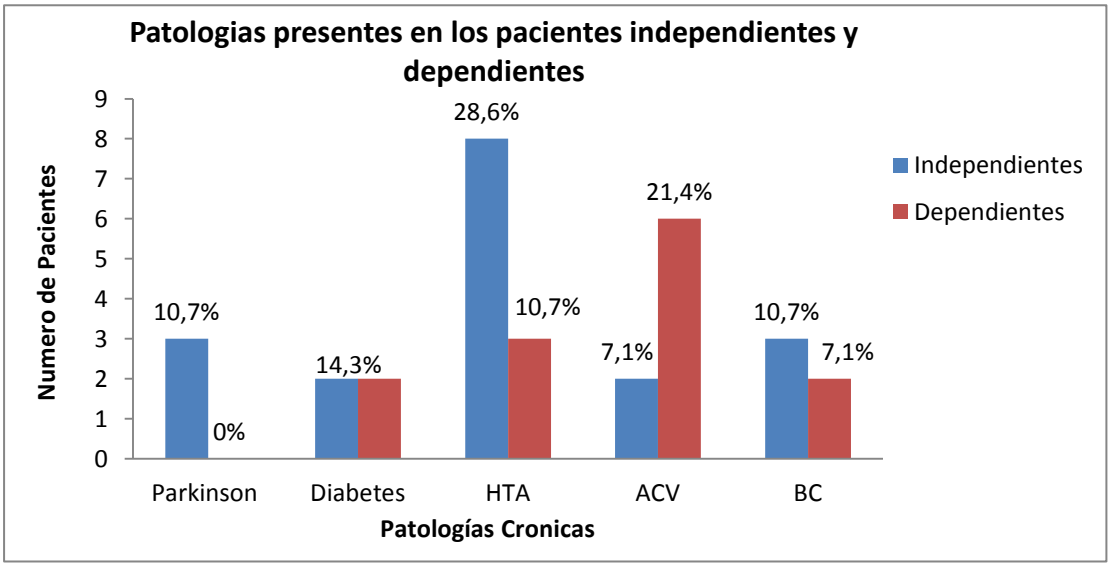


Gráfico 2: Nivel de Independencia y Patologías Crónicas más frecuentes. Se presentan las patologías crónicas más frecuentes, Hipertensión Arterial Sistémica, (HTA), Accidente Cerebrovascular (ACV), Bronquitis crónica (BC), Parkinson y Diabetes en pacientes dependientes e independientes.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSION

Los estudios con respecto al adulto mayor y su percepción de salud no son habituales en Argentina, aquí radica la importancia de realizar estudios con dichos pacientes. La aplicación del Índice de Barthel es una herramienta de gran utilidad para evaluar el nivel de independencia en los adultos mayores.

Es la primera vez que se realiza un estudio de dichas características con pacientes institucionalizados en el Hospital Monoclínico geriátrico, Miguel Lanús, el cual permitió conocer el nivel de funcionalidad de los mismos, si bien en el análisis estadístico no se encontraron diferencias significativas, lo cual estaría indicando que no existe una relación entre el nivel de independencia y la autopercepción de salud, se observaron situaciones que se destacan y deberían continuar siendo evaluadas. Sin embargo en los estudios de Fuente-Sanz *cols* [26, 27] se ha constatado que las personas independientes, manifiestan buena o muy buena percepción de su salud y que al aumentar las limitaciones físicas su percepción de salud gira hacia un sentido negativo de la misma.

Las actividades que presentaron una mayor limitación, en el índice de Barthel, fueron tanto "subir y bajar escaleras" como “lavarse”, dichos resultados coinciden con lo expuesto en otros estudios[26-28], esto podría deberse a que los residentes se manejan en espacios que difieren en características arquitectónicas y organizativas de las que correspondían a su entorno habitual, como también a la imposibilidad de acceder a determinados espacios, sin acompañamiento, como son los casos de pacientes que se encuentran en sillas de ruedas. En relación a “lavarse” aunque en un primer momento podría haber un rechazo por pudor, en los pacientes en los cuales esta actividad requiere de mucho esfuerzo, la comodidad podría terminar influyendo.

La alimentación fue la actividad menos dependiente, como también lo demuestran otros autores[26-28], donde refieren que esta actividad, junto con el arreglo personal, son las que se consideran más personales, tratando de mantenerlas alejadas del cuidado proporcionado por la institución; la pérdida de esta capacidad supondría un gran retroceso en su autonomía.

En cuanto al uso de silla de ruedas, no se encontró en la literatura que la relacionen con el nivel de independencia, sin embargo se destaca que la mitad de los encuestados la utiliza y la totalidad de los dependientes, incluso se observaron pacientes que no presentaban limitaciones que los lleve a utilizarla.

Esto podría estar asociado con el temor que le produce al adulto mayor la perdida de equilibrio propia de la edad, como también a una forma de conseguir una mayor atención, la cual estaría relacionada con una falta de contención. El aplicar un acompañamiento kinésico a dichos pacientes podría ayudar a adquirir una mayor seguridad y evitar la utilización de la silla de rueda, tratamiento que en general no es contemplado por las instituciones geriátricas, quizás por cuestiones económicas.

En la aplicación de las Láminas de Coop-Wonca se constató a un gran porcentaje de residentes con dificultad para la realización de actividades físicas. Estos resultados también fueron obtenidos en los trabajos de Zamarrón *cols* [29] y de Lobos Santos *cols* [28] donde refieren que 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[21], sin embargo constatando los porcentajes obtenidos la realización de actividad física, no influyen negativamente en las otras actividades de las láminas.

Respecto a los problemas emocionales, Jiménez *cols* [30] relatan como la tristeza, el desánimo o los sentimientos de ansiedad, se observan frecuentemente; en contraste con este estudio que se obtuvieron altos porcentajes en los estados anímicos positivos.

En cuanto a los resultados encontrados en el perfil sociodemográfico confirman los datos hallados por Fuente-Sanz *cols*[26] y Valdivieso *cols* [31] en los cuales también se observó que la media de edad de los pacientes institucionalizados se encontraba en los 75 años.

Las mujeres presentaron los mayores porcentajes en cuanto a la dependencia y una mala percepción de la salud en relación a los hombres, estos resultados también fueron observados en por otros autores [25-27, 32]. Según Fuente-Sanz *cols*[26] refieren que el rol que tradicionalmente las mujeres han desempeñado en nuestro entorno social ha sido el de cuidadoras, (de hijos y maridos) donde las actividades cotidianas, están totalmente automatizadas, por lo tanto al ser institucionalizadas pierden el control sobre estas actividades, lo cual podría comprometer su autoestima y llevarlas a una dependencia, dado que ya no presentan esta obligación y perder tal vez el sentimiento de dependencia

del otro hacia ellas. Lobo Santos *cols*[31]expresan que este aislamiento social podría favorecer una mayor dependencia con el entorno e Invalidarlas para seguir haciendo esas tareas.

Otros de los autores[32] sostienen que esta dependencia es efecto de la edad, la viudez y la soledad, factores que influyen de forma más determinante que la propia condición femenina. En cambio Grundy *cols* [33]difieren argumentando que la mayor tasa de dependencia entre las mujeres se debe a que ellas viven más tiempo con discapacidad, no a que la incidencia de discapacidad sea más alta.

La enfermedades crónicas halladas en este estudio en mayor frecuencia, fueron Hipertensión Arterial Sistémica, seguida de secuela de Accidente cerebrovascular, esta última con mayor frecuencia entre los pacientes dependientes, coinciden con los encontrados en trabajos de Suárez García *cols* [34]El aumento de la frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles, a medida que la población envejece, tiende a provocar complicaciones y secuelas que pueden dificultar la independencia y la autonomía de las personas, por tal razón, es imprescindible propiciar acciones encaminadas a la prevención y control de las enfermedades crónicas mediante la adopción de estilos de vida saludable, como también la continuidad de un correcto tratamiento kinésico en las personas que ya fueron afectadas por dichas patologías, con el fin de poder propiciarles una mejor calidad de vida y una mayor autonomía.

En conclusión en este estudio se pudo señalar la importancia de la utilización de instrumentos estandarizados y validados, para la evaluación geriátrica como son el Índice de Barthel y las láminas de Coop-Wonka, los cuales proporcionan una forma sencilla y rápida para evaluar el estado de salud del adulto mayor en su globalidad. Estos métodos permiten optimizar la atención prestada por la institución mediante una correcta evaluación de los pacientes, como también considerar categorías funcionales para poder determinar una ubicación ideal en la prestación de una atención adecuada y trabajar con diferentes equipos interdisciplinarios.

Como el estudio se enfocó en un diseño descriptivo, el alcance queda limitado, por las restricciones que esto conlleva, evidenciando en la necesidad en próximas investigaciones de desarrollar este mismo estudio, profundizando en los instrumentos para conocer la salud física y emocional pudiendo

cuantificar de esta manera el entorno en el que el adulto mayor se desenvuelve, con metodología cualitativa que puedan demostrar que están relacionadas en alguna medida la independencia funcional y la percepción de su estado de salud, realizando un análisis más preciso, con la posibilidad de poder monitorizarlo en el tiempo.

Una limitación que presenta este estudio es el tamaño de la muestra con la cual se trabajó, por lo tanto se considera que la falta de asociación entre el nivel de independencia y la autopercepción de salud, podría estar sujeta a esta condición, destacando la posibilidad en próximas investigación ampliar el tamaño muestreal e incluso considerar incluir otras instituciones.

Finalmente se señala que el proceso de envejecimiento y la dependencia es un proceso complejo, en el que se necesita un enfoque bio-psico-social y la puesta en marcha de labores que sean capaces de identificar todos aquellos factores de riesgo responsables de la pérdida de capacidad funcional. Así poder desarrollar todo un conjunto de intervenciones estableciendo pautas preventivas de actuación dando respuestas a las múltiples y variadas demandas de los adultos mayores institucionalizados.

REFEFENCIAS BIBIOGRAFICAS

1. CEPAL. (Comisión Económica para América Latina) Avances Nacionales en la implementación de la Declaración de Brasilia. 2012; Available from: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Argentina_MIDES.pdf.

2. Censos INdEy. (INDEC) Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 Resultados definitivos, Serie B Nº 2 2012.

3. Gómez Montes JF CBC, Gómez Gómez DE. Evaluación de la salud de los ancianos. Manizales: Universidad de Caldas. 1995,(p. 57.).

4. Simonsick EM, Kasper, D. J., Guralnik, M. J., Bandeen-Roche, K., Ferrucci, L., Hirsch, R., Leveille, S., Rantanen, T., Fried.L.. . Severity of Upper and Lower Extremity Functional Limitation: Scale Development and Validation with Self-Report and Performance-Based Measures of Physical Function. Gerontol B PsycholSci Soc Sci 2001;v56.:10-9.

5. Dorante MG ÁF, Mejía AS, Gutiérrez RL. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Pública 2007; v22 (1):1-11.

6. Bayarre Vea HD PPJ, Menéndez Jiménez J. . Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). GEROINFO 2006; [Internet]. v 1(N.3.).

7. Rojas Ocaña MJ TGA, Rodríguez Ponce C, Rodríguez J.B. Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. Gerokomos (Madr, Ed impr) 2006 Madrid marzo. ;v.17(N.1).

8. Nakatani AYK SL, Bachion MM, Nunes DP. Capacidade funcional em idosos nas comunidades e propostas de intervençôes pelaequipe de saúde. Rev Eletr Enf. 2009.;V11:1-18.

9. Giraldo MCI FAG. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. AV Enferm. . 2008 v26:: 43_58.

10. Manrique B SA, Telle M. factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores beneficiados del programa oportunidades. Instituto nacional de salud pública de medico 2008.

11. García OMA, H. I. . Polifarmacia y dependencia funcional en adultos mayores ingresados en el hospital “Calixto García. Geroinfo, geroinfo sld cu 2008;v 3 (N. 2).

12. WHO. An Analysis Based on the 1999 who Study the Global Burden Disease and the International Classification of the Functioning, Disability and Health. Current and Cuture Long-Term care needs: . Géneva; 2002.

13. Castellón Sánchez del Pino J. Valoración geriátrica El médico interactivo Diario electrónico de la sanidad 2003. ;Nº 892

14. Segovia Dìaz De Leon M.G. THEA. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos. 2011;vol.22(no.4): p.162-6. .

15. OMS. Organizacion Mundial de la Salud . Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. RevEspGeriatrGerontol 2002;v37:74-105.

16. Rodríguez Rodríguez P VSM. El Servicio de Ayuda a Domicilio: Programación Del Servicio,. Manual de Formación para Auxiliares de Gerontología Social Madrid, España Editorial Médica Panamericana. 1997;Vol 2 63-86.

17. Morales F APE, Galinsky D, Morales Martínez F, Salas A, Sánchez Ayéndez M. . Evaluación integral del anciano. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington D. C. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud Publicación científica. 1994;Nº 546: pp. 74-7.

18. Barrero SC GA, Ojeda MA. . Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plasticidad y Restauración Neurológica. 2005; ;4 (1-2)(81-85).

19. Wylie CM WB. A measure of disability. Arch Environ Health. Rev Esp Salud Publica v71. Madrid Mar./Abr. 1997;V 71(N 2).

20. M. S. Health in old age: myth, mystery and management. London, UK. Open University Press. 1995. .

21. OMS. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS . Evaluación de la situación y adopciones de políticas para la atención de la población de edad avanzada. OPS/OMS Washington DC; EE.UU. (1982).Documento oficial Nº 179. .

22. http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/11059/980/1/61897A666.pdf ARRALLEDe. Rehabilitación en Salud, una mirada médica necesaria. Editorial Universidad de Antioquia, Medellín-Colombia. 1995::p.671, 2.

23. IMSERSO. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco Publicación del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría del Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad. 2005. .

24. Scholten JHG VWC. Functional status measurement in family practice. The Darthmouth COOP functional health assessment charts/WONCA Lelystad. Meditekst, . 1992.

25. A LTLyRF. daptación transcultural de una medida de calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas Coop-Wonca". Atención Primaria. 2006. ;v24(2):.

26. Fuente-Sanz M.M B-M, Martínez León MM, Romero García FJ. . La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. 2012 . Vol. 23(Nº. 1):págs. 19-22.

27. M.M. de la Fuente Sanz MML, M.J. Romero García, F.J. Fernández de Santiago, F.J. Navas Cámara. , . Perfil del anciano institucionalizado en residencias privadas de la ciudad de Soria. 34(6): 239-44.

28. Lobo A SM, Carvaho J. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. RevEspGeriatGerontol 2007;42: :22-6

29. Zamarrón MD FR. Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en domicilios y residencias. Factoresdeterminantes. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2000;35 (2):17-29.

30. L. J. Autonomía y calidad de vida de los ancianos válidos de una residencia en relación con las alteraciones visuales. Biblioteca Lascasas. 2005;;1.

31. Valdivieso C. G-MJP, J., Rodríguez. L.P aloración de la institucionalización de los sujetos ancianos en relación a su dependencia, en función de la capacidad para las actividades de la vida diaria. V Motricidad European Journal of Human Movement, . 2002;Vol 8.

32. MD P. Dependencias y necesidades asistenciales de los mayores en España: una previsión a. Madrid: Ministerio de Ciencia y Tecnología. 2010.

33. Grundy E GK. Socio-demographicdifferences in theonsetandprogressionofdisability in earlyold age: a longitudinal study. . Age Ageing vol. 29( ):149 -57.

34. Suárez García F. Oterino de la Fuente D. Salvador Peiró F. García García F. Librero J Pérez Martín A c. Estado de salud de las personas ancianas y hospitalización en servicios geriátricos, médicos y quirúrgicos. Estudio poblacional EN TOLEDO. Rev Esp Salud Publica Madrid mar. /abr. 2000;v.74(n.2).

ANEXO I

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterios de Inclusión:

- Pacientes institucionalizados con 60 años o más en el momento del estudio.
-Pacientes institucionalizados, que se encontraban en el predio en el momento del estudio.
- Pacientes institucionalizados que dieron su consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes institucionalizados que no se encontraban en el área durante el estudio.
- Pacientes institucionalizados con deterioro cognitivo moderado o severo.
- Pacientes institucionalizados con grado de dependencia total o grave.

Cuestionario abreviado sobre el estado mental (o Short Portable Mental Status Questionnary [SPMSQ]) de Pfeiffer para evaluar el grado de deterioro cognitivo.

Se adjudica un punto por cada error, considerando erróneo un ítem por un solo fallo en cualquiera de sus partes si las tiene. Por ejemplo, un solo fallo en la secuencia de restas hará errónea la serie y dará por lo tanto un punto más al total. Lo mismo pasa con las fechas: simplemente conque no acierte el mes, el día o el año, se considerará como errónea la fecha, aunque acierte sus otros dos componentes.

Se considera patológico un total de 5 o más puntos, permitiéndose un error de más en caso de no haber recibido el paciente estudios primarios, o un error de menos

Test de Pffeifer

Mide el deterioro cognitivo del adulto mayor; consta de 10 ítems y en función de la puntuación se obtiene:

– *0-2 errores, codigo 1:* no hay deterioro.
– *3-4 errores, codigo 2:* deterioro leve.
– 5-7 errores, codigo 3: deterioro moderado.
– 8-10 errores, codigo 4: deterioro grave.

Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in the elderly patiens. J Am Geriatr Soc. 1975;23:433---41

CUESTIONARIO ABREVIADO DEL ESTADO MENTAL DE PFEIFFER: Pregunta	Acierto	Error
1. ¿Qué fecha es hoy? (dd/mm/aa)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Cómo se llama este lugar o edificio?		
4. ¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene teléfono: ¿cuál es su dirección?		
5. ¿Qué edad tiene usted?		
6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (dd/mm/aa)		
7. ¿Cómo se llama el actual presidente del gobierno?		
8. ¿Cómo se llama el anterior presidente del gobierno?		
9. ¿Cuál es el apellido de su madre?		
10. Restar 3 de 20 y seguir de 3 en 3 hasta el final		
Nº TOTAL DE ERRORES		
0 a 2 errores= Normal. 3 a 4 errores= Deterioro intelectual leve. 5 a 7 errores= Deterioro intelectual moderado. 8 a 10 errores=Deterioro intelectual severo		
Permitir un error más si el sujeto sólo tiene educación primaria. Permitir un error menos si el sujeto tiene una educación de grado medio o más. Permitir un error más en personas procedentes de grupos segregados.		

Anexo II

Fecha: …./…../…..

Valoración del Nivel de Independencia y estado de salud autopercibido en los pacientes residentes del Hospital monoclínico Geriátrico Miguel Lanús de Posadas Misiones, y su importancia en la atención del adulto mayor

Tutor: Dr. Eduardo Italo Segura
Carrera: Licenciatura de kinesiología y fisiatría, Fundación Barceló, facultad de medicina
Autora: Natalia Nakabayashi. Domicilio Av. 107 Nº 7095. Tel. (03764) 15867692

Estimado señor (a): La presente entrevista se hace con el objetivo de realizar una investigación para medir el nivel de independencia en los adultos mayores, y autopercepción del estado de salud, en labor de realizar el trabajo de investigación final de la carrera de licenciatura de kinesiología y fisiatría, Fundación Barceló facultad de medicina, dependiendo de su decisión en segunda instancia su participación consistirá en una encuestaron en preguntas relacionadas con las actividades de autocuidado como ser: alimentación, movilizarse, vestirse, higiene personal, etc

Su participación en este estudio es voluntaria. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán anónimas, y se utilizará un seudónimo. La información que se obtenga será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento durante el estudio. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso la/o perjudique en forma alguna. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas

Para lo cual le solicitamos su consentimiento para participar en la misma, expresándole nuestro agradecimiento por su colaboración.

Esta dispuesto a participar en la investigación

Sí _____ No _____ Firma…….

Nombre:

Sexo:

Edad:

Estado civil:

Escolaridad:

¿Cómo diría usted que es su salud?

a) muy buena b) buena, c) regular, d) mala, e) muy mala.

¿Hace cuánto tiempo está en la institución?

Enfermedades crónicas

Barrera arquitectónica: si / no

ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA		
Parámetro	Situación del Paciente	Puntuación
ALIMENTACION	Independiente, capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	10
	Necesita ayuda para cortar carne, untar manteca, pero es capaz de comer solo	5
	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.	0
LAVADO (BAÑO)	Independiente capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la tina o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo incluye entrar y salir del baño. Sin estar una persona presente	5
	Dependiente: Necesita alguna ayuda	0
VESTIDO	Independiente: Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda, atar los zapatos.	10
	Necesita ayuda: realiza la mitad de las tareas en un tiempo razonable	5
	Dependiente: Necesita ayuda para estas tareas	0
ASEO	Independiente: Realiza todas las actividades personales sin ayuda (por ejemplo, lavarse las manos, peinarse) incluye afeitarse y lavarse los dientes.	5
	Dependiente: Necesita alguna ayuda	0
DEPOSICION	Continente: No presenta episodios de incontinencia.	10
	Accidente Ocasional: menos de una vez por semana, necesita ayuda con los instrumentos (supositorio o enema)	5
	Incontinente: mas de un episodio semanal.	0
MICCION	Continente: no presenta espidodios, capaz de utilizar dispositivo por si solo(sonda, botella)	10
	Accidente ocasional: menos de una vez por semana, necesita ayuda con los instrumentos	5
	Incontinente	0
SANITARIO	Independiente: entra y sale solo, capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, vaciar completamente el sanitario sin ayuda. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda puede utilizar barras para soportarse.	10
	Necesita ayuda: capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa o usar el papel del baño. Capaz de utilizar el inodoro	5

	Dependiente: Incapaz de manejarse sin asistencia.	0
TRANSLADO SILLA A CAMA	Independiente: sin ayuda en todas las fases, se aproxima a la cama, frena y cierra la silla de ruedas, si es necesario, desplaza el apoyapies, se mete y se acuesta en la cama, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, vuelve a la silla de ruedas	15
	Minima ayuda: incluye supervisión verbal y pequeña ayuda física	10
	Gran ayuda: Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para salir de la cama o desplazarse.	5
	Dependiente: necesita ayuda o desplazamiento por dos personas, incapaz de estar sentado.	0
DEAMBULACION	Independiente: puede usar cualquier ayuda: prótesis, muletas, excepto caminador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 metros sin ayuda	15
	Necesita ayuda: supervisión física y verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie: deambula 50 metros.	10
	Independiente en silla de ruedas: en 50 metros debe ser capaz de girar esquinas solo.	5
	Inmóvil: incluye ser rodado por otro	0
ESCALONES	Independiente: capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (muletas, bastón)	10
	Necesita ayuda: supervisión física o verbal	5
	Dependiente: necesita alzamiento (ascensor), o no puede subir escalonares.	0
Total 0- 100 puntos (0 -90 si usa silla de ruedas)		

Instrucciones:

A continuación encontrara una serie de dibujos acerca de su estado de salud.

Cada pregunta tiene 5 posibles respuestas, lea cada pregunta detenidamente y MARQUE UNA DE ELLAS, que mejor describa su citación.

Forma física

Durante las dos últimas semanas....
¿Cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, dos minutos?

Muy intensa
(p.ej.: correr de prisa)

1

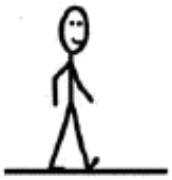
Intensa
(p.ej.: correr con suavidad)

2

Moderada
(p.ej.: caminar a paso rápido)

3

Ligera
(p.ej.: caminar despacio)



4

Muy ligera
(p.ej.: caminar lentamente o no poder caminar)

5

Sentimientos

Durante las dos últimas semanas....
¿En que medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y de ánimo?

Nada, absoluto 1

Un poco 2

Moderadamente 3

Bastante

Intensamente 4

Acividades cotidianas

Durante las dos últimas semanas....
¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de su casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad 1

Un poco de dificultad 2

Dificultad moderada 3

Mucha dificultad 4

Toda, no he podido hacer nada 5

Estado de salud

Durante las dos últimas semanas....
¿Cómo calificaría su salud, en general?

Excelente 1

Muy buena 2

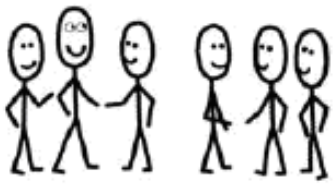
Buena 3

Regular 4

Mala 5

Acividades sociales

Durante las dos últimas semanas....
¿Su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

No, nada en absoluto  1

Ligeramente 2

Moderadamente 3

Bastante 4

Muchísimo 5

Cambio en el estado de salud

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace dos semanas?

Mucho mejor	↑↑	++	1
Un poco mejor	↑	+	2
Igual, por el estilo	←→	=	3
Un poco peor	↓	−	4
Mucho peor	↓↓	−−	5

Dolor

Durante las dos últimas semanas....
¿Cuánto dolor has tenido?

Nada de dolor 1

Dolor muy leve 2

Dolor ligero 3

Dolor moderado 4

Dolor intenso 5

ANEXO III

INDICE DE BARTHEL (IB)

El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia

El IB, también conocido como "Índice de Discapacidad de Maryland", se define como: "Medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades"(1) Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal 1965;14:56-61. Used with permission.

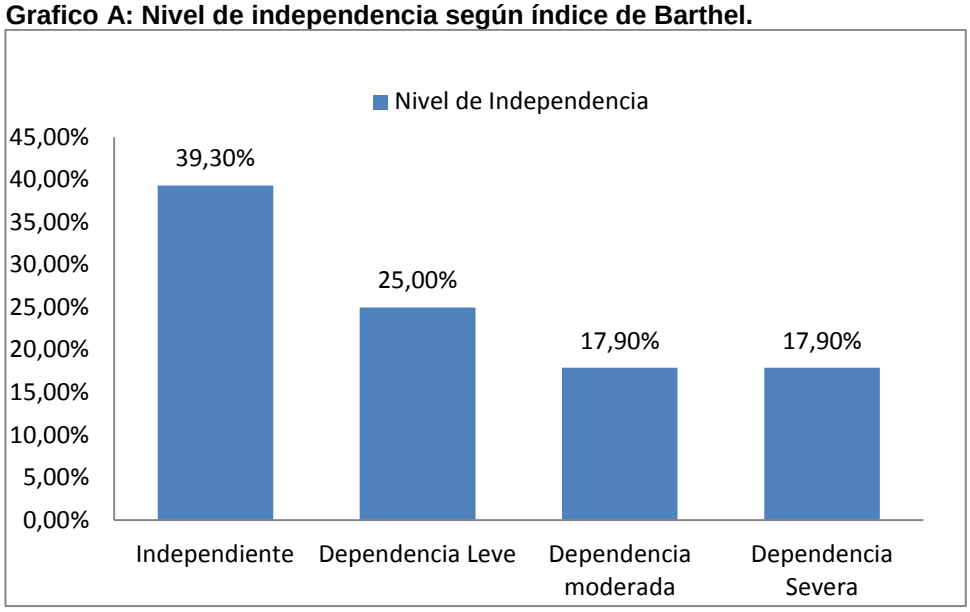
Se asignan valores a las puntuaciones que pueden ser 15, 10, 5 o 0. Los resultados discriminan diversos niveles de dependencia: independencia, 100 puntos (90 para personas en silla de ruedas); dependencia leve y moderada (con ayuda), puntuación desde 85 a 40; dependencia severa, de 35 a 20 puntos y dependencia total, menos de 20 puntos (anexo II). Se establece un grado de dependencia según la puntuación obtenida siendo los puntos de corte más frecuentes 60 (entre dependencia moderada y leve) y 40 (entre dependencia moderada y severa) [23]. Se dicotomizaron los resultados en Independientes y Dependientes

Láminas o viñetas de COOP/WONCA

Cada lámina contiene un ítem que se refiere al estado funcional del paciente durante las dos últimas semanas; Las láminas han de presentarse siempre en el mismo orden: capacidad física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambios de estado de salud, dolor (opcional). En cada lamina hay una viñeta con cinco dibujos que ilustran cada uno de los dibujos indican un número del 1 al 5. Las puntuaciones más altas indican una peor capacidad funcional de la dimensión evaluada. La viñeta referida al cambio en el estado de salud tiene una lectura diferente: va de "mucho mejor" a través de "igual, por el estilo" a "mucho peor" La puntuación de cada una de las láminas permite una interpretación directa del estado funcional en la dimensión estudiada. Es posible, al igual que en otros instrumentos genéricos, sumar la puntuación total de todas las láminas y ofrecer un Índice global, cuyo rango iría de 6 a 30 o de 7 a 35 si se incluyera la viñeta del dolor

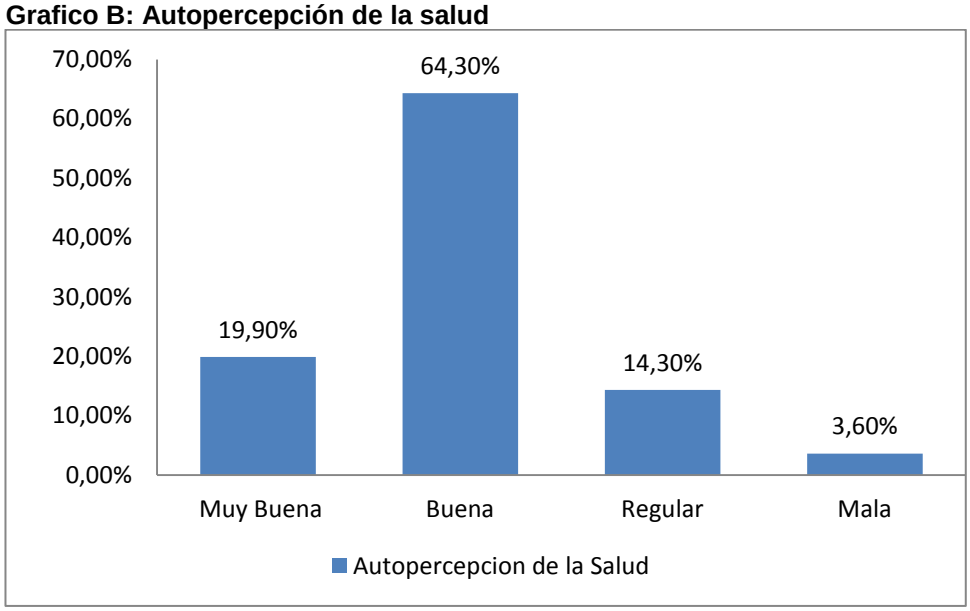
ANEXO IV

Grafico A: Nivel de independencia según índice de Barthel.



Resultados en porcentajes del Nivel de Independencia seguin el Indice de Barthel, en Independientes, Dependencia Leve, Dependencia moderada y Dependencia Severa.

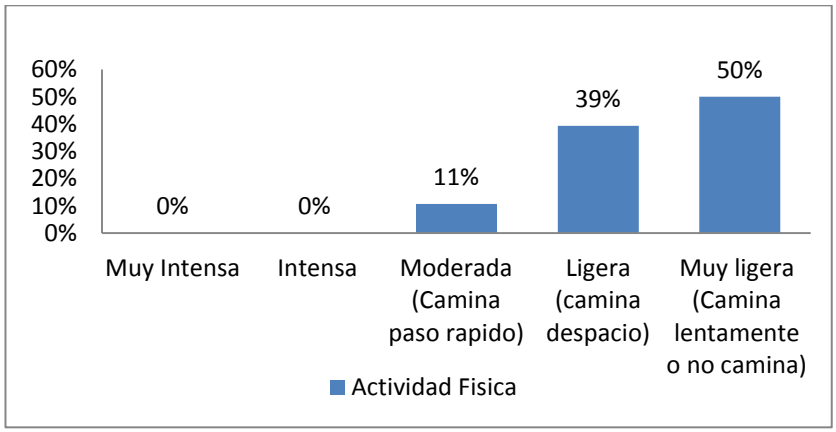
Grafico B: Autopercepción de la salud



Resultados en porcentajes del la autopercepción de los pacientes, según la pregunta ¿ ¿Cómo describiría su estado de salud en la actualidad?, en muy buena, buena, regular y Mala.

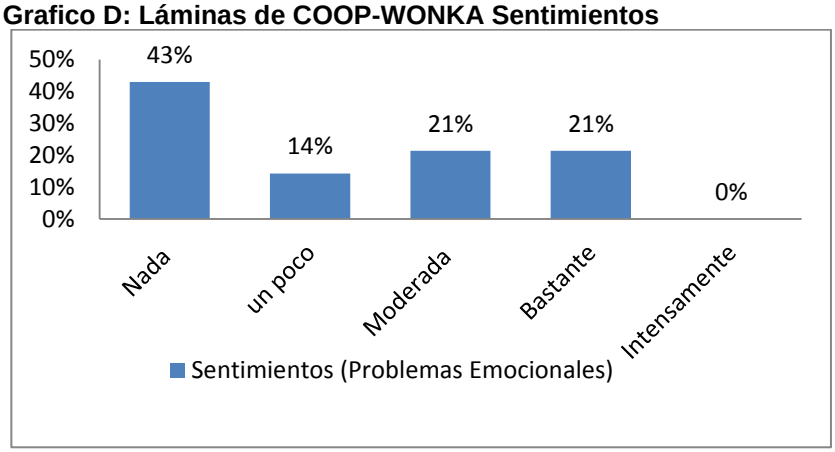
Láminas de COOP-WONKA

Grafico C: Láminas de COOP-WONKA Forma Fisica



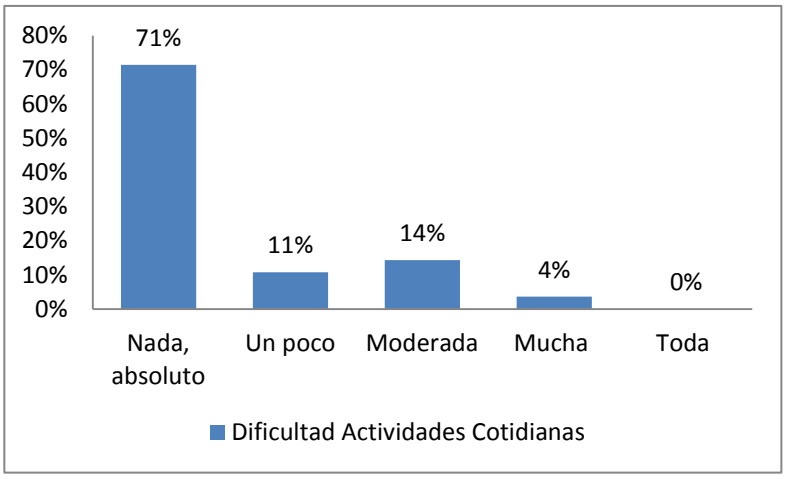
Porcentajes de los resultados de Lamina de COOP-WONKA, en respuesta a ¿Cuál ha sido la máxima actividad que pudo realizar durante al menos 2 minutos? Durante las dos últimas semanas: muy intensa, (correr deprisa), Intensa (correr con suavidad) en moderadas, (Camina lento) Ligera (Camina Despacio) y muy ligera (camina lentamente o no camina)

Grafico D: Láminas de COOP-WONKA Sentimientos



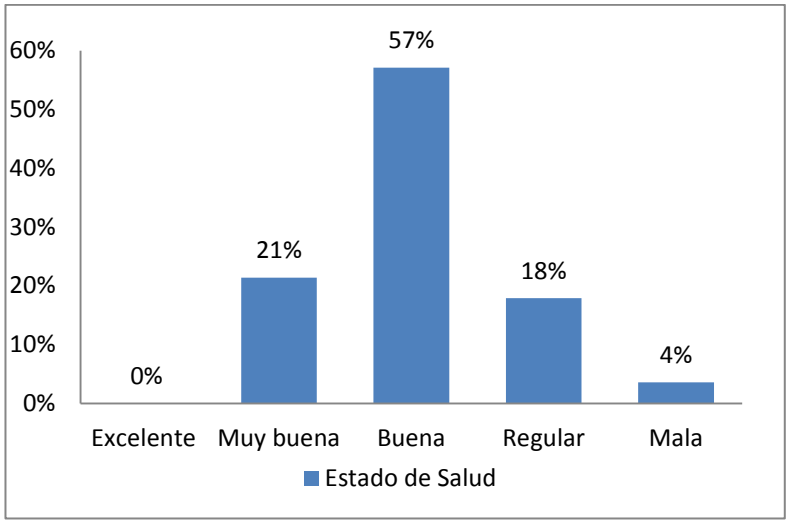
Porcentajes de los resultados de Lamina de COOP-WONKA, en respuesta a ¿En que medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión o tristeza y de ánimos? Durante las dos últimas semanas: en nada, absoluto, un poco moderadamente bastante Intensamente.

Grafico C: Láminas de COOP-WONKA – Actividades cotidianas.



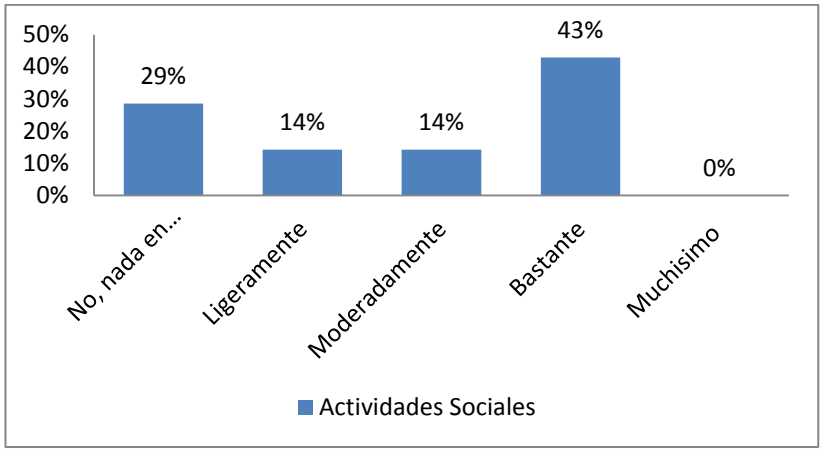
Porcentajes de los resultados de Lamina de COOP-WONKA, en respuesta a ¿Cuanta dificultad ha tenido para hace sus actividades habituales a causa de su salud física o problemas emocionales s? Durante las dos últimas semanas: en nada, absoluto, un poco moderadamente bastante Intensamente.

Grafico D: Láminas de COOP-WONKA – Estado de Salud



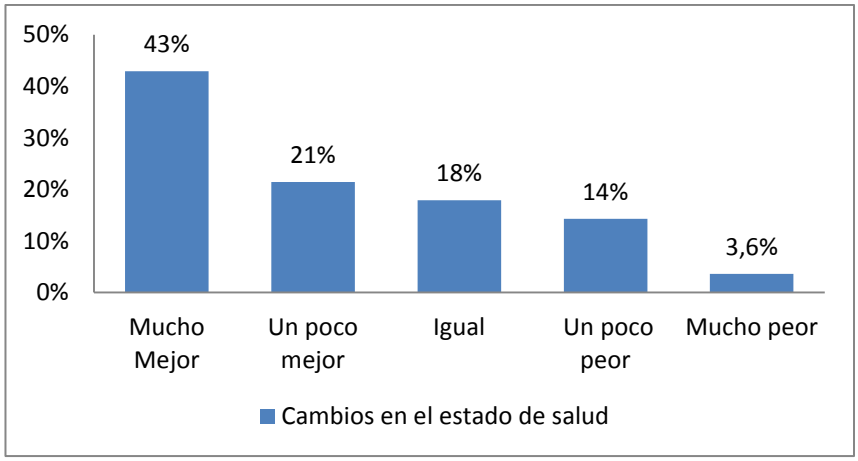
Porcentajes de los resultados de Lamina de COOP-WONKA, en respuesta a ¿ Cómo calificaría su salud en general? Durante las dos últimas semanas: en excelente, muy buena, buena, Regular y Mala

Grafico E: Láminas de COOP-WONKA – Actividades Cotidianas



Porcentajes de los resultados de Lamina de COOP-WONKA, en respuesta a ¿Su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con familia, amigos o grupos? En No, nada en absoluto, ligeramente, Moderadamente, Bastante, Muchísimo

Grafico F: Láminas de COOP-WONKA – Cambios en el estado de Salud.



Porcentajes de los resultados de Lamina de COOP-WONKA, en respuesta a ¿Cómo calificaría su estado de salud en comparación con el de hace 2 semanas? En mucho mejor, un poco mejor, igual por el estilo, un poco peor, mucho peor.

ANEXO V FOTOS DE LAS INTALACIONES DEL HOSPITAL MONOCLINICO GERIATRICO MIGUEL LANÚS

AGRADECIMIENTOS:

Mi agradecimiento infinito hoy y siempre, a mis padres y a mi hermano por el cariño, apoyo y confianza constante en mi vida por enseñarme que la perseverancia, el esfuerzo , la caridad y la honestidad, sobre todas las cosas, son el camino para lograr los objetivos de nuestra vida, por darme fuerzas en los momentos más difíciles.

Al Dr. Eduardo Ítalo Segura, quien generosamente acepto este compromiso, de tutor de contenidos, por compartir su sabiduría, su tiempo, su interés en la realización de este estudio, sus aportes y sugerencias durante el desarrollo de esta investigación, por trasladarme ese respeto hacia los adultos mayores protagonistas de este estudio.

Agradecer eternamente a los 28 pacientes del Hospital monoclínico de Geriatría Miguel Lanús, por recibirme tan cálidamente y haber accedido a ser encuestados, ya que sin su aporte, no hubiese sido posible la realización de este trabajo. Y al Dr. Ernesto Raúl Bustos, quien me recibió con gran predisposición, presentándome y facilitándome conocer la historia personal de cada paciente, a la directora de la Unidad Geriátrica, la Dra. Mirta Soria, por permitirme acceder a la Institución.

También quiero agradecer a todas las personas que han colaborado en estos meses de trabajo, por su predisposición incondicional, para ayudar en los más variados problemas iban surgiendo, especialmente en esta última etapa de mi trabajo.

Son pocas las personas que han formado parte de este camino, a mi prima Mika, a la que agradezco por la amistad, sostén, ánimo y compañía en todo momento. Personas que estuvieron presentes a la distancia y otras en mis recuerdos pero siempre en mi corazón, pero de alguna manera siempre supieron brindarme su apoyo.

A los profesores de la carrera, por las enseñanzas tanto profesionales como de la vida, por impulsarme a seguir adelante.

Finalmente un agradecimiento singular, a la Lic. María Lucrecia Villarquide, por corregir y supervisar, con gran entrega y perfeccionamiento de este trabajo. Por infundirme su preocupación por lograr mi meta, por su rectitud en su profesión como docente. Por brindarme sus conocimientos con calidad humana y profesional.

A todos ellos, muchas, muchas GRACIAS!

Natalia Nakabayashi