



177 <sup>1</sup>María José Ceada Camero  
<sup>2</sup>María Jesús Rojas Ocaña  
<sup>3</sup>Juan Bautista Rodríguez Rodríguez

25

## Nivel de dependencia y percepción de salud tras la valoración enfermera

### *Level of dependency and perceived health nurse after the valuation*

<sup>1</sup>Enfermera. Unidad de Gestión Clínica "Adoratrices", Huelva.  
<sup>2</sup>Profesora de Enfermería Geriátrica. Escuela Universitaria de Enfermería de Huelva.  
<sup>3</sup>Profesor asociado. Escuela Universitaria de Enfermería y Enfermero asistencial de la Empresa pública de Emergencias Sanitarias 061, Huelva.

#### Correspondencia:

María José Ceada Camero  
 C/ Villarasa 27  
 21007-Huelva  
 Tfno.: 678 78 22 53  
 E-mail: nitacead@hotmail.com

El trabajo se realizó en la Residencia de Personas Mayores Santa Teresa Jornet. Av. Santa Marta 7. 21005-Huelva.

#### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la capacidad funcional de un colectivo de ancianos medida a través de las actividades de la vida diaria y la percepción de salud. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo de carácter retrospectivo en una residencia geriátrica con un total de 156 ancianos. La muestra estuvo compuesta por todos los residentes que en el momento del estudio estaban valorados por la enfermera. **Resultados:** El perfil demográfico es el de un residente de una media superior a 75 años. El 71,3% de los residentes son mujeres. Las actividades del Índice de Barthel que reflejan mayor grado de dependencia son "lavarse" y "subir y bajar escaleras" y, la que menos, "comer". La percepción de salud mediante las láminas de Coop-Wonca refleja una percepción "regular" o "mala" en la mayoría de los casos. A mayor grado de limitación física para las actividades de la vida diaria mayor percepción negativa de salud. **Conclusiones:** El uso de instrumentos estandarizados para la valoración geriátrica integral nos permite detectar de manera rápida el estado del anciano en su globalidad. De esa manera, se mejoran la calidad prestada así como la aplicación de un plan de actuación interdisciplinar.

#### PALABRAS CLAVE

Valoración, dependencia, anciano, residencia.

#### SUMMARY

*To identify the functional ability of a group of elderly measured through the activities of daily living and perceived health. Method: A descriptive study of retrospective in a geriatric nursing home with a total of 156 elderly. The sample was composed of all residents at the time of the study were rated by the nurse. Results: The demographic profile is a resident of an average exceeding 75 years. The 71.3% of residents are women. The activities of the Barthel Index reflecting greater reliance are "washed" and "up and down stairs" and the least "to eat". The perception of health by Coop-Wonca reflects a perception "regular" or "bad" in most cases. A higher degree of physical limitations to activities of daily living more negative perception of health. Conclusions: The use of standardized instruments for the integrated geriatric assessment allows us to swiftly detect the status of the elderly as a whole, thus improving the quality provided, as well as implementing an action plan interdisciplinary.*

#### KEY WORDS

*Valuation, dependency, elderly residence.*

#### INTRODUCCIÓN

El incremento de la esperanza de vida en los últimos años ha conllevado a un aumento de la población anciana y a la incidencia de las enfermedades crónicas. El envejecimiento es parte integrante y natural de la vida. La forma en que envejecemos y vivimos este proceso, nuestra salud y capacidad funcional, dependen no sólo de nuestra estructura genética, sino también de lo que hemos hecho

durante nuestra vida, del tipo de cosas con las que nos hemos encontrado a lo largo de ella, de cómo y de dónde hemos vivido nuestra vida. Debemos conseguir que ese aumento en años de vida vaya acompañado de una buena calidad de vida de la población anciana.

Aunque todos los autores coinciden en que el mayor en su domicilio tiene menor número de pérdidas, las residencias son un recurso pues constituyen una respuesta



adecuada a los problemas de las personas de edad avanzada que viven solas o que se ven abandonadas por la familia pero, por otro lado, debería ser el último, ya que la institucionalización es un motivo de vulnerabilidad para el mayor (1). La persona pierde la capacidad para autocuidarse. Deja la mayoría de sus cuidados en manos de otros. Quizás por el sistema de trabajo de las instituciones, pierde la capacidad de decidir en cualquier aspecto de la vida cotidiana; en definitiva, se vuelve más dependiente.

Esta dependencia se identifica con la autonomía que presenta la persona para atender sus necesidades 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). Ambas son determinantes para conseguir una óptima salud funcional.

Asimismo, la salud funcional se ha relacionado con el nivel en el que una persona se mantiene a sí misma, la calidad con que desempeña los papeles que le corresponden en la sociedad, el estado intelectual, el estado emocional, la actividad social y la actitud respecto del mundo y de uno mismo. Ambos son aspectos muy importantes que enriquecen a la persona y la mantiene con una buena salud, tanto física como psicológica, y esto está íntimamente relacionado con la percepción del mayor de su propia salud.

La calidad de vida es un concepto subjetivo, relativo, difícil de definir y que se podría considerar tanto como la ausencia de enfermedad como un estado de bienestar personal y social (2). Para los mayores, tener un buen nivel de salud, significa capacidad para llevar con normalidad la vida cotidiana. Se entiende como elemento decisivo para sentirse bien, es un recurso que les permite acceder a otros recursos. Por el contrario, la mala salud se relaciona con pérdidas de energías y con la limitación para mantener la independencia respecto a otros.

Por otro lado, la enfermedad puede ser un hecho aceptable con el que se puede aprender a vivir, siempre que no repercuta de forma drástica en la cotidianidad. El estado de salud de los residentes es muy heterogéneo (3). Diversos estudios señalan, en ancianos institucionalizados, una mayor prevalencia de muchas patologías (4). A medida que el nivel de incapacidad, de dolor o de ansiedad aumentan, la percepción de salud se reduce.

Aunque la detección de la dependencia se puede operarizar, 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 presentan una puntuación sensiblemente más elevada que la de los indicadores objetivos (5, 6). Esta autopercepción tiene un peso significativo respecto a los procesos de dependencia. Los sujetos que se perciben con pérdidas tienden a manifestar esta percepción con indicadores operativos de su capacidad funcional (ABVD o AIVD).

El objeto del presente trabajo es la valoración del estado funcional medido a través de las actividades de la vida

diaria y la percepción de salud, tal y como la perciben los propios usuarios, de un colectivo de ancianos institucionalizados.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Diseño

Se realizó un estudio descriptivo de carácter retrospectivo en el que se analizó la dependencia o independencia para la realización de las actividades de la vida diaria, así como la percepción de la salud que tenían los propios residentes.

### Sujetos de estudio

La muestra estuvo compuesta por todos los residentes que en el momento de estudio estaban valorados por la enfermera, durante el período comprendido entre enero de 2007 y abril del 2008, dando un total de 116 residentes. La residencia de estudio es de carácter público-concertada con la Junta de Andalucía, en la que hasta hace dos años no se comenzaron a realizar las valoraciones de los residentes y, a su vez, a informatizarlas.

### Criterios de inclusión

Todos aquellos ancianos mayores de 65 años y con capacidad cognitiva para responder a los instrumentos utilizados y que llevaran más de un año de ingreso en la residencia.

### Criterios de exclusión

Sólo aquellos ancianos que, aún estando en el período anteriormente mencionado, no accedan a someterse a estudio.

Las variables demográficas utilizadas fueron obtenidas del propio paciente o de la historia clínica. Son las siguientes:

**1. Edad:** Tras una exhaustiva revisión bibliográfica se establecen seis grupos etarios:

- 65-69 años.
- 70-74 años.
- 75-79 años.
- 80-84 años.
- 85-89 años.
- 90 ó más.

**2. Sexo:**

- Hombre.
- Mujer.

### Instrumentos

Los instrumentos utilizados han sido el Índice de Barthel para las ABVD y las Láminas de Coop-Wonca para medir la percepción de salud de los residentes.

El Barthel es una escala heteroadministrada. El tiempo de cumplimentación es, aproximadamente, de 5 minutos, y la recogida de información se realiza a través de observación directa y/o interrogatorio del paciente o, si su



179 capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador o familiares.

En cuanto a sus cualidades psicométricas (7), tiene una alta validez concurrente con el índice de Katz (8) y gran validez predictiva de mortalidad, estancia e ingresos hospitalarios, beneficio funcional en Unidades de rehabilitación, del resultado funcional final, de la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y de la vuelta a la vida laboral.

Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo (9). Las AVD incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina (10).

Las actividades se valoran de forma diferente. Cada ítem puntúa de forma ponderada según la relevancia que los autores otorgaron a cada actividad, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. Por ejemplo, la máxima puntuación otorgada al ítem del baño es 5, mientras que para la deambulación la puntuación máxima es 15. Sus autores pensaron que la independencia en la deambulación era más importante para el conjunto de la independencia como un todo que la independencia en el baño. Esta propiedad del Índice de Barthel permite que la suma de las puntuaciones obtenidas en los diferentes ítems pueda representar la dependencia funcional de un individuo, lo que no ocurre con otras escalas donde todos los ítems tiene igual "peso específico".

El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). No es una escala continua, lo que significa que una variación de 5 puntos en la zona alta de puntuación (más cercana a la independencia) no es semejante al mismo cambio en la zona baja (más cerca de la dependencia).

Para una mejor interpretación (11, 12), sus resultados globales se han agrupado en cuatro categorías de dependencia:

1. Total < 20.
2. Grave = 20-35.
3. Moderada = 40-55.
4. Leve ≤ 60.

Las Láminas de Coop-Wonca, en su versión definitiva, han demostrado ser válidas, fiables, aceptadas por profesionales y útiles clínicamente en los estudios en que se han empleado (13). Cada lámina contiene un ítem que se refiere al estado funcional del paciente durante las dos últimas semanas y cada ítem cubre una dimensión de la calidad de vida. Las láminas han de administrarse al paciente siempre en el mismo orden: capacidad física, sentimientos, actividades diarias, actividades so-

ciales, cambio de salud, salud global y dolor. Hay cinco posibles categorías de respuesta para cada ítem que están ilustradas por dibujos que representan el correspondiente nivel de bienestar o función. La puntuación para cada dimensión va del 1 al 5. Las puntuaciones más altas indican una peor capacidad funcional en la dimensión evaluada (14).

Los autores originales prefieren el cuestionario auto-administrado pues elimina los sesgos que pudiera introducir el entrevistador. El cuestionario demostró tener una buena validez aparente; en un estudio realizado en EE.UU., el 75% de los participantes consideró que mejoraba la comunicación entre pacientes y profesionales (14). Con respecto a la fiabilidad, la consistencia interna de las Láminas de Coop-Wonca fue evaluada mediante el cálculo del alfa de Cronbach con un resultado de 0,77. La estabilidad temporal fue medida mediante el cálculo de los coeficientes de correlación de Spearman entre dos administraciones del instrumento separadas por dos semanas. Las Láminas de Coop-Wonca han experimentado un desarrollo de adaptación cultural y validación española muy importante en los últimos dos años que lo hacen uno de los instrumentos de aplicación en Atención Primaria mejor validados (14).

#### Procedimiento

Tras solicitar y obtener los permisos pertinentes mediante entrevista personal de la investigadora con la dirección del centro geriátrico, informando del objetivo de la investigación así como de los instrumentos mediante los cuales se recogerían los datos, se comenzó con la captación de todos los ancianos que compondrían la muestra.

La investigadora principal captó a todos los ancianos que tenía valorados en el último año y, tras explicarles el propósito del trabajo y la confidencialidad de los datos aportados, les pidió su participación en el estudio, obteniendo la conformidad de todos ellos.

Se procedió a la aplicación del instrumento de valoración (Láminas de Coop-Wonca) de forma individual con una duración aproximada de 5 minutos, en un lugar tranquilo y libre de ruidos (preferentemente en la habitación del residente o en una sala de estar). Se les aplicó de forma autoadministrada por las características del propio instrumento. Se utilizó la entrevista y/o la observación de la investigadora para valorar el grado de autonomía: Índice de Barthel.

Ambos instrumentos se cumplieron en presencia de la investigadora. En aquellos casos que los residentes no supieran leer y/o tuvieran dificultad en la visión, serían administrados con entrevista de forma personal (uno a uno) mediante preguntas directas, con el fin de obtener de los instrumentos la máxima, fiable y objetiva información.

Tras la recogida de datos se comenzó con el análisis de los mismos para la obtención de resultados y cruce de variables.



28 **Análisis de datos**

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS V.16.0 para la descripción de las variables demográficas, las actividades básicas propuestas por el instrumento elegido y la valoración del estado funcional mediante las Láminas de Coop-Wonca en la población de estudio. La representación gráfica se realizó mediante el paquete Office 2007, a través de Excell.

**RESULTADOS**

El perfil demográfico encontrado en los sujetos de estudio queda reflejado en la Fig. 1. El 54,8% de los residentes tiene edades comprendidas entre los 80 y 89 años. Un solo residente tiene una edad por debajo de 69 años y el 4,3% se encuentra en edades por encima de los 95 años.

En cuanto al sexo, el 71,3% de los residentes estudiados son mujeres. En todos los intervalos de edad descritos en el estudio predominan las mujeres frente a los hombres, destacando el grupo comprendido entre 80-89 años, en el que hay 45 mujeres frente a 18 hombres.

La situación funcional o grado de autonomía para las ABVD, medida mediante el Índice de Barthel, refleja que un 35,7% de los residentes obtiene una puntuación por debajo de 20, lo que podemos traducir como dependencia total para las actividades descritas en dicho índice. El 31,3% refleja leve dependencia y sólo un 7,8% muestra independencia total (Fig. 2).

Las actividades del Índice de Barthel que reflejan mayor grado de dependencia pueden verse en la Fig. 3, que-

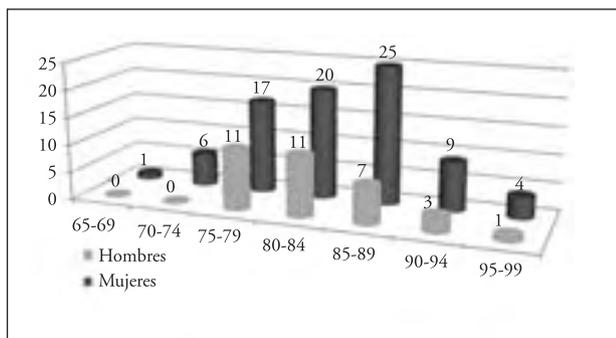


Fig. 1. Sexo y edad.

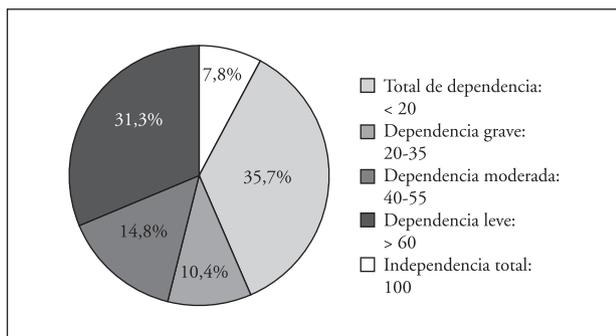


Fig. 2. Grado de Independencia en ABVD, descritas por el Índice de Barthel.

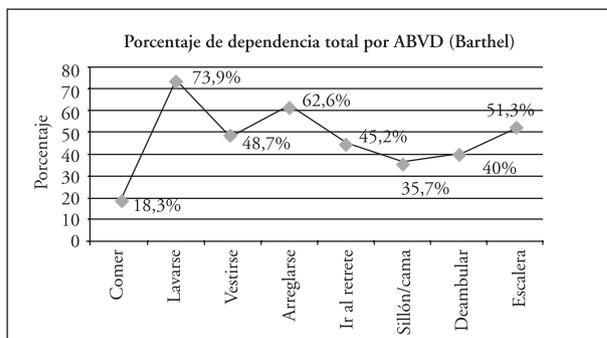


Fig. 3. Grado de dependencia total en actividades descritas en el Índice de Barthel.

dando como más afectadas las actividades de “lavarse” y “arreglarse”. La que sufre menos deterioro es la de “comer”: sólo el 18,3% de los sujetos presentan dependencia total. En la Tabla 1 quedan reflejados, pormenorizadamente, los datos obtenidos para esta actividad. Otra actividad a la que la mitad de los residentes demuestra ser dependiente total es a la de “subir y bajar escaleras”, como puede verse en la Tabla 2.

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 Coop-Wonca.

El 12,3% de los ancianos refleja una puntuación por debajo de la puntuación intermedia en este instrumento, que se halla en 17,5, al constar de siete láminas con una puntuación máxima cada una de 5 puntos. El 87,7% restante obtiene valores comprendidos entre 19 y 33 puntos. Entrando en un análisis más pormenorizado del instrumento, podemos decir –refiriéndonos a la lámina de “actividades cotidianas”– que ningún residente responde no haber tenido ninguna dificultad en la realización de dichas actividades y que el 73% responde casi en igual porcentaje haber tenido “dificultad moderada” o “mucho dificultad”, como refleja la Fig. 4.

Muy relacionada con la anterior está la lámina que pregunta por la percepción del “estado de salud”. En ella, más de la mitad –un 57%–, refiere tener un estado de salud “regular”. Un 17% responde que “mala” y un 35,7% que “buena”, no habiendo ningún residente que responda que “muy buena” o “excelente”.

En cuanto a la lámina que pregunta sobre la forma física, de nuevo más de la mitad responde que la máxima actividad que ha podido realizar, al menos en 2 minutos, fue una actividad “muy ligera”. El resto se mueve por respuestas de “ligera o moderada”.

Cuando preguntamos por la lámina 2 (¿En qué medida le han molestado los problemas emocionales como sentimientos de ansiedad, tristeza, desánimo,...), todas las respuestas de los residentes se mueven entre “moderadamente”, “bastante” e “Intensamente” con un 45,2%, 48,7% y 6,1%, respectivamente.



**Tabla 1. Actividad básica de “comer” en el Índice de Barthel**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	D	21	18,3	18,3	18,3
	NA	29	25,2	25,2	43,5
	TI	65	56,5	56,5	100
	Total	115	100	100	

**Tabla 2. Actividad básica de “subir y bajar escaleras” en el Índice de Barthel**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	D	59	51,3	51,3	51,3
	I	30	26,1	26,1	77,4
	NA	26	22,6	22,6	100
	Total	115	100	100	

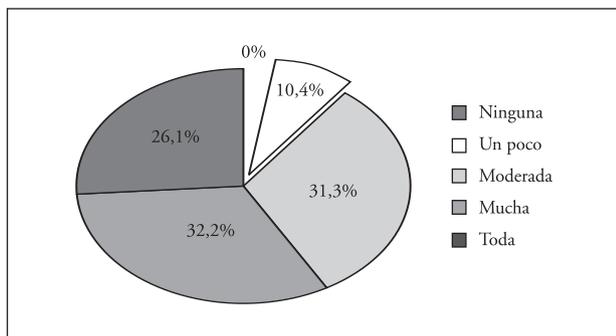


Fig. 4. Dificultad en la realización de “actividades cotidianas”, medidas en Láminas de Coop-Wonca.

## DISCUSIÓN

Si nos ubicamos en los centros residenciales dependientes de la administración pública tipificados como “centros residenciales mixtos”, podemos decir que los resultados encontrados confirman los datos hallados en la literatura y que apuntan a que el tipo de mayores institucionalizados tienen un perfil demográfico similar, encontrándose en ellas mayores de una media de edad superior a 75 años (Corrales y cols., 2004) (15).

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 enveje-

cimiento, éstos no las invalidan para seguir haciendo esas tareas de mantenimiento. Estas mujeres siguen teniendo la condición de válidas, siguen desempeñando una labor dentro del núcleo familiar. Este aspecto puede explicar el mayor porcentaje de mujeres con edad avanzada encontradas. Se suma a este aspecto, la mayor esperanza de vida de las mujeres, siendo los centros residenciales, significativamente, femeninos (16).

Las actividades que han sufrido mayor deterioro funcional en los residentes encontradas en el Índice de Barthel son las de “lavarse” y “subir y bajar escaleras”, coincidiendo con lo expuesto en el estudio de Jiménez y cols. (17), en el que analiza la necesidad de movilidad.

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, como demuestran otros estudios que han medido esta actividad dentro del Índice de Barthel, como el estudio de Mirallas y cols. (18), basado íntegramente en la medición de la capacidad funcional con dicha escala. 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.

Mediante las Láminas de Coop-Wonca encontramos a un gran porcentaje de residentes con dificultad para la realización de actividades físicas. Esto mismo se encuentra en la literatura española de Zamarrón y Fernández (19). 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 (20).

Las políticas institucionales pueden provocar aislamiento o alejamiento de la que, hasta entonces, había sido su red social habitual. Esto puede conducir a desarraigo y a sensaciones de soledad, además de los cambios significativos en su estilo de vida con incremento del grado de estrés. El estudio realizado por Carrasco y cols. (21) demuestra dicha afirmación.

Los problemas emocionales, como la tristeza, el desánimo o los sentimientos de ansiedad, han llegado incluso



a catalogarlos de “Bastante” o “Intensos”. En el estudio de García (22), queda reflejado cómo vivir en residencias disminuye la frecuencia de vínculos en relación a los otros tipos de hábitat y cuál es su influencia en estos problemas. Los vínculos que existen dentro de ella se ven limitados a compañeros y profesionales de la residencia.

Ni qué decir tiene que el uso de instrumentos estandarizados y validados, como son los utilizados en este estudio para la Valoración Geriátrica Integral, nos permite –entre otras muchas cosas– detectar el estado del anciano en su globalidad, de manera rápida y sencilla, monitorizar los cambios que se producen en el tiempo, mejorar evidentemente la calidad prestada al anciano en instituciones y clasificarlos en categorías funcionales que determinan la ubicación ideal del anciano para la prestación de cuidados y la aplicación de un plan de actuación del equipo interdisciplinar en los centros.

El alcance y la generalidad de este estudio queda limitado por las restricciones que impone la utilización de un diseño descriptivo. En el futuro, en próximas investigaciones, se podría desarrollar este mismo estudio en la línea de valorar la capacidad funcional de mayores en instituciones, teniendo en cuenta la necesidad de un análisis más preciso, monitorizado en el tiempo y con metodología cualitativa que puedan demostrar estar relacionadas en alguna medida con la autonomía funcional, su pérdida y la percepción de su estado de salud.

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.

En el caso de ser necesario dicho ingreso, se hacen imprescindibles otras intervenciones cuando las conductas de dependencia son el resultado de una conformidad con los estereotipos, una subestimación de los recursos propios, de las contingencias ambientales o de un ambiente físico no facilitador.

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. 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. De la misma manera, plantearles retos accesibles, estimularles a la práctica de actividades físicas, fomentar los contactos sociales y familiares,... todo en función de fomentar en todo momento la autonomía, tanto física como psicológica del anciano.

## CONCLUSIONES

- El perfil demográfico que hemos encontrado en nuestra muestra es de un residente de una media de edad superior a 75 años, en su mayoría mujeres.
- Las actividades que han sufrido mayor deterioro funcional en los residentes encontradas son la de “lavarse” y la de “subir y bajar escaleras” (Índice de Barthel).
- La actividad que encontramos con menor deterioro en el Índice de Barthel es la de “comer”.
- La percepción de salud, medida mediante las Láminas de Coop-Wonca, refleja una percepción de salud “regular” o “mala” en la mayoría de los casos.
- Se ha constatado que, al aumentar las limitaciones físicas de los residentes para las actividades cotidianas, su percepción de salud gira hacia un sentido negativo de la misma, con independencia de los procesos de salud diagnosticados.

Podemos proponer, como alternativa para el abordaje de la autonomía y de una adecuada percepción de salud de los mayores institucionalizados, lo siguiente:

- Conocimiento que tiene el residente de otros compañeros, del personal, las normas y los recursos en general. Este conocimiento potenciará su integración en aquellas actividades y programas que considere convenientes para su bienestar. Es sabido que el mantenimiento de un nivel adecuado de actividad y de relaciones interpersonales son factores relevantes para un buen ajuste al entorno residencial.
- Las capacidades y habilidades personales, así como el entrenamiento y fomento de las mismas. Estos aspectos inciden de manera positiva en los grados de autonomía e independencia de las personas mayores, influyendo de manera favorable en la percepción subjetiva de salud-bienestar.
- El mayor en el centro residencial encuentre su papel, con ocupaciones, tareas, responsabilidades y compromisos, evitando la imagen o sensación de mero receptor de servicios.
- El mantenimiento de un nivel adecuado de actividad y de fluidez en las relaciones interpersonales. Estos son factores de especial relevancia en la adaptación progresiva al entorno residencial.
- La formación a los profesionales, en el área de geriatría y gerontología, intentando modificar actitudes y pensamientos negativos hacia lo que es y supone la ancianidad.

En definitiva, es necesario implantar en nuestras residencias una verdadera y eficaz atención socio-sanitaria, con un enfoque bio-psico-social, desarrollando toda una batería de programas de intervención que vaya dando respuesta a las múltiples y variadas demandas de nuestra población.

## AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos agradecer la colaboración de Noelia Cristóbal, DUE, por su participación en la recogida de datos, así como a la residencia de personas mayores Santa Teresa Jornet por haber prestado su colaboración.



183 **BIBLIOGRAFÍA**

1. Coserrias C, Galván MC. Las residencias de ancianos: una solución para la familia-sociedad o una solución para el anciano. *Enfermería Científica* 1999; 158-159: 23-30.
2. Butler RN. Quality of life: can it be an endpoint? How can it be measured? *Am J Clin Nutr* 1992; 55: 1267S-70S.
3. Carrasco M, Oslé M *et al.* Calidad de vida y estado de salud en las residencias geriátricas de Pamplona. *Atención primaria* 2001; 1: 5-30.
4. Farré Rovira R, Frasquet Pons I, Romá Sánchez R. Estado de salud y calidad de vida de un colectivo de ancianos institucionalizados, 1998.
5. 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.
6. Cava MJ, Musitu G. Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados: revista *Multidisciplinar de Gerontología* 2000; 10 (4): 215-21.
7. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristobal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993; 28: 32-40.
8. 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): 130.
9. De La Serna I. Exploración en psicogeriatría. En *Anual de Psicogeriatría Clínica* Barcelona: Masson, 2000.
10. 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: 43-69.
11. Curcio CL, Gómez J, Galeano IC. Validez y reproducibilidad de medidas de evaluación funcional basadas en la ejecución. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 2000; 35: 82-8.
12. Gutiérrez Rodríguez J, Galeano Arboleya R, Reig Gourlot C, Solano Jaurrieta JJ. Deterioro funcional relacionado con la hospitalización en el anciano. *Mapfre Medicina* 1996; 7: 275-82.
13. Wonca clasificación comité. *Functional status measurement in primary care*. Nueva York: Springer Verlag, 1990.
14. Badía X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. *Guías de escalas de Medición en español*. Edimat. Barcelona, 1999.
15. Corrales D, Palomo L, Magariño Bravo MJ, Alonso G, Torrico P, Barroso A, Merchan V. Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres. *Atención Primaria* 2004; 33: 426-33.
16. Arbinaga F. La mujer mayor institucionalizada: aproximación al estado de ánimo, la ansiedad ante la muerte y su satisfacción con la vida. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace* 2002; 64: 26-33.
17. Jiménez L, Lafuente D, Hernández B *et al.* Mayores: Calidad de vida y necesidades básicas. *Rol de enfermería*, 1999; 22 (11): 743-6.
18. Mirallas JA, Real M<sup>a</sup>C. ¿Índice de Barthel o Medida de Independencia Funcional? *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 2003; (6) 38: 327-33.
19. Zamarrón MD, Fernández R. Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en domicilios y residencias. Factores determinantes. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 2000; 35 (2): 17-29.
20. Cava MJ, Musitu G. Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 2000; 10 (4): 215-21.
21. Carrasco M, Oslé M *et al.* Calidad de vida y estado de salud en las residencias geriátricas de Pamplona. *Atención primaria* 2001; 1: 5-30.
22. García MA, Gómez L. Efecto de los talleres de ocio sobre el bienestar subjetivo y la soledad de las personas mayores. *Revista de Psicología social* 2003; 18 (1) : 35-47.