

Cristina Imaginário<sup>1,\*</sup>  
 Paulo Machado<sup>2</sup>  
 Cristina Antunes<sup>3</sup>  
 Teresa Martins<sup>4</sup>

1. Estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería en ICBAS. Profesora adjunta. Escuela Superior de Enfermería de Vila Real. Universidad de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD). Vila Real. Portugal.
2. Profesor adjunto. Escuela Superior de Enfermería. Oporto. Portugal.
3. Profesora adjunta. Escuela Superior de Enfermería. Universidad de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD). Vila Real. Portugal.
4. Profesora de coordinación. Escuela Superior de Enfermería. Oporto. Portugal.

\*Autor para correspondencia.  
 Correo electrónico: imaginario@utad.pt.

Recibido el 1 de junio de 2017; aceptado el 28 de septiembre de 2017

## Perfil funcional de los ancianos institucionalizados en residencias: estudio piloto

### Functional profile of institutionalized elderly patients in residential care: A pilot study

#### RESUMEN

**Contexto:** Los problemas de autonomía e independencia de las personas provocan, frecuentemente, que su ingreso en una institución sea un hecho habitual y recurrente. **Objetivo:** Conocer el perfil funcional de los ancianos que viven en instituciones geriátricas, en una ciudad de Trás-os-Montes. **Metodología:** Este es un estudio de carácter exploratorio que utilizó la estadística descriptiva con el fin de definir los perfiles de las personas mayores en estudio. La investigación contó con una muestra de 82 sujetos. **Instrumentos:** *Mini-Mental State Examination*; Formulario de Evaluación de la Dependencia de Autocuidado; Índice de Barthel; Escala de Lawton y Brody, y un Formulario de evaluación del estado de salud. **Resultados:** Los ancianos que viven en residencias son, en su mayoría, mujeres, con una edad media de 81,8 años y viudos, con bajo nivel de escolarización y que presentan un promedio de estancia en la institución de 21,5 meses. En cuanto al estado cognitivo, el 68,3% (56) manifiesta algún déficit cognitivo. Dependen de todos los autocuidados el 12,7% de la muestra, y el 22,27% necesita ayuda de personas o aparatos.

Casi todos (95,1%) requieren asistencia para preparar y tomar los medicamentos prescritos, teniendo en cuenta que el 69,6% de las personas mayores presentan cambios en el estado nutricional y el 79,3%, problemas articulatorios de los miembros. También el 62,2% tiene problemas de eliminación, incluyendo la incontinencia urinaria, y el 30,5%, problemas de estreñimiento. **Conclusiones:** Los ancianos residentes en instituciones geriátricas presentan problemas que requieren la atención básica de la salud, por lo que se considera de extrema importancia la necesidad de desarrollar modelos de intervención en enfermería que promuevan el autocuidado, la independencia y la autonomía.

**PALABRAS CLAVE:** Ancianos, institucionalización, capacidad funcional.

#### ABSTRACT

**Context:** The loss of autonomy and independence among the elderly contribute to an increase in the rate of institutional care. **Objectives:** To develop a functional profile of the elderly residing in residential care facilities in the surrounding region of a town in the Trás-os-Montes region. **Methodology:** This is an exploratory study using descriptive statistics to establish the profile of the elderly involved in the study. The research was based on a convenience sample of 82 subjects. **Instruments:** Mini-Mental State Examination; Self-Care Evaluation Form; Barthel Index; Lawton and Brody Scale and a Health Evaluation Form. **Results:** The elderly who are in residential care are primarily widowed women, with an average age of 81.8, and with a low level of education, who reside in these institutions for an average of 21.5 months. In terms of their cognition, 68.3% (56) show a cognitive deficit, while 12.7% are dependent on all aspects of self-care, and 22.27% need assistance from someone or from some type of equipment. Nearly all the subjects, 95.1%, require assistance to prepare and to take medication prescribed to them. It is important to note that 69.6% of the elderly show changes in their nutritional state and that 79.3% have a limited range of motion. In addition, 62.2% have elimination problems, especially urinary incontinence, while 30.5% have constipation problems. **Conclusions:** The institutionalized elderly experience problems related to basic health care, highlighting the need to create intervention plans to promote self-care, independence and autonomy.

**KEYWORDS:** Elderly, institutionalization, functional capacity.

#### ■ INTRODUCCIÓN

En Portugal, el envejecimiento es una realidad, toda vez que los censos de 2011 indican que se ha agravado en los últimos 10 años, entre 2001 y 2011<sup>1</sup>. Este envejecimiento conlleva múltiples pro-

blemas y limitaciones en la funcionalidad, la independencia y la autonomía<sup>2,3</sup>.

Los cambios en la estructura familiar y en el trabajo provocan que las familias tengan una capacidad de respuesta limitada frente a las necesidades de apoyo a los mayores, lo que comporta el recurso al ingre-

so en una institución geriátrica como una respuesta social y familiar al problema<sup>3,4</sup>. Los equipamientos sociales para los ancianos tienen como objetivo dar respuesta a las necesidades sociales y humanas de los usuarios, estimulando el cuidado personal, la autonomía y la independencia<sup>5</sup>. Varios autores consideran que la formación técnica y científica del personal de algunos de estos equipamientos residenciales para personas mayores (ERPM) es insuficiente o no ajustada para satisfacer las necesidades de los ancianos<sup>6</sup>. A pesar de que las políticas de cuidados para ancianos defiendan, mayoritariamente, un enfoque multidimensional de la persona, sobre todo que satisfaga las necesidades básicas y la participación, esto no parece ocurrir en realidad. En el ámbito de la salud se garantiza la atención de enfermería, médicos y de rehabilitación, centrándose en la prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos<sup>7</sup>.

Muchos de los cuidados necesarios en este contexto, sin olvidar la intervención multidisciplinaria, recaen, sin embargo, en el campo de la enfermería. En este sentido, varios autores<sup>8</sup> sostienen que tales necesidades son evidentes, por lo que en muchos países la asistencia a los ancianos en residencias tiene sus raíces en los cuidados de enfermería.

## ■ OBJETIVO

El presente estudio intentó dar a conocer el perfil de ancianos institucionalizados en un ERPM del municipio de Chaves, en cuanto a su capacidad funcional, cognitiva y condición de salud.

## ■ METODOLOGÍA

### Diseño del estudio

El estudio se inscribe en un paradigma cuantitativo, de naturaleza exploratoria, transversal, que recurrió a la estadística descriptiva para el análisis de los datos.

### Muestra y participantes

En abril de 2011 se efectuó una consulta a la Carta Social<sup>9</sup> con el objetivo de identificar los ERPM existentes en el municipio de Chaves. Se han identificado 6 ERPM, con una capacidad total para 447 ancianos. Estos ERPM se presentan, desde el punto de vista jurídico, como instituciones privadas de solidaridad social (IPSS). Se contactó con las 6 instituciones con naturaleza jurídica de IPSS y 4 mostraron disponibilidad para el estudio, pero, por cuestión de viabilidad, seleccionamos aleatoriamente dos, con un total de 87 ancianos. Antes de la recogida de datos se informó a los responsables de las instituciones, de los procedimientos del estudio, y la recogida se efectuó en los meses de octubre y noviembre de 2012. Cuando fue imposible recoger información fidedigna de los participantes en el estudio, a causa de sus limitaciones cognitivas, esta se obtuvo de los profesionales e incluso mediante observación directa (efectuado por la investigadora).

### Participantes

La población en estudio ha estado constituida por 82 ancianos, institucionalizados en dos hogares sociales del municipio de Chaves. Cinco de los individuos de esta población no participaron en el estudio, ya que en el momento de la recogida de datos no se encontraban en las instituciones. Esta es una muestra de conveniencia formada por todos los an-

cianos institucionalizados de dos hogares, de la que se han excluido los ancianos que no estaban presentes cuando se hizo la recogida de datos.

## Materiales y métodos

El *Mini-Mental State Examination* (MMSE), desarrollado por Folstein, Folstein y McHugh<sup>10</sup> y adaptado para la población portuguesa<sup>11</sup>, consta de 30 preguntas, a las que se atribuye un punto por cada respuesta correcta (total: 30 puntos). Los valores de corte para la detección de déficit cognitivo, calculados de acuerdo con las titulaciones académicas, son los siguientes: 15 puntos para sujetos analfabetos, 22 para sujetos con 1 a 11 años de alfabetización y 27 para sujetos con alfabetización superior a 11 años<sup>11</sup>.

El Formulario de Evaluación de la Dependencia en el Autocuidado (FADA) fue validado para la población portuguesa<sup>12</sup>. Los dominios del autocuidado se estructuran de acuerdo con los procedimientos de los autocuidados, según la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE), versión 1.0<sup>13</sup>. Para cada uno de los procedimientos, se definieron indicadores basados en las características específicas, presentadas en la *Nursing Outcomes Classification* (NOC)<sup>14</sup>. Las respuestas se valoraron mediante una escala de Likert en 4 puntos, con el valor 1 correspondiente a “dependiente, no participa”, 2 “necesita ayuda de persona”, 3 “necesita equipo” y 4 “completamente independiente”. El estudio de las propiedades psicométricas reveló un nivel de fidelidad elevado, con un alfa de Cronbach de 0,99<sup>12</sup>. Teniendo en cuenta la revisión teórico-empírica, los investigadores añadieron dos ámbitos al FADA, relativos a la ingestión de medicamentos y a la realización de actividades recreativas. Ambos dominios se desdoblaron en cuestiones apoyadas en la información de la NOC<sup>15</sup>.

El Índice de Barthel fue desarrollado por Mahoney y Barthel en 1965<sup>16</sup>, para evaluar el grado de independencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que ha sido adaptado a la población portuguesa<sup>17</sup>. El instrumento ha evidenciado niveles de fidelidad aceptables, soportado por un valor de alfa de Cronbach de 0,96<sup>17</sup>.

La Escala de Lawton y Brody<sup>18</sup> evalúa la funcionalidad relativa a las actividades instrumentales de vida diaria (AIVD), que también ha sido validada para la población portuguesa<sup>19</sup>. A través de ella se evalúa el nivel de dependencia en la realización de las AIVD. La escala presenta índices de fidelidad aceptables ( $\alpha = 0,94$ ). La puntuación asignada varía entre 0 (máxima dependencia) y 23 puntos (independencia total)<sup>19</sup>.

Todos los datos fueron recogidos por la primera autora, en un momento único en el tiempo y en una oficina reservada. Se han garantizado los principios éticos y los derechos de sigilo, el anonimato y la confidencialidad (tanto en el ámbito de la recogida como en el tratamiento de los datos). Se solicitó el consentimiento libre e informado por parte de los ancianos, después de que se proporcionara la información relativa al investigador, a la naturaleza de la investigación y a los objetivos de esta. Considerando las limitaciones derivadas de la edad avanzada y de la baja escolaridad de los participantes, los cuestionarios fueron cumplimentados con la colaboración de la primera autora. Para la ejecución del estudio se solicitó la autorización a la dirección de cada uno de los ERPM.

## ■ ESTADÍSTICAS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el programa estadístico de IBM SPSS® (versión 22). Y se recurrió a la estadística descriptiva (media, desviación estándar, frecuencias absolutas y relativas).

## ■ RESULTADOS

### Caracterización sociodemográfica

Los participantes procedían de dos instituciones del municipio de Chaves, región interior del norte de Portugal. La muestra estuvo constituida por 82 participantes de ambos sexos (masculino  $n = 28$ ; femenino  $n = 54$ ) con una edad media de 81,80 años y desviación estándar (DE) = 9,18. Los participantes con menos de 75 años representan el 17,1% de los ancianos ( $n = 14$ ); los de edades comprendidas entre 75 y 85 años, el 43,9% ( $n = 36$ ), y 32 usuarios, es decir, los que tenían más de 85 años, el 39,0%. En cuanto al estado civil, la mayoría de los encuestados, 63,4% ( $n = 52$ ), eran viudos. Entre los participantes, el 56,1% ( $n = 46$ ) eran jubilados por límite de edad y el 25,6% ( $n = 21$ ) por incapacidad. Los participantes presentaban bajos niveles de escolaridad ( $M = 2,49$ ,  $DE = 2,96$ ), y la mayoría (41,5%) ( $n = 34$ ) eran analfabetos.

En cuanto a las razones de la elección de la institución de acogida, el 29,3% ( $n = 24$ ) de los ancianos eligió la institución por la proximidad a su domicilio y el 63,4% ( $n = 52$ ) señaló otras razones, en particular, la toma de decisión efectuada por sus hijos (16,8%) ( $n = 14$ ) o, incluso, por la inexistencia de alternativa (10,8%) ( $n = 9$ ). Los ancianos estaban institucionalizados, por término medio, hace 21,5 meses ( $DE = 14,09$ ).

En promedio, cada anciano toma 5,4 fármacos prescritos al día ( $DE = 2,62$ ); el 23,2% ( $n = 19$ ) tuvo un ingreso hospitalario en el último año y el 7,3% ( $n = 6$ ) sufrió dos o más ingresos en este período. En el último año recurrieron al servicio de urgencia 31,8% ( $n = 26$ ) de los usuarios.

### Función cognitiva

Se verificó que la gran mayoría de los participantes de este estudio, el 68,3% ( $n = 56$ ), presentaba déficit cognitivo, y las áreas problemáticas

eran la orientación temporal, la atención, el cálculo, la evocación, la habilidad visoconstructiva y el lenguaje.

### Dependencia en el autocuidado

De acuerdo con el Índice de Barthel, el 25,3% ( $n = 21$ ) de los ancianos son independientes en las ABVD, el 46,3% ( $n = 38$ ) presenta una discapacidad moderada, el 12,2% ( $n = 10$ ) presenta una incapacidad grave y el 15,9% ( $n = 13$ ) es totalmente dependiente. En cuanto a la capacidad funcional para AIVD, los valores sugieren también un gran ajuste: se halla un valor promedio de 7,84 ( $DE = 7,40$ ).

El baño es el autocuidado en el que más ancianos necesitan ayuda, mientras que la alimentación es el que cuenta con menor nivel de necesidad (tabla 1).

Casi la totalidad de los ancianos, el 95,1% ( $n = 78$ ), no son capaces de prepararse y tomarse los medicamentos prescritos, y el 93,9% ( $n = 77$ ) presenta dificultades para gestionar su medicación. El 58,5% ( $n = 48$ ) de los ancianos refieren que nunca desarrollan actividades recreativas.

### Estado de salud

En la tabla 2 se muestra información sobre el estado de salud de los ancianos y sus necesidades. Esta registra, entre otras, las necesidades a nivel de agudeza visual, la agudeza auditiva, pero también el nivel del equilibrio corporal y la coordinación motora y la amplitud articular (tabla 2).

El compromiso articular (rigidez articular) de las principales articulaciones está afectado en un número elevado de personas. La presencia de edemas localizados en los miembros inferiores fue un signo muy presente, el 42,7% ( $n = 35$ ). Asimismo, el 15,5% de los ancianos ( $n = 13$ ) ha mencionado tener dolor persistente; el 30,5%, parestesias ( $n = 25$ ), y el 56,1% ( $n = 46$ ) de los ancianos presenta problemas con el sueño o dificultad para dormir, motivo por el cual el 42,7% ( $n = 35$ ) del total de los ancianos en estudio afirma tomar medicación a tal efecto.

**Tabla 1.** Niveles de dependencia globales de los participantes en cada dominio de los autocuidados, según el FADA

Tipo de autocuidado	Dependiente, no participa	Necesita ayuda de persona	Necesita equipos	Necesita ayuda de persona y equipos	Completamente independiente
Ducharse	14 (17,1%)	35 (42,7%)	—	11 (13,4%)	22 (26,8%)
Vestirse/Desvestirse	13 (15,9%)	1 (1,2%)	—	68 (82,2%)	—
Arreglarse	13 (16,1%)	5 (6,2%)	1 (1,2%)	48 (59,2%)	14 (17,3%)
Alimentarse	7 (8,5%)	—	—	74 (90,2%)	1 (1,2%)
Uso del sanitario	11 (13,6%)	7 (8,6%)	2 (2,5%)	14 (17,2%)	47 (58%)
Levantarse	10 (12,2%)	7 (8,5%)	13 (15,9%)	—	52 (63,4%)
Girarse	10 (12,2%)	2 (2,4%)	1 (1,2%)	—	69 (84,1%)
Desplazarse	10 (12,2%)	14 (17,1%)	2 (2,4%)	—	56 (68,3%)
Usar silla de ruedas	6 (7,3%)	1 (1,2%)	—	2 (2,4%)	2 (2,4%)
Andar	10 (12,2%)	3 (3,7%)	2 (2,4%)	44 (53,6%)	23 (28%)

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 2.** Estado de salud: compromisos en los procesos corporales

Estado de salud	Compromiso en los procesos corporales			
Estado nutricional	Malnutrición 19,5% (16)	Riesgo de malnutrición 22% (18)	Preobesidad 18,3% (15)	Obesidad 9,8% (8)
Dentición y deglución	Dentición incompleta 39% (32)	Ausencia de dentición 24,4% (20)	Dificultad para masticar 53,7% (44)	Compromiso en la deglución 22% (18)
Equilibrio corporal	Alterado 63,4% (52)	Ausente 13,4% (11)		
Coordinación motora	Alterada 63,4% (52)	Ausente 13,4% (11)		
Amplitud articular	Reducida 79,3% (65)	Ausente 2,4% (2)		
Eliminación vesical	Reducción del tiempo de alerta 30,5% (25)	Incontinencia funcional 18,3% (15)	Incontinencia de esfuerzo 12,2% (10)	Catéter vesical 1,2% (1) Lleva pañales 37,8% (31)
Eliminación intestinal	Incontinencia fecal 17,1% (14)	Estreñimiento 30,5% (25)		
Sistema respiratorio	Disnea funcional 29,3% (24)	Ortopnea 12,2% (10)	Disnea en reposo 7,3% (6)	Hace oxigenoterapia 9,8% (8)
Agudeza visual	Disminuida 81,7% (67)	Uso de prótesis 43,9% (36)	Invidente 2,4% (2)	
Agudeza auditiva	Disminuida bilateralmente 54,9% (45)	Disminuida unilateralmente 8,5% (7)	Uso de prótesis 6,1% (5)	
Caída en los últimos 3 meses	1 20,7% (17)	3 4,9% (4)	2 o 4 2,4% (2)	6 1,2% (1)

Fuente: Elaboración propia.

## ■ DISCUSIÓN

Las razones de la elección de la institución de acogida para el 29,5% de los usuarios se basaron en la proximidad a su domicilio. Teniendo en cuenta los vínculos establecidos con familiares, parejas y significativos de la comunidad de procedencia, estos resultados eran los esperados. Se han hallado resultados similares a los de este estudio, pese a un porcentaje más elevado, con más del 50% de su muestra, que mostraba que la decisión para el internamiento era tomada por los hijos<sup>20</sup>. En cuanto al tiempo de internamiento, el resultado es similar a otros estudios<sup>3,21</sup>, y se refiere al declive de la autonomía de los ancianos y a la necesidad de asistencia de cuidados básicos y de protección.

El perfil de ancianos en los dos geriátricos en estudio se superpone a los descritos en otros estudios<sup>3,22-24</sup>. Se observa que los ancianos presentan graves limitaciones en la funcionalidad y autonomía, lo que está asociado a un estado general de salud debilitado y a un elevado recurso a los servicios de urgencia. A pesar de que en Portugal se registra un elevado número de salidas a las urgencias entre ancianos y personas dependientes<sup>25</sup>, los datos encontrados sobre este tema pueden indicar fragilidades en el seguimiento de los procesos de enfermedad de esta población en geriátricos.

No es práctica de las instituciones donde se llevó a cabo la recogida de información supervisar la funcionalidad de los ancianos y evaluar así el declive funcional de estos durante el internamiento. Los resultados muestran que muchos ancianos presentan necesidades moderadas o incluso importantes en las actividades motoras y articulares, a menudo asociadas a procesos dolorosos. Estos resultados podrán sugerir la nece-

sidad de incrementar el seguimiento y la vigilancia del estado de salud para prevenir y/o reducir estos cambios. Este es también un resultado esperado, ya que las instituciones no presentan una política de rehabilitación funcional de los ancianos. La rigidez articular está asociada a las deficiencias en el sistema de cuidados a las personas dependientes<sup>26-28</sup>.

En lo que se refiere a las actividades recreativas, más de la mitad de los ancianos no realizan actividades de juego y tiempo libre y no procuran buscar actividades para entretenerse, divertirse, estimularse y relajarse. La escasez de ofertas adecuadas a las vivencias culturales de los ancianos conduce a la inactividad y pasividad y a un estado de aceptación y de desaliento que hay que contrarrestar. Frecuentar los programas televisivos de forma colectiva y continua no contribuye a alcanzar niveles de estimulación y bienestar en los ancianos<sup>29</sup>; es importante poner en práctica actividades recreativas promotoras de la salud física, psicológica y social<sup>30</sup>.

Los problemas de nutrición, centrados en la dificultad en masticar y en la deglución, son otro aspecto negativo que registrar. Otros autores<sup>31</sup> hallaron un porcentaje muy similar de ancianos internados con problemas de masticación. Los riesgos de desnutrición aumentan notablemente entre los ancianos institucionalizados y existe una prevalencia de desnutrición en ancianos con deficiencia cognitiva y capacidad funcional reducida<sup>31</sup>.

La mayoría de los usuarios presentan también incontinencia funcional o incontinencia de esfuerzo, y existe aún un número considerable de ancianos que padecen estreñimiento. Estos datos también coinciden con los de otros estudios<sup>32</sup>. En los geriátricos estudiados usan pañales desechables en personas que pueden ir al baño. Tienen por rutina un

horario fijo para cambiar los pañales y cuando los ancianos solicitan ayuda para ir al baño, muchas veces se les aconseja usar pañal.

Algunos autores<sup>33</sup> afirman que el uso del pañal aumenta el riesgo de enfermedad cutánea, y en ancianos con eliminación espontánea preservada, esta utilización puede conducir a la incontinencia. El uso de equipos urinarios como la cuña y el orinal debe ser prioritaria al pañal. Esta no es una alternativa justificada por la falta de recursos humanos. Estas personas necesitan programas de rehabilitación para entrenar los músculos de la zona pélvica para prevenir y mejorar la incontinencia urinaria.

En cuanto al sueño, un porcentaje significativo de los ancianos habló de la dificultad para dormir, y entre estos, la mayoría toma inductores del sueño. También otros estudios<sup>32</sup> hallaron este problema en los ancianos y afirmaron que estos trastornos son más comunes y más graves en los ancianos internados. La falta de estimulación cognitiva y física puede llevar a que muchos de los ancianos duerman a lo largo del día, por lo que este indicador debe ser considerado como un factor negativo del compromiso del estado general de salud de los ancianos.

Puesto que las caídas son un hecho frecuente entre ancianos internados<sup>24</sup>, las evidencias detectadas en los últimos 3 meses fueron muy elevadas, con casi un cuarto de los ancianos sufriendo un golpe en la caída. La etiología de este problema puede estar relacionada con una mayor edad, con el mayor número de enfermedades, con la disminución de la capacidad funcional y con los efectos colaterales de los fármacos<sup>34-36</sup>.

En síntesis, las políticas de funcionamiento en las instituciones estudiadas, en que las prácticas profesionales reinciden en la sustitución de las funciones del anciano en vez de estimular su autonomía, muestran que es un problema fundamental. Aunque la legislación, en los últimos años, se ha sometido a diversas modificaciones, se mantiene, sin embargo, negligente en cuanto a la necesidad de formación de los colaboradores y técnicos que prestan servicios y cuidados a los usuarios de los ERPM. Lo mismo ocurre con la determinación de la relación entre el número de funcionarios de los ERPM y el número de ancianos internados a su cuidado<sup>37,38</sup>.

Por último, debería haber más auditorías externas a estas instituciones, efectuadas con equipos multidisciplinarios, para asegurar estándares de calidad que garanticen a estas personas una vida digna. En esta línea, varios autores<sup>39</sup> defienden que se debe evaluar la calidad de los cuidados

prestados a los ancianos y buscar niveles cada vez más elevados de calidad del desarrollo profesional.

Se ha puesto de manifiesto que una prestación de cuidados apoyada en estrategias de promoción del autocuidado contribuye positivamente a la mejora de la salud, de la capacidad funcional y cognitiva y de la autonomía<sup>40</sup>.

## CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta los datos de este estudio, los ancianos internados en centros geriátricos presentan condiciones de salud de gran vulnerabilidad, con baja funcionalidad, gran dependencia funcional y déficit cognitivo. Se cree que una mayor inversión y seguimiento de estas personas podría invertir muchos de estos indicadores. Los profesionales cualificados pueden, previamente, reconocer los potenciales factores que dificultan los autocuidados, la autonomía y la independencia, y pueden poner en práctica estrategias preventivas e intervenir precozmente. Algunos autores<sup>39</sup> afirman que la vía esencial para mantener la calidad de los cuidados, de cara a combatir la dependencia psíquica y física y maximizar la independencia y la autonomía, requiere una adecuada preparación y especialización de los cuidadores formales.

Los resultados de este estudio apuntan a la necesidad de poner en práctica programas de estimulación cognitiva y motora, con el fin de preservar las capacidades cognitivas y funcionales en los ancianos. Estas propuestas pretenden posibilitar un mayor nivel de independencia, de autonomía y, por consiguiente, una mejora en las capacidades de autocuidado y bienestar general de estas poblaciones.

Por este motivo, es primordial que en los ERPM tengan, en sus cuadros, técnicos cualificados, especialmente enfermeras que puedan pronosticar, prevenir y revertir situaciones que comprometan eventual e irreversiblemente la capacidad funcional de los usuarios.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se asume el carácter exploratorio y el reducido tamaño de la muestra, que no permiten efectuar generalizaciones ■

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Estatística. Censos de 2011: XV recenseamento geral da população. V recenseamento geral da habitação. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2012.
- Giro A, Paúl C. Envelhecimento sensorial, declínio cognitivo e qualidade de vida no idoso com demência. *Actas de Gerontologia*. 2013;1(1):1-10.
- Soares AS, Amorim MI. Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2015; (ed. esp. 2):45-51.
- Lima CLJ, Costa MML, Ferreira JDL, Silva MA, Ribeiro JKS, Soares MJGD. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem UFPE on-line*. 2013;7(10):6027-34.
- Guedes J. Viver num lar de idosos: Identidade em risco ou identidade riscada?. Lisboa: Coisas de Ler Edições; 2012.
- Sampaio AMO, Rodrigues FN, Pereira VG, Rodrigues SM, Dias CA. Cuidadores de idosos: Percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar. *Estudos e Pesquisa Psicologia*. 2011;11(2):590-613.
- Carvalho MILB. Modelos de políticas de cuidados na velhice em Portugal e em alguns países europeus. *Revista Kairós Gerontologia*. 2009;12(2):119-33.
- Aleixo T, Escoval A, Fontes R, Fonseca C. Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*. 2011;III Série (3):141-9.
- Ministério da Solidariedade e Segurança Social. Carta social: Rede de serviços e equipamentos: Relatório 2011. Lisboa: Ministério da Solidariedade e Segurança Social; 2011.
- Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini-MentalState: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
- Guerreiro M, Silva AP, Botelho M, Leitão O, Castro-Caldas A, Garcia C. Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini-Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*. 1994;1:9.
- Moorhead S. O doente dependente no autocuidado: Estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros. Dissertação de mestrado, Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; 2009.
- Conselho Internacional de Enfermagem. Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE® Versão 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2005.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Classificação do resultados de enfermagem (NOC). Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
- Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2007;25(2):56-66.
- Lawton MP, Brody MH. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969;9:179-86.
- Araújo F, Pais-Ribeiro J, Oliveira A, Pinto C, Martins T. Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. En: Leal I, Pais-Ribeiro J, Silva I, Marques S, eds. *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde*. Lisboa: ISPA, 2008. p. 217-220.
- Rocha MJR. Famílias clássicas do conselho de Lisboa com parentes institucionalizados: Das causas da institucionalização aos requisitos para o cuidado no domicílio. Dissertação de mestrado, Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; 2012.
- Silva AO, Pereira APM, Gonçalves DR, Vieira AS, Medeiros RF, Piccini AM, Carpes PBM. Perfil cognitivo de idosos institucionalizados de Uruguai/RS. *Revista Contexto & Saúde*. 2011;10(20):1185-90.
- Cardono-Arias JA, Álvarez-Mendieta MI, Pastrana-Restrepo S. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia. *Revista Ciencia Salud*. 2014;12(2):139-55.

23. Ferreira LL, Cochito TC, Caíres F, Marcondes LP, Saad PCB. Perfil sociodemográfico e funcional de idosos institucionalizados. *Revista Estudos Interdisciplinares Envelhecimento*. 2012;17(2):373-86.
24. Veríssimo LMV. O autocuidado da pessoa institucionalizada: Estudo exploratório em lares do grande Porto. Dissertação de mestrado, Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2013.
25. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde; 2015.
26. Costa ACJS. Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: Estudo exploratório de base populacional no Concelho de Lisboa. Dissertação de mestrado, Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; 2013.
27. Gonçalves PJP. Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: Estudo exploratório de base populacional no Concelho do Porto. Dissertação de doutoramento, Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa; 2013.
28. Rocha MCA. Dependentes no autocuidado em contexto familiar: Estudo exploratório de base populacional no Concelho da Maia. Dissertação de mestrado, Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; 2015.
29. Cordeiro J, DelCastillo BL, Freitas CS, Gonçalves MP. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia*. 2014;17(3):541-52.
30. Moura GA, Souza LK. Práticas de lazer de idosos institucionalizados. *Revista Movimento*. 2013;19(4):69-93.
31. Silvério JKA, Pedreira KRA, Kutz, NA, Salgueiro, MMHAO. Estado nutricional de idosos institucionalizados: umarevisão de literatura. *Revista Visão Acadêmica*. 2016;17(3):75-90.
32. Santos ZMSA, Martins JO, Frota NM, Caetano JA, Moreira RAN, Barros LM. Autocuidado universal praticado em uma instituição de longa permanência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2012;15(4):747-54.
33. Alves LAF, Santana RF, Schulz RS. Percepções de idosos sobre a utilização de fralda durante a hospitalização. *Revista de Enfermagem Uerj Nursing Journal*. 2014;22(3):371-5.
34. Almeida C. Risco de quedas nas UCCI do distrito de Viseu: estudo comparativo escala de Morse e escala de Dowton. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu; 2012.
35. Ferrão S, Henriques A, Fontes R. Elderly fall prevention in nursing home context: systematic fall risk assessment using Morse Scale, get up and go and timed get up and go tests. *Journal of Aging & Innovation*. 2011;1(1):14-22.
36. Lajúdice DC, Laprega MR, Rodrigues RAP, Rodrigues Júnior A. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrências e fatores associados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2010;13(3):403-12.
37. Portugal. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Despacho Normativo nº 12/98, de 25 de fevereiro. Estabelece as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos. *Diário da República*, 47. Série I-B. p. 766-74.
38. Portugal. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Portaria nº 67/2012, de 21 de março. Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas. *Diário da República*, 58. Série I. p. 1324-29.
39. Monteiro A, Silvério A, Domingues A, Camarinho L, Madeiras P, Ribeiro V. Indicators of quality in nursing homes – The quality challenges. *Journal of Aging & Innovation*. 2015;4:40-58.
40. Silva BT, Santos SSC. Cuidados aos idosos institucionalizados – opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2010;23(6):775-81.