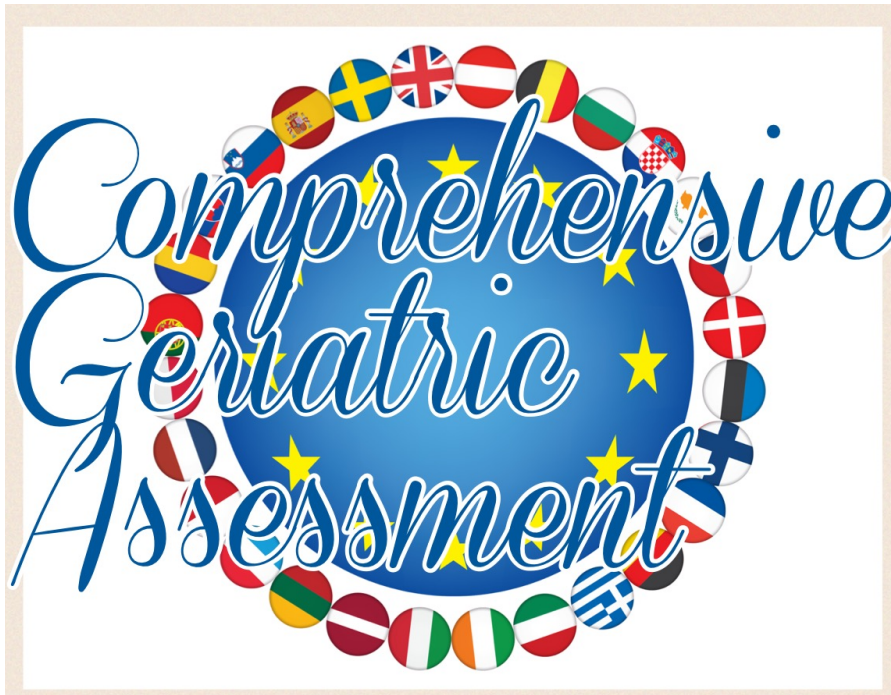


“Señora no le quite años a la vida, póngale vida a los años”

Valoración del riesgo de dependencia geriátrica en una muestra de ancianos de nuestra localidad



VIII CONCURSO ESCOLAR DE TRABAJOS ESTADÍSTICOS 2017

ÍNDICE

CONTENIDOS	PÁGINAS
INDICE.....	3
NOTAS DEL PROFESOR.....	3-7
INTRODUCCIÓN.....	7-9
OBJETIVOS.....	9
MATERIAL Y MÉTODOS.....	10-18
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	18-27
CONCLUSIONES.....	27-29
BIBLIOGRAFÍA.....	29

NOTAS DEL PROFESOR

Hace ahora diez años que comencé a utilizar los trabajos de investigación como un recurso pedagógico para enseñar a mis alumnas/os las diferentes materias que imparto. Todavía me anima mucho el observar la buena acogida que encuentro en ellos.

Aunque soy profesor de formación profesional, he coordinado proyectos en todos los niveles educativos de mi centro: ESO, bachillerato y diferentes ciclos de formación profesional. Soy un docente convencido de que la enseñanza convencional que aplicamos en el aula desde hace décadas, no es el sistema más idóneo para conseguir los mejores resultados en nuestros estudiantes: ni motiva, ni despierta interés, ni provoca entusiasmo. Al contrario, los alumnos se aburren, se desilusionan, y en muchos casos, suspenden demasiado.

Conozco y entiendo las dificultades que los docentes encontramos en un sistema educativo excesivamente rígido y burocrático, para llevar a cabo propuestas creativas e innovadoras que respondan a los intereses de aprendizaje de nuestros estudiantes, y en cualquier caso, salirnos del esquema tradicional de enseñanza, siempre supone un esfuerzo añadido, que no siempre podemos o estamos dispuestos a permitirnos.

Esta iniciativa del concurso de trabajos estadísticos escolares es, a mi juicio, una plataforma única que estimula a los profesores y a los alumnos a adentrarnos en nuevas experiencias de aprendizaje que afectan a cualquier ámbito de la formación. Porque la estadística tiene que ver con la investigación, y ésta con la reflexión y con la curiosidad de observar los hechos que ocurren a nuestro alrededor y que muchas veces nos pasan desapercibidos. Es por ello que, en mi caso, la investigación me desafía, me

estimula, y no suelo encontrar dificultades para encontrar ideas para trabajar o algo sobre lo qué investigar.

En este curso, el tema que hemos abordado, nació de nuestra implicación en un proyecto europeo Erasmus plus, llamado “*lucky you, getting older in Europe*”, algo así como “tienes suerte por envejecer en Europa”. En este proyecto nuestro centro colabora con otras tres escuelas de Finlandia, República Checa y Bélgica; una universidad de Letonia y un hospital de Islandia. Uno de nuestros objetivos primordiales es crear una guía didáctica de uso europeo que proporcione información práctica para la prevención del riesgo de dependencia en las personas ancianas. Todas las organizaciones involucradas en el proyecto pertenecen al ámbito de la sanidad, bien desde la perspectiva de la enseñanza –fundamentalmente enfermería-, o de la práctica clínica –hospital de Akureiry, Islandia-. Nuestro centro educativo, que imparte enseñanzas de cuidados auxiliares de enfermería, debía de participar en diferentes reuniones temáticas desplazándose a los diferentes países para tratar alguno de los temas propuestos. De hecho, cada tres meses aproximadamente, dos profesores y un estudiante participamos en alguna de estas reuniones transnacionales.

En definitiva, el comienzo de este curso escolar comenzó con un doble reto: primero, afrontar el desafío de esta nueva experiencia europea, y segundo, formar a mis estudiantes –nuevos en el ciclo formativo- en la temática de enfermería que abordamos en el proyecto. ¿Cuál es esta temática?, como he comentado con anterioridad, el objetivo principal de nuestro proyecto europeo es elaborar materiales educativos que sean útiles en la prevención de la dependencia en las personas mayores, y lo hacemos desde la metodología clínica utilizada en geriatría denominada **Valoración Geriátrica Integral (VGI)** (1). La VGI enfoca la atención del anciano desde una perspectiva global que abarca la dimensión física, social y mental. Cada organización de cada país debía responsabilizarse de un aspecto de la VGI: funcionalidad, nutrición, situación social, depresión y cognición. Por tanto tendríamos cinco *reuniones temáticas*, una en cada país. Los resultados de

nuestros trabajos, deberían ser supervisados por expertos clínicos del hospital de Islandia, los cuales utilizan esta metodología en la atención a sus pacientes ancianos.

El reto del que les hablaba con anterioridad, consistía en formar a mis estudiantes en estos temas, de modo que pudieran participar en las reuniones internacionales con un conocimiento teórico y práctico suficientemente amplio y profundo acorde a las exigencias, y que les permitiera ser efectivos en las mismas. Para ello se me ocurrió que podríamos aplicar dicha VGI en dos entornos de nuestra localidad muy diferentes: ancianos institucionalizados en una residencia geriátrica, y ancianos no institucionalizados, que viven en sus domicilios.

La VGI utiliza como instrumento para la evaluación de la dependencia, diferentes escalas estandarizadas y reconocidas científicamente a nivel internacional. Nuestro trabajo, consistiría en utilizar dichas escalas para realizar un estudio descriptivo que valorara el riesgo de dependencia geriátrica sobre una muestra poblacional de ancianos institucionalizados y no institucionalizados, de nuestro entorno. De este modo mis alumnas se verían obligadas, en primer lugar, a estudiar en profundidad las temáticas específicas, –algunas de ellas incluidas en su currículo formativo-, y en segundo, a aplicar en la práctica los conocimientos adquiridos, sobre la muestra seleccionada.

Creo que el desarrollo del proyecto constituye en si mismo una metodología de aprendizaje motivadora y eficaz, en la que el alumno es protagonista de su propio proceso formativo, aprende a trabajar en equipo, le obliga a concluir un trabajo con criterios de calidad, le coloca en un escenario educativo situado en la realidad, y además toma conciencia de la utilidad de su esfuerzo. El alumno, en definitiva, aprende mejor mientras desarrolla un proyecto, hace que el aula y la vida sean un todo continuo, la teoría y la práctica cobran sentido y las relaciones profesor-alumno tienen una dimensión más cercana, más pragmática y más coherente.



En octubre de 2016, propuse a mis estudiantes de auxiliar de enfermería la realización del proyecto de manera voluntaria. La implicación en el mismo suponía dedicar un esfuerzo y tiempo añadidos a las tareas escolares convencionales: estudio de las temáticas específicas de la VGI, trabajo de campo para la recogida de datos, procesamiento estadístico de los mismos y establecimiento de inferencias y conclusiones, además de la participación en las reuniones europeas.

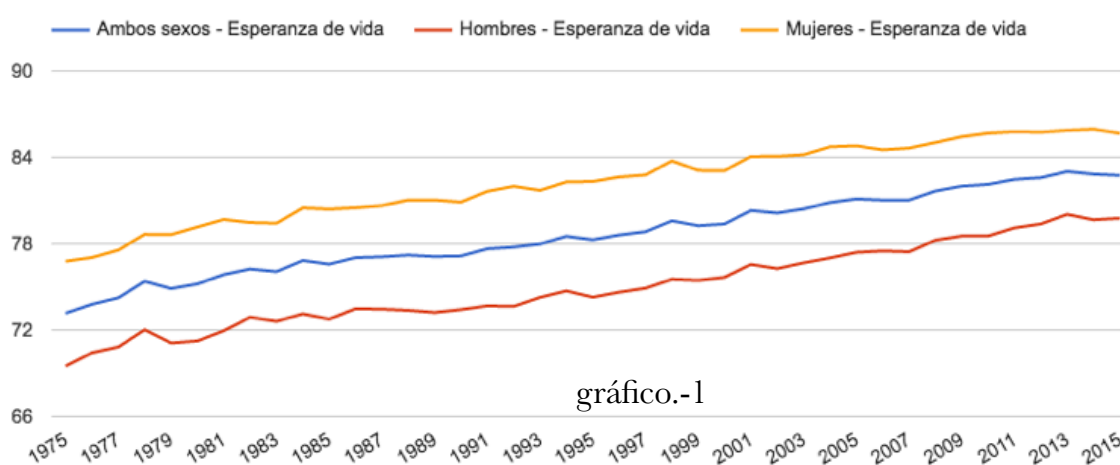
Tres de mis alumnas dieron el paso de comprometerse en el proyecto, y son las autoras materiales de este estudio. Dos de ellas ya han participado en reuniones internacionales (en diciembre de 2016, en Bélgica, y en marzo de 2017 en España), la tercera se desplazará a Finlandia el próximo 7 de mayo de 2017 para asistir a la reunión temática "*Social situation in elderly people*". Para entonces, todo nuestro estudio estará completado, y podremos compartir con nuestros socios europeos los resultados del mismo.

Agradezco al lector la paciencia empleada en atender a todas estas explicaciones, que por otra parte creo que son necesarias para poder entender y situar mejor algunos aspectos narrativos del proyecto que pasamos a describir a continuación.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Introducción

La formación de nuestros estudiantes en atención de enfermería del paciente anciano ha cobrado en la actualidad una importancia fundamental. Es de todos conocido el dato de que la esperanza de vida en las sociedades desarrolladas va aumentando constantemente.



Según datos del ICANE (veáse gráfico 1) en los últimos 40 años la esperanza de vida al nacimiento en nuestra Comunidad Autónoma, ha aumentado en casi 9 años en las mujeres y en algo más de 10 años en los hombres, situándose en los 85,67 y 79,77 años respectivamente (cifras del año 2015). <http://www.icane.es/data/life-expectancy-birth#timeseries>

Por tanto nos encontramos con una población cada vez más envejecida y necesitada de cuidados asistenciales. No es de extrañar que en este contexto los profesionales que formamos -futuros Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería- estén tan solicitados. La inserción profesional de nuestros técnicos, es una de las más altas de la Formación Profesional, y es debido a la gran demanda de cuidados enfermeros por parte de las

personas mayores, tanto en instituciones sanitarias –hospitales y residencias geriátricas-, como en los propios domicilios.

Los docentes de esta especialidad, no podemos ser ajenos a estos cambios socio demográficos, por lo que estamos obligados a actualizar nuestros conocimientos y habilidades para dar una respuesta acorde a las demandas formativas de nuestros alumnos y por tanto a las exigencias cambiantes de nuestra sociedad.

Dice el cantautor guatemalteco Ricardo Arjona en una de sus canciones: *“señora, no le quite años a la vida, póngale vida a los años”*. Todos queremos vivir más, pero no solo en cantidad sino también en calidad.

Probablemente muchos de nosotros lleguemos a la edad de 80 años, pero nos gustaría hacerlo en un estado de salud que nos permita disfrutar de una vida plena y satisfactoria. Por tanto, tan importante es llegar a una edad avanzada como ponerle ilusión, esperanza y pasión a esos últimos años de nuestra vida.

Objetivos

- 1.- Conocer el perfil de riesgo de dependencia geriátrica, según la metodología de la Valoración Geriátrica Integral, en dos colectivos de ancianos diferenciados: a.- una muestra de 30 residentes de una institución geriátrica y b.- 30 personas mayores que viven de manera habitual en sus domicilios.
- 2.- Profundizar en el estudio de los diferentes indicadores incluidos en la metodología de la VGI: a.- Estado físico –funcionalidad y nutrición-, b.- Situación social, y c.- Estado mental –depresión y situación cognitiva-.
- 3.- Proporcionar información a nuestros colegas europeos-profesores, enfermeras y estudiantes- sobre la situación de dependencia de una muestra de ancianos de nuestra localidad. Todo ello incluido en el proyecto Erasmus+ *“Lucky you, getting older in Europe”*.

4.- Aproximar a los estudiantes de Cuidados Auxiliares de Enfermería a los estudios estadísticos y de investigación como complemento a su formación académica.

Material y métodos

Hemos evaluado el riesgo de dependencia geriátrica sobre una muestra total de 60 ancianos, treinta de ellos institucionalizados en una residencia geriátrica de nuestra localidad, y otros treinta que vivían en sus casas, siendo estos últimos seleccionados de manera aleatoria en un centro cívico de personas mayores de nuestra ciudad.

La muestra de ancianos de la residencia geriátrica, se seleccionó con la ayuda de un equipo de trabajadores de la misma (enfermeras y terapeuta ocupacional). El criterio para la incorporación en el estudio fue que los residentes se encontraran en una situación física y mental aceptable que les permitiera contestar con rigor a los test recogidos en la VGI. En estas condiciones solo se pudieron incluir a 30 de los 110 residentes, 23 mujeres y 7 hombres. En el caso de los ancianos del centro de mayores, se escogieron a 30 voluntarios respetando la proporcionalidad condicionada por la muestra extraída de la residencia geriátrica, es decir 23 mujeres y 7 hombres. De este modo, la muestra total estaba representada de manera homogénea en ambos grupos.

La cumplimentación de los cuestionarios, y la realización de algunas pruebas incluidas en los mismos, se llevó a cabo cara a cara en los espacios habilitados para la ocasión, tanto en la residencia como en el centro de ocio. Las autoras de este estudio, se desplazaron a ambos centros en horario extra escolar –por las tardes- para la recogida de datos.

Se trata pues, de un estudio descriptivo prospectivo transversal para estimar el riesgo de dependencia geriátrica de dos colectivos diferenciados de nuestra localidad. La detección del riesgo de dependencia permitirá a los

profesionales sanitarios intervenir con antelación sobre los factores implicados evitando complicaciones y disminuyendo la morbi-mortalidad, incrementando, por tanto, la cantidad y calidad de vida de las personas ancianas y disminuyendo su dependencia física, mental o social.

Los indicadores de riesgo de dependencia considerados en la VGI constituyen en su conjunto el punto de inflexión en el equilibrio de la balanza *autonomía/dependencia* en el anciano. El impacto sobre uno o más indicadores puede provocar que el anciano pase de valerse por si mismo, a precisar ayuda externa adicional, convirtiéndose de este modo en una persona dependiente. A continuación pasamos a describir cuáles son estos indicadores, las escalas para su medida y los cuestionarios utilizados.

1.- Situación funcional. La valoración funcional es el proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra.

FUNCIONALIDAD (ABV- Actividades Básicas de la Vida diaria) (Índice de Barthel).	
• ALIMENTACIÓN/COMER (10 independiente; 5 necesita ayuda;-0 dependiente)	Valor=
• BAÑARSE (5 Independiente;0 dependiente)	Valor=
• VESTIRSE (10 independiente; 5 necesita ayuda;-0 dependiente)	Valor=
• ASEO (5 Independiente;0 dependiente)	Valor=
• USO DEL RETRETE (10 independiente; 5 necesita ayuda;-0 dependiente)	Valor=
• DEFECACIÓN 10 independiente; 5 necesita ayuda;-0 dependiente)	Valor=
• MICCIÓN (10 independiente; 5 necesita ayuda;-0 dependiente)	Valor=
• TRASLADO A CAMA O SILLÓN (15 Independiente; 10 Mínima ayuda; 5 Gran ayuda; 0 dependiente)	Valor=
• DEAMBULACIÓN (15 Independiente; 10 Mínima ayuda; 5 Gran ayuda; 0 dependiente)	Valor=
• SUBIR Y BAJAR ESCALERAS (10 independiente; 5 necesita ayuda;-0 dependiente)	Valor=
Puntuación test de Barthel	Valor=
INTERPRETACIÓN DEL TEST DE BARTHEL	1= Dependiente total (0-20) 2=Depend.severa (21-60) 3=Depend.moderada (61-90) 4= Depend.escasa (91-99) 5= Independiente (100)

Las actividades de la vida diaria se clasifican en: básicas, instrumentales y avanzadas. A medida que el deterioro físico se va haciendo mayor las capacidades para mantener la autonomía son menores.

En nuestro trabajo hemos evaluado las actividades básicas de la vida diaria, ya que la pérdida de su capacidad es la que determina en mayor grado la dependencia. Hemos utilizado para su medida la escala de Barthel. Esta permite valorar la autonomía de la persona para realizar actividades básicas como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o la silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc. La valoración se realiza según la puntuación de una escala de 0 a 100 (dependencia absoluta e independencia, respectivamente).

2.- **Situación nutricional.**- El estado nutricional del anciano no suele ser por si mismo el factor más determinante que precipite a la dependencia, sin embargo interacciona con el resto de los indicadores de riesgo incrementando su impacto sobre la misma.



En nuestro estudio, hemos utilizado la escala Mini Nutritional Assessment (MNA) (2). Ésta es una herramienta de cribado que permite identificar a ancianos desnutridos o en riesgo de desnutrición. MNA tiene dos versiones una larga (MNA) y una corta (MNA-SF). La versión corta -MNA-SF-, permite identificar a los ancianos desnutridos o en riesgo de malnutrición, y la versión larga –MNA- provee de información adicional sobre las causas de desnutrición en aquellas personas identificadas previamente como desnutridas o en riesgo de desnutrición.

La escala MNA-SF proporciona la siguiente información: pérdida de apetito, pérdida de peso, y presencia de enfermedad aguda o psicológica en los últimos tres meses, movilidad del paciente, problemas neuropsicológicos e índice de masa corporal.

La interpretación se describe en la tabla siguiente.

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL (MNA-SF, Mini Nutritional Assessment, versión corta)	
Peso	Talla
A.- ¿Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito... en los últimos 3 meses? 0= mucho menos; 1=menos; 2= ha comido igual	Valor=
B.- Pérdida de peso (<3 meses) 0= >3kg; 1=no lo sabe; 2= pérdida de entre 1 y 3 kg	Valor=
C.- Movilidad 0=de la cama al sillón; 1= autonomía en el interior; 2= sale del domicilio.	Valor=
D.- ¿Enfermedad aguda o estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0= si; 2 =no.	Valor=
E= Problemas neuropsicológicos 0= demencia o depresión grave; 1= demencia moderada; 2= sin problemas psicológicos.	Valor=
F.- Índice de Masa Corporal (IMC) 0=<19; 1=19-21; 2= 21-23; 3=>23	Valor
Puntuación cribaje (MNA-SF, versión corta)	
Evaluación cribaje: <ul style="list-style-type: none"> • 12-14 puntos = normal • 8-11 puntos= riesgo de malnutrición • 0-7 puntos= malnutrición 	1= normal. 2=riesgo malnutrición. 3=malnutrición.

La versión larga del test MNA, incluye información sobre la situación social del anciano, la toma de medicamentos, signos secundarios de malnutrición -

como la aparición de úlceras por presión-, ingesta alimentaria, medidas antropométricas, etc.

La aplicación de la escala, puede llevar entre 10-15 minutos a un entrevistador experimentado.

Aunque MNA no incluye el valor de albuminemia nosotros lo hicimos en el cuestionario como un indicador nutricional de carácter analítico, pero lamentablemente no hemos podido contar con los datos de los participantes no institucionalizados, por lo cuál no le hemos tenido en cuenta en nuestro estudio.

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL (MNA, Mini Nutritional Assessment, versión larga)	
Perímetro braquial	Perímetro pantorrilla
G.- ¿Vive de forma independiente (en su casa)? <ul style="list-style-type: none"> • 1 punto=si • 0 puntos= no 	Valor=
H.- ¿toma más de tres medicamentos al día? <ul style="list-style-type: none"> • 0 puntos=si • 1 punto=no 	Valor=
I.-¿Tiene úlceras o lesiones cutáneas? <ul style="list-style-type: none"> • 0 puntos=si • 1 punto=no 	Valor=
J.- ¿Cuántas comidas completas realiza el paciente diariamente? <ul style="list-style-type: none"> • 0 puntos = 1 comida. • 1 punto= 2 comidas • 2 puntos= 3 comidas 	Valor=
K.- Indicadores de ingesta proteica <ul style="list-style-type: none"> • al menos 2 productos lácteos al día: SI___NO___ • 2 o más raciones de legumbre o huevos a la semana: SI___NO___ • carne, pescados o huevos a diario: SI___NO___ PUNTUACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> ○ 0 puntos = 0 o 1 respuesta afirmativa ○ 0,5 puntos= si hay 2 respuestas afirmativas ○ 1 punto= si hay 3 respuestas afirmativas 	Valor=
L.- ¿Consumes 2 o más porciones de fruta y/o verdura al día? <ul style="list-style-type: none"> • 0 puntos=no • 1 punto=si 	Valor=
M.- ¿Cuánto líquido toma al día? (agua, zumo, té, café, leche) <ul style="list-style-type: none"> • 0 puntos= menos de 3 tazas. (1-2 tazas) • 0,5 puntos= 3-5 tazas. • 1 punto= >5 tazas 	Valor=

N.-Modo de alimentarse. <ul style="list-style-type: none"> • 0 puntos= incapaz de comer sin ayuda. • 1 punto= come solo con alguna dificultad. • 2 puntos= come solo sin problemas 	Valor=
O.- ¿Cómo se auto considera el paciente respecto a su estado nutricional? <ul style="list-style-type: none"> • 0 puntos= se considera desnutrido. • 1 punto= No está seguro de su estado nutricional. • 2 puntos= opina que no tiene ningún problema nutricional. 	Valor=
P.- En comparación con otras personas de su misma edad, ¿cómo valora su estado de salud? <ul style="list-style-type: none"> • 0 puntos= no tan bueno. • 0,5 puntos= no lo sabe. • 1 punto= Igual de bueno. • 2 puntos= mejor 	Valor=
Q.- Perímetro del brazo en cm. <ul style="list-style-type: none"> • 0 puntos= perímetro del brazo inferior a 21 cm, • 0,5 puntos= perímetro del brazo igual 21-22 cm. • 1 punto= perímetro del brazo mayor de 22 cm 	Valor=
R.- Perímetro de la pantorrilla en cm. <ul style="list-style-type: none"> • 0 puntos= inferior a 31 cm. • 1 punto= 31 cm o mayor. 	Valor=
13.- Puntuación MNA versión larga	Valor=
14.-Puntuación total MNA cribaje+ MNA versión larga (11+13) <ul style="list-style-type: none"> • 24-30 puntos= situación nutricional normal. • 17-23,5 puntos= riesgo de malnutrición. • Menos de 17 puntos= malnutrición. 	1= situación nutricional normal. 2= riesgo de malnutrición. 3= malnutrición.
15.- Valor de la albuminemia (información complementaria).	

3.- Situación social.- Algunos ancianos se convierten en dependientes cuando se quedan solos, o sin apoyo socio familiar adecuado. La escala de detección de riesgo socio-familiar de Gijón (3) es un instrumento que permite detectar la fragilidad social del anciano. La escala aporta información sobre el modo de convivencia -si vive solo, en pareja o con los hijos-, las relaciones sociales fuera del domicilio y el apoyo precisado y/o recibido del entorno social. La valoración del anciano con esta escala permite evaluar la situación social y el riesgo de institucionalización. En nuestro estudio, aplicamos también la escala a los ancianos ya

institucionalizados con el fin de evaluar la importancia que pudo tener en los mismos su situación social en el momento del ingreso en la residencia.

DEPRESIÓN (GDS- Escala de depresión geriátrica de Yesavage) Versión abreviada de 15 preguntas. (rodear con un círculo la respuesta escogida y al final sumar la puntuación) Nota: si el mini mental de Folstein es menor o igual a 14, la aplicación de la escala puede no ser valorable.		
	SI	NO
¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	0	1
¿Ha abandonado muchas de sus actividades o intereses?	1	0
¿Siente que su vida está vacía?	1	0
¿Se aburre a menudo?	1	0
¿Está usted animado casi todo el tiempo?	0	1
¿Tiene miedo de que le vaya a pasar algo malo?	1	0
¿Está usted contento durante el día?	0	1
¿Se siente abandonado o desamparado?	1	0
¿Prefiere quedarse en casa o en la habitación en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
¿Cree que tiene más problemas de memoria que el resto de la gente?	1	0
¿Cree que es estupendo estar vivo?	0	1
¿Se siente usted inútil como está ahora?	0	1
¿Se siente lleno de energía?	1	0
¿Cree que su situación es desesperada?	0	1
¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	1	0
	1	0
18.-Puntuación total de la escala de depresión geriátrica	Valor=	
19.- Interpretación de la escala.	1= probable depresión.	
• Mayor o igual a 5= probable depresión	2= sin signos de depresión.	

5.- Estado cognitivo. En el diagnóstico de las demencias es recomendable realizar, entre otras pruebas, una valoración neuropsicológica del grado de potencial deterioro cognitivo que pueda presentar la persona. Se entiende por deterioro cognitivo el grado de déficit que afecta a diversas funciones psicológicas básicas, tales como atención y concentración, memoria, lenguaje, razonamiento o coordinación psicomotriz, entre otras. Además el deterioro cognitivo también puede evaluarse en otro tipo de enfermedades, tales como traumatismos craneoencefálicos o trastornos psicopatológicos (psicosis, toxicomanías), e incluso en procesos no patológicos como el envejecimiento.

El Mini.Mental State Examination (MEC) es un test breve de cribado del deterioro cognitivo, producto de la adaptación española del instrumento original por Lobo et al, realizada en 1979, 1999 y 2002. El instrumento original es el Mini-Mental State Examination —MMSE o Mini-Mental— de

ESTADO COGNITIVO (Mini Mental Test de Folstein)

<ul style="list-style-type: none"> • Orientación temporal: <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Sabe en qué año estamos? (1 punto) ○ ¿Sabe en que estación estamos? (1 punto) ○ ¿Sabe en qué mes estamos? (1 punto) ○ ¿Sabe qué día de la semana es hoy? (1 punto) ○ ¿Sabe qué día del mes es hoy? (1 punto) • Orientación espacial: <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Me puede decir en qué país estamos? (1 punto) ○ ¿Sabe en qué provincia estamos? (1 punto) ○ ¿Sabe en que ciudad/pueblo estamos? (1 punto) ○ ¿Sabe en dónde estamos ahora? Residencia/casa/calle (1 punto) ○ ¿Sabe en que piso/planta estamos? (1 punto) • Memoria de fijación: <ul style="list-style-type: none"> ○ Repita estas tres palabras: peseta-caballo-manzana (recuérdelas porque se las voy a preguntar después), repetirlas hasta cinco veces. (1 punto por cada palabra). • Concentración y cálculo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Si tiene 30 pesetas/euros, y me los va dando de 3 en 3, ¿cuánto le va quedando: 30-27-24-21-18-15... (sobre 5 puntos, 1 punto cada acierto) • Memoria diferida: <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Recuerda las tres palabras que le dije antes? Peseta-caballo-manzana. (1 punto cada acierto). 	<p>Valor (sobre 5 puntos)=</p> <p>Valor (sobre 5 puntos)=</p> <p>Valor (sobre 3 puntos)=</p> <p>Valor(sobre 5 puntos)=</p> <p>Valor (sobre 3 puntos)=</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nominación: <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Qué es esto? Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? Mostrar un reloj. (1 punto cada acierto). • Repeticición: <ul style="list-style-type: none"> ○ Le voy a pedir que repita la siguiente frase. ¿Está preparado?: "en un trigal había cinco perros". (1 punto si acierta) • Comprensión: <ul style="list-style-type: none"> ○ Escuche atentamente, le voy a pedir que haga algo. <u>Coja este papel con la mano derecha</u> (pausa), <u>dóblelo por la mitad</u> (pausa), y <u>póngalo encima de la mesa</u>. Sobre 3 puntos: coger el papel con la mano derecha (1 punto), doblarlo por la mitad (1 punto), colocarlo sobre la mesa (1 punto). • Lectura: <ul style="list-style-type: none"> ○ Por favor lea esto y haga lo que dice ahí: "CIERRA LOS OJOS". (1 punto si acierta). • Escritura: <ul style="list-style-type: none"> ○ Por favor, escriba una frase...algo que tenga sentido. (1 punto). • Dibujo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Por favor, copie este dibujo: 	<p>Valor (sobre 2 puntos)=</p> <p>Valor (sobre 1 punto)=</p> <p>Valor (sobre 3 puntos)=</p> <p>Valor (sobre 1 punto)=</p> <p>Valor (sobre 1 punto)=</p> <p>Valor (sobre 1 punto)=</p>
<p>20.-Puntuación MMT</p>	<p>Valor=</p>
<p>21.- Interpretación MMT (grado de deterioro cognitivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor o igual a 24= Probablemente sin deterioro. • Menor o igual a 23= probablemente con deterioro. • Entre 18 y 23= deterioro moderado. • Menor de 18= deterioro grave 	<p>1= probablemente sin deterioro.</p> <p>2=probablemente con deterioro.</p> <p>3=deterioro moderado.</p> <p>4= deterioro grave.</p>

Folstein et al, publicado en 1975, 1998 y 2001 (5)

Para explorar el deterioro cognitivo nos hemos valido de esta escala tan utilizada en geriatría incluida en los criterios diagnósticos del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association NINCDS-ADRDA.

Esta escala valora aspectos cognitivos como la orientación temporo-espacial, la memoria, la concentración, el cálculo, la escritura y el dibujo. Con ella podemos identificar, prevenir y planificar el tratamiento precoz, en su caso, en pacientes con incipientes signos de demencia y/o Alzheimer. Por último, además de los indicadores de VGI, incluimos en nuestro estudio el índice de Charlson. Este pretende predecir el riesgo de mortalidad de una persona a un tiempo determinado en función de su *comorbilidad*. Entendemos con *comorbilidad* a la confluencia en una misma persona de varias enfermedades graves que ponen en riesgo su vida. Nos parecía interesante tener en cuenta esté parámetro para valorar la situación clínica de partida de las personas incluidas en la muestra. Del mismo modo, la ingesta de medicamentos nos proporciona información adicional indirecta sobre el estado de salud de los ancianos.

Análisis y valoración de los resultados

La muestra seleccionada fue de 60 ancianos, 46 mujeres y 14 hombres – tabla 1-.

TABLA.- 1 GÉNERO DEL ANCIANO		
	Frecuencia	Porcentaje
mujer	46	76,7
hombre	14	23,3
Total	60	100,0

TABLA.-4. DISTRIBUCIÓN DE EDADES EN ANCIANOS SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA			
		Frecuencia	Porcentaje
RESIDENCIA GERIÁTRICA	menor de 70 años	8	26,7
	entre 71 y 80 años	2	6,7
	mayor de 80 años	20	66,7
	Total	30	100,0
DOMICILIO	menor de 70 años	4	13,3
	entre 71 y 80 años	21	70,0
	mayor de 80 años	5	16,7
	Total	30	100,0

Como se comentó con anterioridad, esta distribución fue condicionada en la residencia geriátrica, ya que solo 7 varones estaban en condiciones para la cumplimentación de los cuestionarios con un rigor aceptable. Para homogeneizar la muestra, elegimos a los participantes del centro de ocio con la misma distribución.

TABLA.- 2. EDAD DEL ANCIANO EN EL TOTAL DE LA MUESTRA					
	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
Edad del participante	60	57,0	93,0	77,96	8,70

La media de edad de los participantes fue de prácticamente los 80 años – tabla 2-.El grupo de ancianos participantes que vivían en su domicilio, eran algo más jóvenes,-tabla 3-.

Dos tercios de los ancianos que viven en la residencia -66,7 %- son mayores de 80 años frente al 16,7 % de los que viven en su domicilio –tabla 4-.

TABLA.- 3. EDAD DEL ANCIANO EN CADA UNO DE LOS GRUPOS					
	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
Ancianos en residencia	30	57,0	93,0	80,06	10,63
Ancianos en su domicilio	30	66,0	90,0	75,86	5,63

Como punto de partida hemos valorado el estado general de salud de los participantes. Hemos utilizado para ello el índice de Charlson, para evaluar la comorbilidad del anciano en base a la presencia en los pacientes de enfermedades graves. Hemos incluido, además, la información del número de medicamentos consumidos por los participantes. Entendemos que el exceso de medicación guarda una relación directa con la presencia de enfermedades.

El índice de Charlson, como hemos comentado con anterioridad, predice el riesgo de morbi-mortalidad a tiempo establecido debido a la presencia de enfermedades importantes como diabetes, accidentes vasculares, cáncer etc.

Observamos en la tabla 5 que el impacto de enfermedades graves es claramente mayor en los ancianos institucionalizados que en los que no lo están, un 30 % frente a un 3,3 % respectivamente. Por otra parte, comprobamos que los ancianos de las residencias consumen más medicamentos por día que los que viven en sus casas, 6,3 fármacos al día frente a los 5 respectivamente, -tabla 6-

TABLA.- 5. ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON			
		Frecuencia	Porcentaje
ANCIANOS EN RESIDENCIA	ausente	20	66,7
	baja	1	3,3
	alta	9	30,0
	Total	30	100,0
ANCIANOS EN SU DOMICILIO	ausente	24	80,0
	baja	5	16,7
	alta	1	3,3
	Total	30	100,0

TABLA.-6. NÚMERO DE MEDICAMENTOS TOMADOS POR DÍA					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Ancianos en residencia	30	,0	24,0	6,33	5,30
Ancianos en domicilio	30	1,0	17,0	5,00	3,58

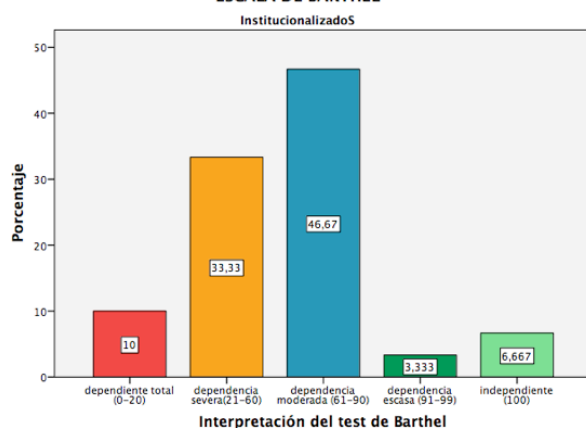
A continuación, pasamos a analizar cada uno de los indicadores de riesgo de dependencia geriátrica contemplados en la metodología VGI -“Comprehensive Geriatric Assessment”- utilizados en nuestro proyecto Erasmus+ “Lucky you, getting older in Europe”.

Funcionalidad/*functionality*.

A pesar de seleccionar en la residencia a los ancianos con un estado general aceptable, la dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria (según el **test de Barthel**) –asearse, comer, vestirse, movilizarse, etc- es muy elevada- véase tabla 7- .Sólo un 10% son independientes o tienen una dependencia funcional escasa, el resto, el 90%, son dependientes de manera moderada, severa o total. Sin embargo en el caso de los ancianos que viven en su domicilio, no existe prácticamente dependencia funcional. El 90 % son independientes y el restante 10% presenta una dependencia escasa para la realización de las actividades básicas de la vida diaria

TABLA.-7. Dependencia funcional (Actividades Básicas de la Vida Diaria)			
-Escala de Barthel-			
		Frecuencia	Porcentaje
Ancianos en residencia	dependiente total	3	10,0
	dependencia severa	10	33,3
	dependencia moderada	14	46,7
	dependencia escasa	1	3,3
	independiente	2	6,7
	Total	30	100,0
Ancianos en domicilio	dependencia escasa	3	10,0
	independiente	27	90,0
	Total	30	100,0

SITUACIÓN FUNCIONAL DE LOS ANCIANOS DE LA RESIDENCIA SEGÚN LA ESCALA DE BARTHEL



SITUACIÓN FUNCIONAL DE LOS ANCIANOS PARTICIPANTES QUE VIVEN EN SU DOMICILIO

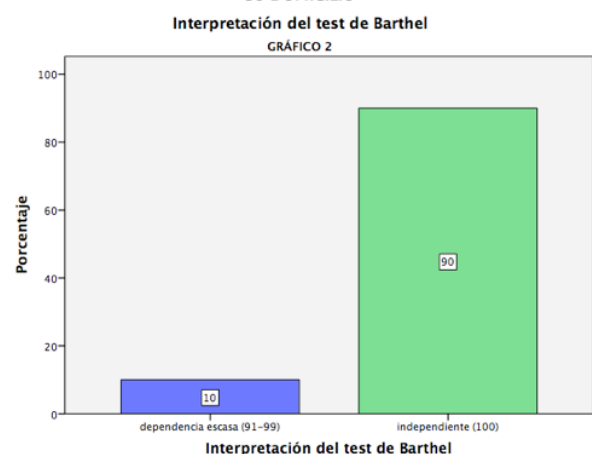




Foto.- Estudiante de Cuidados auxiliares de enfermería aplicando los test a una anciana.

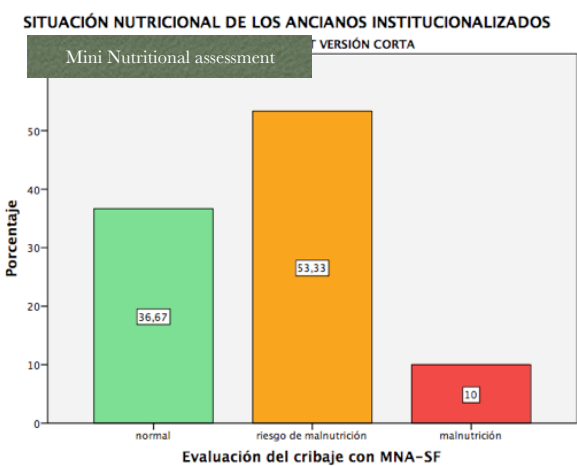
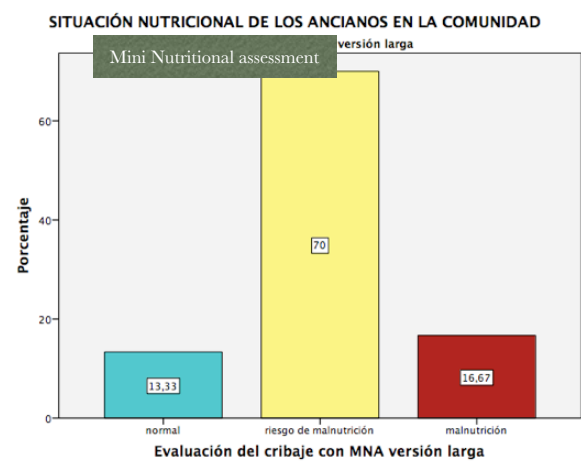
Nutrición/*Nutrition.*



Foto.- Estudiante de Cuidados auxiliares de enfermería realizando medidas antropométricas

Aplicamos el test **Mini Nutritional Assessment** a todos los participantes, el cual identifica el riesgo de padecimiento de desnutrición en el anciano.

En el caso de los participantes que residían en la institución geriátrica nos encontramos que



dos tercios de los mismos presentaron, o bien un riesgo de malnutrición, o malnutrición, -tabla 8-. Nos ha sorprendido los datos obtenidos en los participantes de la comunidad -aquellos que vivían en sus domicilios- los cuales revelaron que su situación nutricional fue incluso, peor que la de los participantes de la residencia. Casi un 87 % presentaban riesgo de malnutrición o malnutrición.

TABLA.- 8. SITUACIÓN NUTRICIONAL			
-Mini Nutritional Assessment, versión corta-			
		Frecuencia	Porcentaje
Ancianos de la residencia	normal	11	36,7
	riesgo de malnutrición	16	53,3
	malnutrición	3	10,0
	Total	30	100,0
Ancianos en su domicilio	normal	4	13,3
	riesgo de malnutrición	21	70,0
	malnutrición	5	16,7
	Total	30	100,0

TABLA.- 9. SITUACIÓN NUTRICIONAL			
-Mini Nutritional Assessment, versión larga-			
		Frecuencia	Porcentaje
Ancianos en la residencia	Situación nutricional normal	9	30,0
	Riesgo de malnutrición	18	60,0
	malnutrición	3	10,0
	Total	30	100,0
Ancianos en su domicilio	Situación nutricional normal	9	30,0
	Riesgo de malnutrición	18	60,0
	malnutrición	3	10,0
	Total	30	100,0

Situación social/*Social situation.*

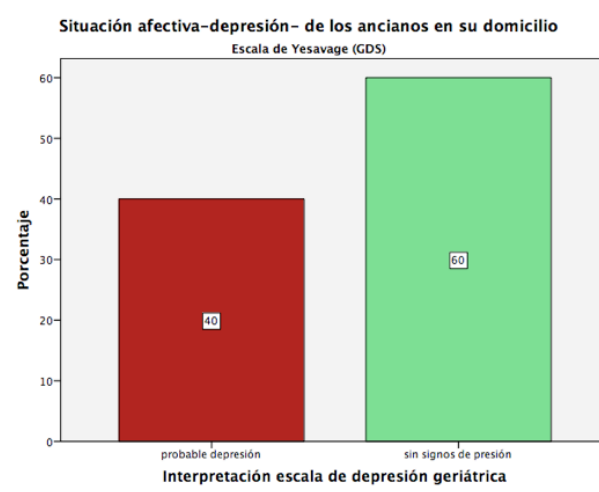
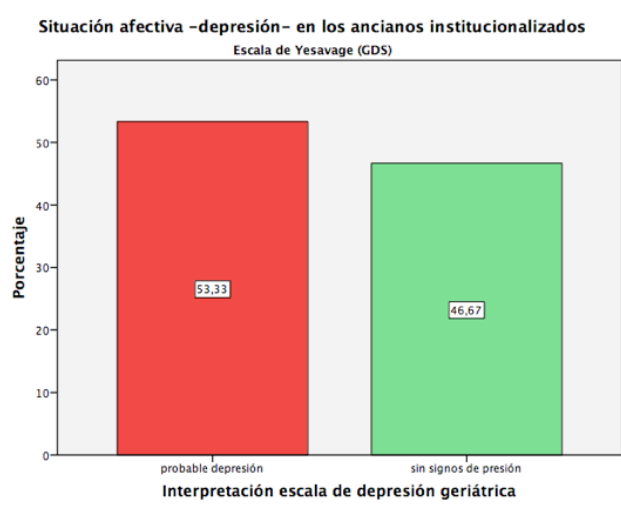
La situación social de los ancianos de la residencia geriátrica, recogida por la escala de Gijón es bastante aceptable –tabla 10-, sólo 2 de los 30 residentes presentaban un deterioro social severo al ingreso. Sin embargo, y como cabría esperar, la situación social de los participantes que vivían en sus casas fue, en el 100 % de los casos, buena. Estos datos muestran que los apoyos familiares y sociales, siguen siendo en nuestro país determinantes. En el caso de los ancianos que vivían en su domicilio, los resultados son inmejorables. Se ha de tener en cuenta, que para este estudio, la muestra de ancianos de la comunidad fue extraída de los socios de un centro de ocio de la ciudad, lo cual, quizás, no sea el ejemplo más representativo para esta variable, ya que queda sesgado por la característica de pertenecer a un entorno que justamente potencia el impulso de las relaciones sociales.

TABLA.-10. SITUACIÓN SOCIAL			
-escala valoración social de Gijón-			
		Frecuencia	%
Ancianos en la residencia	Situación social buena	18	60,0
	Situación social intermedia	10	33,3
	Deterioro social severo	2	6,7
	Total	30	100,0
Ancianos en su domicilio	Situación social buena	30	100,0

Situación afectivo emocional/ *Depression.*

Los ancianos que viven en su domicilio -especialmente con apoyos socio familiares- tienen menor riesgo de enfermedad depresiva que los que viven en instituciones. En nuestro estudio, más de la mitad de los participantes institucionalizados, un 53,3 %, -Tabla 11- presentaban signos de depresión. En el grupo de ancianos que vivía en su domicilio, un 40 % de los participantes ofrecía signos de probable depresión, el resto, un 60%, se encontraba libre de esos signos de fragilidad emocional.

TABLA.- 11. IDENTIFICACIÓN DE ESTADOS DEPRESIVOS			
-Escala de depresión geriátrica –GDS- de Yesavage			
		Frecuencia	Porcentaje
Ancianos en residencia	probable depresión	16	53,3
	sin signos de depresión	14	46,7
	Total	30	100,0
Ancianos en su domicilio	probable depresión	12	40,0
	sin signos de depresión	18	60,0
	Total	30	100,0



Valoración del estado cognitivo/*Cognitive situation assessment.*

Aplicamos el test de Folstein para evaluar el grado de deterioro cognitivo a los 60 ancianos de nuestra muestra estadística poblacional: 1.- sin deterioro, 2.-probablemente con deterioro,3.-con deterioro moderado y 4.- con deterioro grave.

Los resultados fueron los siguientes: -tabla 12-. a.- el 90 % de los ancianos que vivían en sus domicilios no presentaba riesgo de demencia o Alzheimer, frente a un 40, 3% de los ancianos institucionalizados que si lo hacían; b.- uno de cada cuatro ancianos institucionalizados (26,7 %) sufría un grave deterioro cognitivo mientras que ninguno de los ancianos que vivían en sus casas lo padecía.

El deterioro cognitivo está íntimamente vinculado a enfermedades muy invalidantes, como la demencia y el Alzheimer. Ambas son, posiblemente, las situaciones que más precipitan a la dependencia geriátrica en el anciano frágil. Su identificación precoz, en personas mayores de la comunidad, no institucionalizados, y posterior intervención terapéutica, son pilares esenciales para la mejora de su calidad de vida.

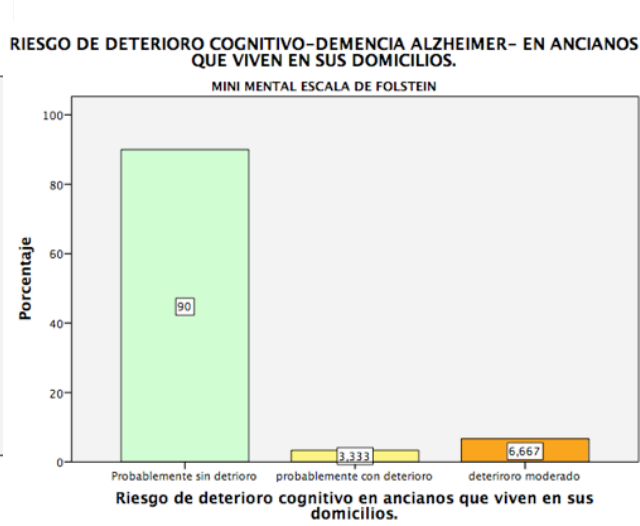
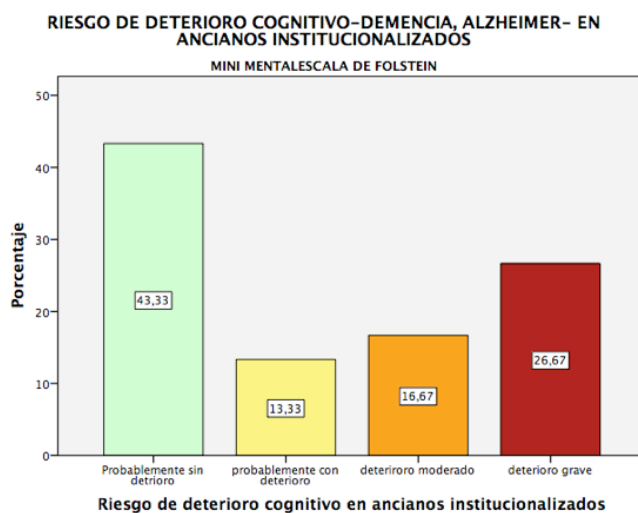


TABLA 12.- VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO Y RIESGO DE DEMENCIA -MINI MENTAL TEST DE FOLSTEIN-			
		Frecuencia	Porcentaje
Ancianos en residencia	Probablemente sin deterioro cognitivo	13	43,3
	Probablemente con deterioro cognitivo	4	13,3
	Con deterioro moderado	5	16,7
	Con deterioro grave	8	26,7
	Total	30	100,0
Ancianos en su domicilio	Probablemente sin deterioro cognitivo	27	90,0
	Probablemente con deterioro cognitivo	1	3,3
	Con deterioro moderado	2	6,7
	Total	30	100,0

Conclusiones

1.- Desde una perspectiva general y como ya hemos observado en la literatura especializada, hemos constatado en nuestro estudio que la aplicación de la metodología de la valoración geriátrica integral (VGI), se constituye como un instrumento útil y eficaz para la detección precoz de los factores de riesgo de dependencia en el anciano. Queda demostrado que las escalas de referencia internacional utilizadas para los diferentes indicadores de fragilidad en el anciano, son útiles en la práctica clínica diaria, tanto en personas mayores institucionalizadas como las que viven en la comunidad (en su domicilio).

2.- La escala de Barthel, para evaluar la autonomía en las actividades básicas de la vida diaria, permite identificar el riesgo de dependencia funcional, tanto en ancianos institucionalizados como en los que no lo están. En nuestro estudio hemos comprobado que la institucionalización es, en muchos casos, consecuencia de una falta de prevención. La aplicación

continuada y sistemática de estas escalas en ancianos no institucionalizados, podría prevenir muchos casos de dependencia.

3.- Existe más “*riesgo de malnutrición*” y de “*malnutrición*”, del que pueda parecer. En nuestro estudio, hemos comprobado que existen porcentajes demasiado elevados de desnutrición, tanto en pacientes institucionalizados, como en los que viven en sus domicilios. Por tanto, se debería prestar mucha más atención a este indicador de dependencia en el anciano, ya que, como comentamos con anterioridad, puede influir de manera determinante en la descompensación de otros asociados como la demencia, la depresión y el aislamiento social.

4.- Las personas mayores en nuestra localidad encuentran, en general, un apoyo satisfactorio por parte de los familiares y del entorno social. Posiblemente sea debido a que, todavía, en España existe una tradición de compromiso en la atención de los mayores que no existe en otros países.

5.- En nuestro estudio, tanto los ancianos de la comunidad, como los institucionalizados, presentaron valores poco aceptables en la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

Como era de esperar, los ancianos residentes en la institución geriátrica, presentaban una situación emocional más deteriorada. Posiblemente, esté influida por múltiples factores añadidos no considerados en el estudio.

6.- Independientemente de la edad o el género, los ancianos que viven en sus domicilios presentan con poca frecuencia trastornos cognitivos. Sin embargo los ancianos institucionalizados si presentan signos de probable demencia o la padecen. Entendemos que éste indicador de riesgo – junto con los trastornos funcionales –son los factores más determinantes en la institucionalización del anciano.

7.- La información obtenida en este trabajo se añadirá, como un producto más, a los materiales producidos en el proyecto Erasmus + “lucky you getting older in Europe”.

8.- Las actividades desarrolladas en este trabajo escolar han contribuido a la formación en materia de investigación y estadística de las autoras – alumnas de cuidados auxiliares de enfermería-.

9.-Por último, envejecer es un proceso fisiológico e irreversible, es un asunto del calendario. Empleamos demasiadas energías en quitarnos años a la vida, cuando deberíamos preocuparnos más por añadir intensidad y pasión a esos años que el último siglo, ha regalado a nuestra generación. Como dice Ricardo Arjona, “señora; señor; no se quite años a la vida, dele vida a los años”.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Dominguez-Ardila, AM y col. Valoración geriátrica integral. Atención Familiar. Volume 21, Issue 1, January–March 2014, Pages 20–23
- 2.- Guigoz Y, Vellas B. Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996;54:S59-S65.
- 3.- T. Alarcón Alarcón, J I. González Montalvo. La Escala Socio-Familiar de Gijón, instrumento útil en el hospital general. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*1998;33:175-9
- 4.- J. Martínez de la Iglesia y col. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Vol. 12 – Núm. 10 – MEDIFAM 2002; 12: 620-630
- 5.- Jordi López Miquel y col. Mini Mental State Examination. *Rev Esp Med Legal*. 2011;37(3):122-127