

**Estudio del perfil de ingreso y de la
mortalidad en una muestra de personas
mayores que utilizan recursos
socio-sanitarios**

Autora: Thais Río Díaz

Tese de doutoramento UDC / 2017

Directores: Dr. José Carlos Millán Calenti

Dra. Ana Maseda Rodríguez

Programa de Doutoramento en Xerontoloxía



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

**Estudio del perfil de ingreso y de la
mortalidad en una muestra de personas
mayores que utilizan recursos
socio-sanitarios**

Autora: Thais Río Díaz

Tese de doutoramento UDC / 2017

Directores: Dr. José Carlos Millán Calenti

Dra. Ana Maseda Rodríguez

Programa de Doutoramento en Xerontoloxía



UNIVERSIDADE DA CORUÑA



D. José Carlos Millán Calenti, Catedrático de Escuela Universitaria y D^a. **Ana Maseda Rodríguez**, Profesora Contratada Doctora, ambos del Departamento de Ciencias Biomédicas, Medicina y Fisioterapia, con docencia en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña, como Directores de este trabajo,

INFORMAN:

Que la memoria adjunta titulada: **“Estudio el perfil de ingreso y la mortalidad en una muestra de personas mayores que utilizan recursos sociosanitarios”**, que para optar al grado de doctor presenta **D^a Thais Río Díaz**, ha sido realizada bajo nuestra dirección y que considerando que constituye trabajo de tesis, autorizamos su presentación y defensa en la Universidad de A Coruña.

En A Coruña, a 25 de marzo de 2017

Fdo. Dr. José Carlos Millán Calenti

Fdo. Dra. Ana Maseda Rodríguez

A mis dos pilares, Jesús y Marisol

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar un proyecto tan arduo e importante como es el desarrollo de una tesis doctoral, es indispensable hacer una pausa para mirar atrás y dedicar los últimos momentos de escritura a todas esas personas que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término. Sin duda, es un placer utilizar este pequeño espacio para hacer un agradecimiento sincero a todas ellas.

En primer lugar, agradecer su apoyo a los directores de esta tesis. Al Dr. José Carlos Millán Calenti, por la confianza depositada en mí desde el primer momento, por el tiempo dedicado, por las oportunidades ofrecidas a lo largo de estos años y el crecimiento personal y profesional que supusieron. A la Dra. Ana Maseda Rodríguez por su paciencia, implicación, confianza y dedicación durante la elaboración de este trabajo. Gracias por todo lo compartido y por los consejos brindados.

En segundo lugar quisiera agradecer de una forma especial a todos y cada uno de los usuarios con los que he compartido experiencias día a día, hayan participado o no en este estudio. Gracias por el aprendizaje diario que me aportaron de manera gratuita, por hacerme sentir afortunada por el trabajo que desempeño, por sus lecciones de vida constantes, por sus sabios consejos y por ser el pilar de todo mi desarrollo profesional. Sin todos ellos nada de esto sería posible.

Un trabajo de investigación es siempre fruto de ideas, proyectos y esfuerzos previos que corresponden a otras personas. Por ello, quiero agradecer a todos los trabajadores del Complejo Gerontológico La Milagrosa por su trabajo y aportación a esta tesis, de una forma directa o indirecta. Especialmente a Mónica Montero, por su labor profesional en el ámbito de la gerontología, por sus enseñanzas como persona, por ser de esas grandes casualidades que te brinda la vida y por dejar de ser compañera para ser amiga...gracias por su apoyo incondicional durante todos estos años.

Gracias también a mis compañeros de Doctorado (Clara, Andrés y Rocío), por su ayuda y sus palabras de aliento en los momentos de desesperación, por las comidas y las tardes compartidas y por hacer las horas de trabajo más amenas. ¡Muchas gracias y mucha suerte!

Agradecer a todos mis amigos por el tiempo que no les pude dedicar, máxime durante las últimas semanas de elaboración de esta tesis. Especialmente agradecer a Nuria, mi compañera de aventuras, gracias por creer en mí cuando yo no lo hacía, por entenderme y darme ánimos, por apoyarme siempre, ¡gracias!

Gracias también a mis compañeras de equipo, por darme ánimos y aguantarme en momentos de estrés, por sus muestras de interés, por saber cómo hacerme desconectar cuando era necesario y por ser mis compañeras en tantas experiencias.

Pero un trabajo de investigación es también fruto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que más nos estiman, esas a las que ahora quiero brindar mi agradecimiento más profundo y sincero.

Gracias a toda mi familia, pero en especial a mis padres, Jesús y Marisol, y a mi hermano, Fran. Gracias por ser la base fundamental de todo lo que soy, por enseñarme los valores que mueven mi día a día, por la educación que me han dado, tanto académica como vital, por su confianza en mi capacidad y sus ánimos constantes en cada paso que doy. Gracias por acompañarme en el camino, por estar ahí, por aguantarme y darme su apoyo incondicional a través del tiempo.

Y no podía terminar este espacio sin mencionar a Marcos, ¡porque allá donde esté siempre va conmigo!

Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia, Red FrailNet IN607C 2016/08.

“De eso se trata, de coincidir con gente que te haga ver cosas que tú no ves. Que te enseñen a mirar con otros ojos!”

- Mario Benedetti-

RESUMEN

RESUMEN

Introducción. El proceso de cambio en el que estamos inmersos, tanto a nivel sociodemográfico como sanitario, hace necesario establecer el perfil de ingreso y la mortalidad de las personas mayores que son institucionalizadas, a fin de conocer su cambio con el transcurso de los años.

Objetivos. Describir y analizar el perfil de ingreso, de acuerdo al estado de salud y funcional, de una muestra de personas mayores, así como el porcentaje de fallecimientos, identificando las diferencias entre los centros residenciales vs. los centros de día y la evolución en el tiempo de dichos perfiles (2010 vs 2015).

Material y método. La muestra estaba compuesta por usuarios (n=145) que ingresaron en un centro gerontológico durante los años 2010 y 2015. Para el análisis de las variables, se dividió en grupos de acuerdo al recurso empleado (Residencia y Centro de Día), diferenciando también entre el año de ingreso y el género. Se recogieron datos referentes a las características sociodemográficas y de salud de los usuarios, así como al estado funcional (Índice de Barthel), cognitivo (MMSE), sintomatología conductual (NPI), riesgo de padecer úlceras por presión-UPP (Escala de Braden-Bergstrom) y estado nutricional (MNA).

Resultados. No se observaron diferencias en la comparación entre años en relación a la presencia de deterioro cognitivo ni funcional, pero sí en la incidencia de algunos trastornos conductuales (disforia, ansiedad, agresividad, apatía y conducta motriz anómala). El estado funcional y nutricional de los usuarios de Residencia era peor que en los de Centro de Día, así como el riesgo de desarrollar UPP y la incidencia de mortalidad. No se observó cambio en el perfil de ingreso en relación con el estado de salud y funcional, aunque sí se evidenció una mayor incidencia de trastornos conductuales y polifarmacia.

Conclusiones. De los resultados obtenidos y dadas las variaciones en el perfil de ingreso de los usuarios en los recursos gerontológicos, condicionadas por el paso del tiempo, sería necesario adecuar la formación de sus profesionales, así como los procedimientos de valoración e intervención implementados.

RESUMO

Introdución. O proceso de cambio no que estamos inmersos, tanto a nivel sociodemográfico como sanitario, fai preciso establecer o perfil de ingreso e a mortalidade das persoas maiores que son institucionalizadas, a fin de coñecer o seu cambio co transcurso dos anos.

Obxectivos. Describir e analizar o perfil de ingreso, de acordo ao estado de saúde e funcional, dunha mostra de persoas maiores, así como a porcentaxe de falecementos, identificando as diferenzas entre os centros residenciais vs. os centros de día e a evolución no tempo de ditos perfís (2010 vs 2015).

Material e método. A mostra estaba composta por usuarios (n=145) que ingresaron nun centro xerontolóxico durante os anos 2010 e 2015. Para a análise das variables, dividiuse en grupos de acordo ao recurso empregado (Residencia e Centro de Día), diferenciando tamén entre o ano de ingreso e o xénero. Recolléronse datos referentes ás características sociodemográficas e de saúde dos usuarios, así como o estado funcional (Índice de Barthel), cognitivo (MMSE), sintomatoloxía condutual (NPI), risco de padecer úlceras por presión-UPP (Escala de Braden-Bergstrom) e estado nutricional (MNA).

Resultados. Non se observaron diferenzas na comparación entre anos en relación á presenza de deterioro cognitivo nin funcional, pero si na incidencia dalgúns trastornos condutuais (disforia, ansiedade, agresividade, apatía e conduta motriz anómala). O estado funcional e nutricional dos usuarios de Residencia foi peor que nos de Centro de Día, así como o risco de padecer UPP e a incidencia de mortalidade. Non se observou cambio no perfil de ingreso en relación co estado de saúde e funcional, aínda que si se evidenciou unha maior incidencia de trastornos condutuais e polifarmacia.

Conclusións. Dos resultados obtidos e dadas as variacións no perfil de ingreso dos usuarios nos recursos xerontolóxicos, condicionadas polo paso do tempo, sería preciso adecuar a formación dos seus profesionais, así como os procedementos de valoración e intervención implementados.

ABSTRACT

Background. The process of change in which we are involved, both at sociodemographic and sanitary levels, makes necessary to establish the profile of income and the mortality of institutionalized older adults, in order to know their change over the years.

Objectives. Describe and analyse the profile of income, according to the health and functional status, in a sample of older people, as well as the percentage of deaths, identifying the differences between nursing home vs day-care centre and the evolution of these profiles over time (2010 vs 2015).

Methods. The sample included 145 individuals who entered in a gerontological centre during the years 2010 and 2015. For the variable analysis, it was divided into groups according the used resource (nursing home vs day-care centre), the year of income and the gender. Data gathered included sociodemographic and health characteristics of the users, functional status (Barthel Index), cognitive status (MMSE), behavioural disorders (NPI), risk for pressure ulcers (Braden-Bergstrom Scale) and nutritional status (MNA).

Results. There were no differences in the comparison between years in relation to presence of cognitive or functional impairment, but the incidence of some behavioural disorders (dysphoria, anxiety, aggressiveness, apathy and abnormal motor behaviour). The functional and nutritional status of nursing home users was worse than in the day-care centre, as well as the risk of developing UPP and the incidence of mortality. There was no change in the profile of income in relation to health and functional status, even if evidenced an increased incidence of behavioural disorders and polypharmacy.

Conclusions. Based on the results from our study and given the variation in the profile of income of the users in the gerontological resources, changing over time, it would be necessary to adapt the training of its professionals, and the implementation of assessment and intervention procedures.

ÍNDICE

TABLA DE CONTENIDOS

I. Introducción	3
I.1. Demografía del envejecimiento	3
I.2. Discapacidad y dependencia	5
I.3. Institucionalización de las personas mayores	8
I.4. Salud e institucionalización	11
I.5. Factores predictores de institucionalización.....	13
I.6. Recursos asistenciales en gerontología	15
I.6.1. Servicios de atención domiciliaria.....	15
I.6.2. Servicios de atención diurna.....	17
I.6.3. Servicios de atención residencial.....	18
I.7. Estado de salud y estado funcional en las personas mayores	20
I.7.1. Estado de salud	20
I.7.2. Estado funcional	23
II. Justificación y objetivos	31
II.1. Justificación.....	31
II.2. Objetivos	31
III. MATERIAL Y MÉTODOS.....	35
III.1. Muestra	35
III.2. Procedimiento.....	35
III.3. Variables recogidas.....	36
III.4. Aspectos éticos	39
III.5. Análisis estadístico.....	40
IV. RESULTADOS.....	43
IV.1. Características generales de la muestra total.....	43
IV.1.1. Sociodemográficas.....	43
IV.1.2. Estado de salud	51

IV.1. 3. Estado funcional y productos de apoyo.....	58
IV.2. Análisis general “Residencia vs. Centro de día”.....	67
IV.2.1. Características sociodemográficas	67
IV.2.2. Estado de salud	69
IV.2.3. Estado funcional y productos de apoyo.....	71
IV.3. Análisis “Residencia vs. Centro de día” por año de ingreso	74
IV.3.1. Características sociodemográficas	74
IV.3.2. Estado de salud	77
IV.3.3. Estado funcional y productos de apoyo.....	80
IV.4. Análisis por diferencia de género	87
IV.4.1. Características generales.....	87
IV.4.2. Estado de salud	91
IV.4.3. Estado funcional y productos de apoyo.....	95
IV.5. Análisis por año de ingreso y género.....	101
IV.5.1. Características sociodemográficas	101
IV.5.2. Estado de salud	103
IV.5.3. Estado funcional y productos de apoyo.....	105
V. DISCUSIÓN.....	113
V.1. En relación a las características generales de la muestra	113
V.2. En relación al año de ingreso	120
V.3. En relación al recurso	123
V.4. En relación al género.....	129
V.5. Fortalezas y limitaciones	131
VI. CONCLUSIONES.....	135
VII. BIBLIOGRAFÍA	139
VIII. ANEXOS.....	153

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de centros en la provincia de A Coruña.....	10
Tabla 2. Corrección del MMSE por edad y nivel educativo.....	37
Tabla 3. Características sociodemográficas de la muestra por año de ingreso (2010-2015) y por tipo de recurso (residencia vs. centro de día).	48
Tabla 4. Estado de salud de la muestra por año de ingreso (2010-2015) y por tipo de recurso (residencia vs. centro de día).	55
Tabla 5. Estado funcional de la muestra [n (%)] por año de ingreso (2010-2015) y por tipo de recurso (residencia vs. centro de día).....	59
Tabla 6. Estado funcional de la muestra por año de ingreso (2010-2015) y por tipo de recurso (residencia vs. centro de día).	64
Tabla 7. Características sociodemográficas de la muestra por tipo de recurso (residencia vs. centro de día).	67
Tabla 8. Estado de salud de la muestra por tipo de recurso (residencia vs. centro de día)..	69
Tabla 9. Estado funcional de la muestra [n (%)] por tipo de recurso (residencia vs. centro de día).....	71
Tabla 10. Productos de apoyo de la muestra por tipo de recurso (residencia vs. centro de día).....	73
Tabla 11. Características sociodemográficas por tipo de recurso (residencia-R vs. centro de día-CD) y año de ingreso	76
Tabla 12. Estado de salud de la muestra por tipo de recurso (residencia-R vs. centro de día-CD) y año de ingreso.....	78
Tabla 13. Estado funcional de la muestra [n (%)] por tipo de recurso (residencia-R vs. centro de día-CD) y año de ingreso.	81
Tabla 14. Productos de apoyo de las muestras por tipo de recurso (residencia-R vs. centro de día-CD) y año de ingreso.....	84
Tabla 15. Características sociodemográficas de acuerdo al género y al tipo de recurso (residencia vs. centro de día).	88

Tabla 16. Estado de salud de acuerdo al género y al tipo de recurso (residencia vs. centro de día).....	92
Tabla 17. Estado funcional de acuerdo al género y el tipo de recurso (residencia vs. centro de día) [n (%)].....	96
Tabla 18. Productos de apoyo de acuerdo al género y al tipo de recurso (residencia vs. centro de día).....	99
Tabla 19. Características sociodemográficas de acuerdo al género y el año de ingreso.....	101
Tabla 20. Estado de salud de acuerdo al género y el año de ingreso.....	103
Tabla 21. Estado funcional de acuerdo al género y el año de ingreso [N (%)].....	106
Tabla 22. Productos de apoyo de acuerdo al género y el año de ingreso	108

I. INTRODUCCIÓN

I. Introducción

I.1. Demografía del envejecimiento

Durante los últimos años se ha hecho evidente el significativo incremento de la población mayor en España al hacerse más notorio el crecimiento medio anual del grupo de 65 y más años, en comparación al total del país¹. En este sentido, las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) indican que la **población española** mayor de 65 años se situó en 2016 en el 18,7%, en el año 2031 alcanzará el 25,6% y llegará al 34,6% en el 2066². Según los datos aportados por el Instituto Gallego de Estadística (IGE)³, la **población gallega** a 1 de enero de 2016 estaba compuesta por 2.718.525 personas, siendo el 48,2% hombres y 51,8% mujeres. Las personas de 65 o más años suponían el 22,1% de la población en el 2010 (el 9,2% eran hombres y el 12,9% mujeres) y el 24,3% en el 2016 (el 10,3% eran hombres y el 14,0% mujeres).

Según las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ entre los años 2000 y 2050, la proporción de mayores de 60 años se duplicará en el mundo, pasando del 11,0% al 22,0%, lo que en números absolutos significa que este grupo de edad pasará de 605 millones a 2.000 millones en el transcurso de medio siglo.

Este cambio viene motivado por diferentes causas, siendo dos de las principales la caída de la **natalidad** y el incremento de la **esperanza de vida al nacer**. Con respecto a la tasa bruta de natalidad, en España, ha pasado de 10,4 en el año 2010 a 9,0 en el año 2015², mientras que la esperanza de vida, entendida como la estimación del promedio de años que viviría una persona nacida en el año de referencia en el caso de que las condiciones de mortalidad se mantuviesen constantes y semejantes a las del año de referencia³ en el año 2010 se situaba en 82,1 años para ambos géneros (79 para los hombres y 85 para las mujeres) y se ha incrementado hasta situarse en los 82,7 años (79,9 para los hombres y 85,4 para las mujeres) en el año 2015. La **esperanza de vida a los 65 años** ha sufrido menor variación al situarse en torno a los 20,6 en el año 2010 y en 20,8 en el año 2015. La **media de edad** de la población en España continúa incrementándose año tras año, así en 2010 se situaba en torno a los 40,9 años para ambos géneros y en 2016 en los 43,4 años². En el caso de los hombres ha pasado de 39,7 años en 2010 a 42,0 en 2015, mientras que para las mujeres el cambio ha sido de 42,3 a 44,8 años respectivamente.

Si hablamos de la caída de la natalidad en Galicia, nuestra comunidad autónoma está inmersa en un proceso de reducción, tanto de la tasa de natalidad como de la de

fecundidad. En el año 2010, la **tasa bruta de natalidad** se situaba en torno a los 8,0 puntos (8,2 en A Coruña) descendiendo hasta los 7,2 en el 2014 (7,3 en A Coruña)³. La **esperanza de vida al nacer** en Galicia alcanzó en el año 2010 los 82,0 años, siendo más elevada para las mujeres (85,3 años) que para los hombres (78,6 años). En el año 2014 estas cifras se vieron incrementadas, pasando a los 82,9 años y en concreto 86,0 años para las mujeres y 79,7 para los hombres.

La **media de edad** de la población gallega ha pasado de 44,8 años en el 2010 a 46,2 años en el 2015. Si analizamos este dato y su distribución por edades, fijándonos en qué rangos de edad se produce un mayor cambio, se observa una disminución en el porcentaje de personas menores de 20 años, así como de edades comprendidas entre los 20 y los 64, mientras que el porcentaje de personas de 65 o más años aumenta de 21,2% a 24,0%³.

Además del cambio que se observa en los parámetros demográficos, el denominado **índice de dependencia senil**, también juega un papel importante en todo el proceso, ya que relaciona la población de 65 o más años con respecto a la población entre 15 y 64. En Galicia este índice ha pasado de 33,4 en el año 2010 (27,9 para los hombres y 38,9 para las mujeres) a 37,4 en el 2015 (31,8 para los hombres y 43,1 para las mujeres)³.

En los primeros años de vida, la capacidad funcional de las personas aumenta hasta alcanzar su pico más alto al inicio de la edad adulta. Posteriormente y de forma natural, esta capacidad comenzará a declinar a un ritmo que vendrá determinado en parte por nuestra conducta y los eventos a los que nos exponamos a lo largo de la vida⁴.

Por ello y para una mayor comprensión de todo este proceso, es importante tener en cuenta el **índice de envejecimiento**, que calcula el número de personas de 65 o más años por cada 100 personas menores de 20 años. Desde el año 1975 se ha visto incrementado de una manera constante, lo que refleja la velocidad de envejecimiento de la población de Galicia en los últimos años, y que es claramente superior en el caso de las mujeres. En el año 2010 el valor de este índice se situaba en 139,4 (112,9 para los hombres y 167,5 para las mujeres), mientras que en el año 2015 ascendió a 151,9 (124,9 para los hombres y 181,2 para las mujeres). Otro indicador importante al hablar del proceso de envejecimiento es el **índice de sobre-envejecimiento**, que nos muestra cómo está estructurado el grupo de edad de 65 o más años, calculando el porcentaje que representa la población de 85 o más años sobre el grupo de 65 o más. En Galicia este dato ha pasado de los 14,5 puntos en el 2010 (10,7 para los hombres y 17,2 para las mujeres) a los 16,5 en el año 2015 (12,6 para los hombres y 19,3 para las mujeres)³.

El patrón de mortalidad de la población española en su conjunto está determinado por las causas de muerte de los mayores, y actualmente las enfermedades degenerativas sustituyen a otras históricamente más importantes. En general la tendencia es que se muere más tarde, reflejando una cierta homogeneización del proceso de muerte. Un elevado porcentaje de los fallecimientos en España (84,4%) son de personas de edad avanzada (mayores de 65 años), mientras que a principios del siglo XX este porcentaje no alcanzaba el 30,0%. Además, podemos decir que el patrón de mortalidad es asimétrico según el género, es decir, los hombres empiezan a morir antes que las mujeres⁵. La **tasa de mortalidad** en España se situaba en 8,16 en el año 2010, ascendiendo a los 9,0 en el año 2015². En Galicia se sigue la misma tendencia, aunque la tasa se mantiene en unos niveles estables en los últimos años y las variaciones que se producen son debidas a la estructura envejecida que comentábamos con anterioridad. Concretamente se ha pasado de una tasa de 10,7 en el año 2010, a un valor de 10,9 en el 2015, lo que supone una variación mínima en los niveles de mortalidad en nuestra comunidad³. En el año 2010 se produjeron en Galicia 29.749 defunciones (11.708 en A Coruña), de las cuales el 85,8% fueron de personas mayores de 65 años (84,4% en A Coruña) y en el año 2015 los datos ascienden a 37.403 personas (12.510 en A Coruña), siendo un 87,0% fallecimientos de personas mayores de 65 años (86,1% en A Coruña)⁶. En relación con las causas de muerte en España, la principal causa entre los mayores guarda relación con las patologías del aparato circulatorio, que han provocado 107.109 fallecimientos a lo largo del 2013. El cáncer se sitúa en segundo lugar con un total de 83.530 fallecidos y como tercera causa de muerte están las enfermedades respiratorias. Cabe destacar también el aumento de la incidencia sobre la mortalidad de las enfermedades mentales y nerviosas en los últimos lustros⁵.

I.2. Discapacidad y dependencia

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS⁷ define la discapacidad como un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). Es el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona, sus factores personales y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona. Engloba tanto deficiencias y limitaciones en la actividad como restricciones en la participación.

Según lo expuesto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia⁸, la dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

El perfil global de dependencia a nivel mundial está cambiando debido principalmente al envejecimiento poblacional. Entre 2010 y 2050 se espera que el número de personas dependientes en todo el mundo llegue casi a duplicarse pasando de 349 a 613 millones, pero en el caso de las personas mayores estas cifras casi llegarán a triplicarse y pasarán de 101 a 277 millones⁹.

En España, según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia (EDAD) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2008¹⁰, un 31,2% de las personas de entre 65 y 74 años y un 26,7% de los mayores de 80 presentaron algún tipo de **discapacidad** o **limitación**. Al hacer una comparación entre las encuestas disponibles, la realizada en el 2008 y la realizada en el 1999¹¹, observamos que el número de personas con discapacidad se ha incrementado en 320.000 personas. A pesar de ello, la tasa de discapacidad ha disminuido de un 9,0% en el año 1999 hasta el 8,5% en el 2008, disminución que se debe a que el crecimiento de las personas con discapacidad ha sido menos que el de la población en general. Esta disminución de la tasa de discapacidad se produce en todos los grupos etarios entre los 16 y los 90, teniendo lugar los mayores descensos en los grupos de 75 a 79 (del 16,2%) y de 80 a 84 años (del 10,2%).

Según datos aportados por la encuesta “EDAD” de 2008 dirigida a Centros¹⁰, un total de 216.177 personas a nivel nacional y beneficiarias de servicios de atención residencial presentan algún tipo de discapacidad. La situación en cuanto a los tipos de discapacidad que padece esta población se resume en que el 90% tiene problemas relacionados con su movilidad y el 89,6% tiene problemas con su autocuidado, mientras que el 67,4% y el 55,8% presentan alteraciones en cuanto a una correcta interacción social y comunicación, respectivamente.

En el año 1999 en Galicia¹¹, una tasa de 324,3 por mil personas mayores de 65 años tenía alguna discapacidad mientras que en el 2008¹⁰ el dato recogido en la encuesta es de una tasa

de 112,9 por mil habitantes mayores de 65 años. El Plan Estadístico Nacional de 2016 incluía actualizar la situación sobre discapacidad en España, pero los datos no están todavía disponibles. La Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2011-2012¹² también aporta datos sobre el porcentaje de población gallega de 65 o más años que presentan alguna limitación funcional. Según esta encuesta, el 37,7% manifestaron tener limitaciones para el cuidado personal (29,1% de los hombres y 43,9% de las mujeres), el 37,7% tenía limitaciones para la realización correcta de las labores domésticas (el 31,1% de los hombres y el 42,4% de las mujeres) y el 36,7% presentaba limitaciones para una correcta movilidad (el 26,9% de los hombres y el 43,7% de las mujeres). La Encuesta Europea de Salud¹³ realizada en 2014 también nos da información sobre este aspecto y según sus datos, el 14,0% de la población de 65 o más años presenta limitaciones graves para las actividades de la vida cotidiana (11,5% de los hombres y 15,9% de las mujeres), el 37,7% presenta limitaciones pero no de carácter grave (32,3% de los hombres y 41,8% de las mujeres), y el 48,2% no presenta limitaciones (56,1% de los hombres y 42,2% de las mujeres). A medida que avanza la edad, la dependencia funcional es mayor. Así, a nivel nacional, el 14,0% de las personas de 65 a 69 años presentan dependencia para el cuidado personal, el 17,2% para labores domésticas y el 16,2% para movilidad, mientras que los porcentajes correspondientes a las personas de 85 y más años, eran en esas tres áreas, del 72,1%, del 78,0% y del 77,8%, respectivamente¹⁴. La encuesta “EDAD” de 2008¹⁰ establece que una tasa de 88,5 por mil habitantes mayores de 65 años presentan algún grado de dependencia, de los cuales una tasa de 12,1 padecen una dependencia moderada, un 22,1 tienen una dependencia severa, el 51,5 presentan una dependencia total y en un 2,7 este dato no consta.

El Ministerio de Sanidad¹⁴ ha analizado las variaciones en los niveles de dependencia funcional según la clase social y la ocupación, y llegan a la conclusión de que presentan menor dependencia funcional, en la población de 65 o más años, aquellas personas que han desempeñado profesiones para las que se requiere titulación universitaria, y mayor dependencia cuando se han ejercido profesiones para las que no se precisa una alta cualificación. En el análisis de las tasas por grupos de edad entre los años 1999 y 2008^{10,11} se concluye que la discapacidad se ve afectada de forma similar en los menores de 65 años, sin embargo en los mayores de 65 años lo hace en menor medida. Así, el porcentaje de personas con discapacidad disminuye para la franja de edad de 65 a 79 años, pasando de significar el 37,4% en el año 1999 al 31,2% en 2008; para el grupo de 80 y más años alcanza el 26,7% del total de personas con alguna discapacidad en 2008 frente al 21,3% que representaba en 1999. Como conclusión, se puede afirmar que, en general, la discapacidad

aparece a edades más tardías, aunque haya aumentado el período de exposición al riesgo de discapacidad como consecuencia del aumento de la esperanza de vida.

El nivel de gravedad de las limitaciones funcionales para las actividades de la vida diaria durante los últimos 6 meses y en función del género y la edad es otro de los aspectos analizados en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012¹². En el ámbito que nos ocupa, en el grupo de edad de entre 65 y 74 años, tienen limitaciones graves el 4,3% de las personas; limitaciones no graves el 25,8%; y no tienen limitaciones el 69,8%. El 10,7% del grupo de edad de 75 a 84 años tiene limitaciones graves, el 33,0% tiene limitaciones no graves y el 56,2% no presentan alteraciones. Los mayores de 85 años tienen limitaciones graves el 27,8%; limitaciones no graves el 36,7%; y nada limitados el 35,4%. Por ello, y de igual modo que se comentaba anteriormente, se puede concluir que, a mayor edad, mayor dependencia funcional. Además, el nivel de gravedad es sensiblemente superior en las mujeres que en los hombres.

A nivel autonómico, en nuestra comunidad existen 571.608 personas mayores de 65 años con dependencia funcional¹², de las cuales un total de 210.991 presenta limitaciones para su cuidado personal, 240.558 para las labores domésticas y 214.012 para la movilidad. En la provincia de A Coruña el número de personas mayores de 65 años con pérdida de capacidades para su autocuidado asciende a 89.430, mientras que las referidas a limitaciones en la realización de labores domésticas y de movilidad son de 106.434 y 86.195 respectivamente. La encuesta “EDAD” de 2008¹⁰ también aporta estadísticas sobre este aspecto, un 83,0% de los usuarios de Centros Residenciales para mayores presentan alguna discapacidad relacionada con la movilidad, el 81,8% tiene problemas con su autocuidado y un 81,0% con la vida doméstica.

Ante la situación descrita, el cuidado de las personas mayores se convierte en un tema de actualidad y de gran importancia. La atención a las personas mayores necesitadas de cuidados de larga duración se realiza en el domicilio y en instituciones sanitarias y sociales.

I.3. Institucionalización de las personas mayores

El Informe de Servicios Sociales dirigidos a Personas Mayores elaborado por el IMSERSO en el año 2011¹⁵ afirma que el perfil de usuarios que son institucionalizados se caracteriza por ser femenino y longevo. Se puede decir que los usuarios de centros residenciales son, en su mayoría, personas de edad avanzada, pues el 66,0% sobrepasa los 80 años y su media de edad se sitúa en torno a los 81 años. El promedio de edad al ingreso es de 82 años,

siendo más elevado entre las mujeres, en torno a los 83 años, que entre los hombres, que están en torno a los 80 años. También un 66,0% de los usuarios son mujeres, y además, un 47,0% del total de usuarios, además de pertenecer al género femenino, tiene más de 80 años; el 71,0% son personas en situación de dependencia y el 24,0% ocupan una plaza psicogeríátrica.

El Sistema Estatal de Información de Servicios Sociales del IMSERSO ofrece datos sobre diferentes aspectos relativos a los servicios de atención residencial desde el año 2009 hasta el 2013¹⁶. A nivel estatal, el **número de personas usuarias** de estos servicios se ha reducido, pasando de 314.962 en el año 2009 a 236.105 en el año 2013. Por el contrario, en Galicia la cifra ha ido variando de diferente forma con el paso del tiempo. Entre los años 2010 y 2012, el número de personas usuarias llegó casi a duplicarse pasando de 6.914 a 14.174 y sufriendo un descenso en el año 2013 al situarse esta cifra en 12.907 personas.

Según el registro del IMSERSO¹⁶, para atender a este volumen de usuarios, en el año 2009 en España había un total de 335.335 **plazas**, lo que suponía un **Índice de cobertura** del 4,2%. En el año 2013 el número de plazas ascendía a 371.064 y el índice de cobertura pasaba a ser del 4,4%. En el año 2013 en Galicia¹⁶ la población usuaria de centros residenciales ascendía a 12.907 personas, de las que el 66,0% eran mujeres (8.570), con una media de edad total para ambos géneros de 78 años, siendo de 74 para los hombres y 78 para las mujeres. Las personas usuarias de más de 80 años suponían el 56,0% con respecto al total de usuarios, y en este caso la prevalencia de las mujeres seguía siendo evidente. En ese momento Galicia se situaba como la séptima Comunidad Autónoma con mayor número de personas usuarias de Centros Residenciales, con un total de 648.045 personas mayores de 65 años y 19.489 plazas distribuidas en 214 centros, de las cuales tan solo 4.677 contaban con financiación pública. Así el índice de cobertura era del 3,01% situando a Galicia como la cuarta comunidad española que peor cubría las necesidades en este campo.

A nivel nacional, el precio público por plaza de persona no dependiente¹⁶ se situaba en el año 2010 en torno a los 17.075,27€ mientras que en el 2013 su valor pasaba a los 18.000,65€. En Galicia se ha seguido la misma tendencia, pasando de un valor de 17.494,45€ en el 2009 a los 17.998,00€ en el 2013.

Según datos del Instituto Gallego de Estadística (IGE), a día 1 de enero de 2016 la población de 65 o más años en la provincia de A Coruña suponía un total de 265.860 personas³. La Xunta de Galicia recoge información referida a las entidades que desarrollan programas o son titulares o gestoras de Centros o Programas de Servicios Sociales para

diferentes colectivos entre los que se encuentra el de personas mayores y que dan servicio a este volumen de personas de 65 o más años. En el Registro Único de Entidades Prestadoras de Servicios Sociales (RUEPSS)¹⁷ se tiene acceso a todos estos datos y su informe, publicado en el 2015, recoge un total de 562 centros para mayores en el área de Galicia. Concretamente, A Coruña cuenta con 178 centros distribuidos en diferentes tipos, según se muestra en la Tabla 1 y de los cuales 86 se financian mediante iniciativas privadas con ánimo de lucro, 56 con iniciativas públicas y 36 se basan en iniciativas sociales.

Tabla 1. Distribución de centros en la provincia de A Coruña

Tipo de Centro	Total
Apartamento Tutelado	1
Centro de Día	71
Centro de Día, Alzheimer	5
Hogar Residencial	10
Hogares y Clubes	12
Gran Centro Residencial	22
Minirresidencia	25
Residencia	13
Vivienda Comunitaria	19

Las tendencias en la institucionalización en España se ven afectadas al menos por 2 factores. Por una parte, se están produciendo cambios sociológicos relevantes, sobre todo la incorporación de la mujer al mundo laboral, que pueden aumentar la proporción de personas en residencias, ya que su cuidado es tradicionalmente desempeñado por familiares (sobre todo mujeres, esposas e hijas); es el denominado apoyo informal¹⁸. Por otra parte, se pretende evitar o retrasar la institucionalización facilitando que las personas mantengan una forma de vida autónoma y con relativa independencia en sus domicilios. Esta forma de vida de las personas mayores está influenciada, entre otras cosas, por las circunstancias en que se encuentran sus hijos, caso de tenerlos. Aun queriendo, muchas familias no pueden atender debidamente a sus familiares mayores en sus propios hogares porque la naturaleza de la discapacidad, de la enfermedad o de los cuidados continuos que requiere la persona mayor lo hacen sumamente dificultoso. La permanencia en el hogar, en estas condiciones, puede

ser causa de menoscabo en la atención de calidad que precisa la persona mayor y, en ocasiones también, de considerable cansancio en los familiares cuidadores, al tener que compatibilizar la atención al mayor con el trabajo, el cuidado de los hijos y otros quehaceres familiares. Se hace necesario, en consecuencia, habilitar modos de atención en residencias sociales, donde las personas mayores necesitadas de cuidados de larga duración puedan recibirlos¹⁴.

En un contexto sociodemográfico tan adverso como el que venimos conociendo desde hace años, la familia se ha convertido en un refugio contra los problemas, y en el que muchos jóvenes obtienen beneficio. En este sentido, el hecho de compartir la vivienda con familiares evita una institucionalización no deseada¹. A pesar de ello, es probable que en algunos años el número de personas que vivan en residencias de mayores sea notablemente más elevado¹⁹.

I.4. Salud e institucionalización

Aun teniendo acceso a todos estos datos, el estado de salud de las personas mayores institucionalizadas es relativamente poco conocido. Sabemos que los centros de atención residencial deben afrontar el cuidado de personas mayores con mayor incidencia de enfermedades crónicas, generalmente afectas de fragilidad y discapacidad²⁰. En un estudio²¹ realizado en Islandia se investigaron las tendencias en el estado de salud y perfil funcional al ingreso en centros residenciales, comparando áreas rurales y urbanas en un período de 11 años (1996-2006), se concluye la existencia de cambios de salud y perfil funcional en los residentes, así como una tendencia leve pero significativa hacia una salud menos estable y un mejor rendimiento cognitivo, lo que sugiere un cambio de patrón en el acceso a este tipo de recursos a pesar de que no se observan cambios en cuanto al desempeño funcional en las ABVD ni en la sintomatología depresiva. En un estudio retrospectivo realizado en Nueva York²² con el objetivo de averiguar si la atención domiciliaria retrasaba la institucionalización analizando los ingresos entre 2007 y 2012, se concluyó que el nivel de dependencia en las ABVD aumentaba significativamente en el último registro con respecto al primero.

En esta línea, debemos ser conscientes de la gran existencia de comorbilidad médica y limitaciones funcionales que afectan en mayor medida a este grupo de población²³. Por ello, es importante que el personal asistencial de los centros residenciales y de atención diurna esté bien formado para poder hacer frente a las necesidades de los residentes, velar por su

bienestar y por el mantenimiento de su capacidad funcional²⁴, y conocer cómo sus necesidades cambian con el paso del tiempo.

Un incremento en el número de condiciones médicas que coexisten en las personas mayores se asocia directamente con un incremento en limitaciones en la realización de las AVD²⁵. De esta forma, el accidente cerebrovascular (ACV) contribuye directamente a limitaciones en siete áreas funcionales diferentes (subir escaleras, deambulación, realizar tareas domésticas pesadas, autogestionarse, cocinar, realizar compras diarias y cargar pesos). La sintomatología depresiva y la fractura de cadera parecía estar directamente relacionada con la pérdida de capacidad funcional. Las proporciones de discapacidad en las personas mayores atribuibles a osteoartritis de rodilla, ACV, patología cardíaca y sintomatología depresiva son mayores que las que se pueden atribuir al resto de condiciones²⁵. La ENS¹² aporta datos acerca de los problemas y enfermedades crónicas o de larga evolución manifestados en los últimos 6 meses y distribuidos por grupos etarios en nuestro país. En el grupo de 65 a 74 años, las patologías más comunes fueron la tensión elevada (44,4%), la patología osteoarticular entendida como artrosis, artritis o reumatismos (46,7%), el dolor de espalda crónico (30,9%) y el colesterol (34,4%). Para el grupo de edades comprendidas entre los 75 y los 84 años, las patologías más frecuentes seguían siendo las mismas aunque en porcentajes más elevados, a excepción de la hipercolesterolemia que disminuía y pasaba a estar presente en un 32,5% de la población. Por último, en el grupo de personas de 85 o más años, la tensión elevada pasaba a estar presente en más de la mitad de la población (51,1%) al igual que los problemas osteoarticulares (62,4%). El dolor crónico de espalda se registraba en un 31,9% y la hipercolesterolemia en un 22,3%. Además, se identificaba un elevado porcentaje de personas que padecían incontinencia urinaria (30,4%) y cataratas (27,8%).

Un 68,2% de las personas de entre 65 y 74 años a nivel estatal, padecen alguna enfermedad o problema de salud crónico¹² (65,3% en el caso de los hombres y 70,7% en el caso de las mujeres). En el grupo de edad de entre 75 y 84 años, este dato asciende a un 77,8% y a un 80,6% en el grupo de 85 y más años (76,7% para los hombres y 82,7% para las mujeres). Algunos autores²⁶ han demostrado la existencia de un aumento del riesgo de sufrir algún grado de dependencia por año de edad vivido, especialmente en el caso de las mujeres. Confirman también la existencia de una relación entre la dependencia y los días de hospitalización, el número de visitas al médico o la presencia de patologías concomitantes tales como la demencia. Por todo ello, se evidencia una asociación significativa entre la

edad, el género y la dependencia, así como entre la dependencia y la morbilidad y la mortalidad, de modo que la dependencia podría ser utilizada como un predictor de ambos.

El conocimiento sobre cuál es el estado de salud y de capacidad funcional al ingreso en una Residencia o Centro de Día, se convierte en un elemento muy importante a la hora de que los profesionales de la salud y directores de centros residenciales tomen decisiones y realicen un plan estratégico para la selección y formación de personal capacitado para satisfacer las necesidades que puedan presentar las personas usuarias.

El perfil de persona usuaria de Centro de Día o de Residencia difiere en cuanto a las características cognitivas y funcionales de la persona, del mismo modo que existen diferencias entre géneros. En el caso de los Centros de Día²⁷, las personas con discapacidad, ya sea de tipo física o psíquica, con apoyos insuficientes por parte de la unidad de convivencia, o con necesidad de atención especializada (enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, ...) son las que conforman el grueso del volumen de usuarios. Podemos decir que los Centros de Día están destinados a personas mayores que presentan disminución de su autonomía funcional en las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria y/o en la deambulación, un posible deterioro cognitivo leve (que no altere la convivencia en el centro) y/o carencias familiares, sociales o de relación social²⁸. Por el contrario, los usuarios de Residencias responden a un perfil femenino, de 80 años o más, viuda, sin hábitos tóxicos y con un mayor grado de dependencia funcional que los hombres. Suelen ser menos activas que las personas de género masculino y permanecer más tiempo dentro del recurso²⁹. Los ingresos en este tipo de recurso se producen a cualquier edad, pero lo más frecuente es que tengan lugar entre los 75 y los 90 años. En referencia a los motivos de ingreso, suelen producirse por la aparición de circunstancias que hacen preciso el apoyo de personal cualificado para el cuidado del mayor y que no puede ser proporcionado por su red social, teniendo cada vez más trascendencia la presencia de trastornos psicológicos y conductuales difíciles de controlar con la farmacoterapia disponible³⁰.

I.5. Factores predictores de institucionalización

Investigaciones previas han encontrado predictores individuales y consistentes para una futura institucionalización³¹. Se han realizado estudios en los que se evalúan los factores de riesgo para la institucionalización en muestras totalmente comunitarias^{32,33}, y en pacientes con deterioro cognitivo o demencia^{34,35}, tanto en estudios longitudinales como transversales.

Entre los factores citados en un estudio desarrollado en Estados Unidos³⁶ como predictores de la institucionalización se encuentran la edad avanzada, el género femenino, un estatus socio económico bajo, la presencia de limitaciones funcionales, el vivir solo/a y la presencia de demencia.

Un empobrecimiento cognitivo y los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia se asocian³⁷ constantemente con un aumento en el riesgo de institucionalización, así como el deterioro en la ejecución de las ABVD. En este sentido, aquellas personas con diagnóstico de demencia tienen casi cinco veces más posibilidades de ingresar en un centro residencial. La edad avanzada, las dificultades en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y una red de apoyo social deficiente también se sitúan entre los factores predictores, aunque con menos importancia que los citados anteriormente, aunque la interacción entre el número de medicamentos prescritos y la presencia de demencia se presume como un importante modelo de predicción de institucionalización³⁶.

Probablemente sea la influencia que tiene la evolución de la patología lo que hace que la demencia se convierta en uno de los predictores de institucionalización más importantes, debido a su efecto sobre la capacidad de vivir de forma independiente de aquellas personas que la padecen. Se trata del factor más potente estadísticamente y el riesgo de institucionalización se presenta de forma diferente en aquellas personas con o sin este diagnóstico³⁸.

Las condiciones de salud, el estado funcional y la presencia de un cuidador son factores protectores en las personas sin diagnóstico de demencia, pero no tienen este efecto en aquellas personas que sí cuentan con el diagnóstico³⁹.

El estado civil también se baraja como un factor que influye en el proceso de institucionalización. Así, estar viudo parece ser un elemento protector en comparación con estar casado, lo que hace pensar que el hecho de tener un cuidador se presenta como un elemento que reduce el riesgo^{32,33,39}. La artritis y la patología cardíaca parecen ser también elementos protectores contra el ingreso para aquellas personas que no tienen diagnóstico de demencia. Por otro lado, las limitaciones en las AIVD se establecieron como predictores de institucionalización, mientras que las limitaciones en las ABVD no lo eran. Concretamente las dificultades para el manejo de las finanzas desempeñaban un papel importante en el aumento del riesgo³⁹.

Del mismo modo, también es importante tratar aquellos aspectos que nos puedan dar información y ayudarnos a predecir la mortalidad de nuestros mayores. En este sentido el estado de salud es un fuerte predictor de mortalidad junto con el rendimiento en las ABVD⁴⁰.

Este tipo de datos son muy necesarios a la hora de proyectar la demanda de plazas de atención residencial, así como para desarrollar intervenciones que prevengan la necesidad de institucionalización y para diseñar alternativas no institucionalizadas del cuidado a largo plazo en este tipo de usuarios.

I.6. Recursos asistenciales en gerontología

Dentro de la denominación de Recursos Gerontológicos englobamos toda la red asistencial destinada a satisfacer las necesidades de la persona mayor, tanto en lo que se refiere a la atención domiciliaria como institucional⁴¹.

Los Servicios Sociales para personas mayores en España se clasifican en tres categorías: Servicios de Atención Domiciliaria, Servicios de Atención Diurna y Servicios de Atención Residencial¹. Los dos primeros se desarrollan desde el propio domicilio del usuario, lo que facilita que se evite el desarraigo de la persona con su entorno habitual y la ruptura con el mismo. Dos ejemplos de este tipo de atención son el Servicio de Ayuda a Domicilio y el Servicio de Teleasistencia, que es el que cuenta con un número más elevado de personas usuarias. Los Servicios de Atención Residencial por el contrario, no mantienen al usuario en su entorno sino que ofrecen una atención integral al mismo en un centro especializado incluyendo servicios de atención psicosocial⁴¹.

I.6.1. Servicios de atención domiciliaria

Dentro de los Servicios de Atención Domiciliaria se diferencian dos tipos, el Servicio de Ayuda a Domicilio y el Servicio de Teleasistencia.

Servicio de Ayuda a Domicilio

Los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD) engloban a todo un conjunto de recursos dirigidos a prestar apoyo y cuidados en el domicilio a las personas mayores cuando, por cualquier circunstancia, dejan de ser autónomas para llevar a cabo las ABVD. Contribuyen así al mantenimiento de nuestros mayores en sus domicilios, con apoyos profesionales.

Según la definición del Catálogo de Referencia de Servicios Sociales, el SAD incluye un conjunto de atenciones y cuidados de carácter personal, psicosocial, educativo, técnico y doméstico, que pueden tener un carácter preventivo, asistencial/rehabilitador, destinados a

familias y personas (en este caso, personas mayores) con dificultades para procurarse su bienestar físico, social y psicológico, proporcionándoles la posibilidad de continuar en su entorno habitual⁴².

A 31 de diciembre de 2013, el SAD atendía en España a 340.960 personas de 65 o más años, concentrándose casi el 70% en Cataluña, Madrid, Andalucía y Castilla y León. El índice de cobertura es de 4,04¹.

El perfil de la persona usuaria, se caracteriza por el predominio de mujeres (69%) y de personas de edad avanzada ya que las personas de 80 y más años representan el 58% del total. La media de edad se sitúa en los 81 años y el 28% de las personas usuarias viven solas, de las cuales el 79% son mujeres¹.

Servicio de Teleasistencia

Este servicio se introdujo en España con el objetivo de utilizar las nuevas tecnologías en el campo de las personas mayores en situación de dependencia para facilitar la permanencia en el domicilio de las personas que se hallen en situación de necesidad social¹.

Para acceder a este recurso es necesario realizar una solicitud a través de los servicios sociales del municipio correspondiente.

El servicio de Teleasistencia pone a disposición del usuario una serie de cuidados personalizados para mejorar así sus condiciones de seguridad y acompañamiento en su vida cotidiana, potenciar su autonomía personal, así como poder detectar o prevenir posibles situaciones de riesgo para poder intervenir en caso de ser necesario¹.

Entre los objetivos de este recurso figuran¹:

- Ofrecer de forma permanente una serie de atenciones personalizadas para mejorar las condiciones de seguridad y compañía en la vida cotidiana.
- Potenciar la autonomía de los usuarios.
- Favorecer su permanencia en el entorno familiar.
- Detectar, prevenir y, en su caso, intervenir ante posibles situaciones de riesgo.

Según datos aportados por el IMSERSO el servicio de Teleasistencia, a 31 de diciembre de 2013 atendía a 714.080 personas, lo que significa un índice de cobertura de 8,46. Si se analiza el perfil de las personas usuarias se observa que se trata de un servicio altamente feminizado, con un 75% de mujeres, y con un elevado porcentaje de usuarios que superan los 80 años (63%). La media de edad se sitúa en 82 años, siendo ligeramente superior para

las mujeres. Hay que tener en cuenta que las personas usuarias que viven solas representan un 42% del total, siendo mujeres el 80% de las mismas. Las Comunidades Autónomas con mayor número de usuarios son Madrid seguida de Andalucía, Castilla-La Mancha y Cataluña, comunidades en las que se concentra el 79% de las personas usuarias¹.

Desafortunadamente, la Teleasistencia ha sido muy poco aprovechada en la atención integral en el domicilio de las personas mayores con problemas de dependencia o soledad⁴³. Actualmente, se están desarrollando nuevos sistemas, en concreto, en nuestra comunidad autónoma, desde el Grupo de Investigación en Gerontología de la Universidad de A Coruña, durante los últimos años se ha puesto en marcha un nuevo recurso de Apoyo Gerontológico a Domicilio (AGAD) dirigido a las personas mayores y/o personas con pérdida de capacidad funcional y/o cognitiva, que nace fruto de la evolución de la Teleasistencia clásica, apoyándose su desarrollo en los grandes avances de las tecnologías de la información y las comunicaciones. Siguiendo los principios básicos de la atención gerontológica, el servicio de TELEGERONTOLOGÍA® posibilita realizar valoraciones cognitivas "on line" y personalizar las actuaciones terapéuticas. Todo ello a través de una línea telefónica convencional, una pantalla táctil y una "pasarela residencial" de desarrollo propio⁴⁴.

1.6.2. Servicios de atención diurna

Los Centros de Día son Servicios de Atención Diurna, que de acuerdo a su denominación ofrecen estancias diurnas a personas mayores en situación de dependencia, a jornada completa o parcial. Las personas usuarias reciben una atención individualizada e integral con el objeto de mejorar o mantener el mayor nivel posible de autonomía personal, realizándose de manera indirecta apoyo a las familias cuidadoras.

En España, los servicios de estancias diurnas son muy recientes (década de los 90). Siempre que se disponga de un apoyo familiar complementario, los centros de día favorecen la permanencia de las personas mayores en su entorno habitual. Se pueden considerar como una red de recursos intermedios (entre la ayuda a domicilio y la residencia). Este servicio proporciona programas de apoyo y formación a los cuidadores además de un conjunto de programas de intervención personalizados y adaptados a las características individuales de las personas mayores⁴⁵.

Entre 2001 y 2013, se han creado en España 67.600 plazas en Centros de Día, es decir, un promedio de 5.633 anuales. Las plazas de financiación pública han crecido con mayor

celeridad que las de financiación privada, al crearse cada año una media de 3.670. En cuanto al número de centros, han pasado de 964 a 3.174 en el período considerado. Los Centros de Día atienden a 47.963 personas de 65 o más años. El perfil de la persona usuaria es femenino (66%) y de edad superior a los 80 años (58%). La feminización se hace más acusada según avanza la edad. Así, entre las personas de 80 o más años, las mujeres representan el 72%. La media de edad se sitúa en torno a los 81 años: 79 años en los hombres y 81 años en las mujeres¹.

En este servicio se acoge al usuario durante el día (normalmente desde las 8 de la mañana hasta las 8 de la tarde), de lunes a viernes, aunque algunos centros funcionan también fines de semana y festivos. El servicio que ofrecen incluye cuidados personales, manutención, asistencia médica, rehabilitación, actividades físicas, de ocio y tiempo libre y, en la mayoría de los casos, también incluye transporte.

Entre los requisitos que se solicitan para poder optar a este recurso se encuentran: tener una edad superior a 60-65 años, estar empadronado en el municipio donde se solicite y no padecer enfermedades infecto-contagiosas. Existen centros de día especializados en patologías como la enfermedad de Alzheimer, aunque hasta el momento su número es escaso, al igual que su nivel de especialización.

1.6.3. Servicios de atención residencial

El IMSERSO define las residencias de personas mayores como “centros que ofrecen asistencia integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que, por sus condiciones sociales, económicas, sanitarias o familiares no pueden ser atendidas en sus propios domicilios y necesitan de estos servicios”¹⁵.

Los Servicios de Atención Residencial, según el Catálogo de Referencia de Servicios Sociales⁴², ofrecen desde una perspectiva integral, alojamiento, temporal o permanente, a personas en situación de dependencia y a personas mayores, ya sea en razón de tutela, posible o efectivo maltrato, o en atención de la situación de extraordinaria y urgente necesidad que es la causa del ingreso. Comprende tanto los centros residenciales como las viviendas para mayores. Su objetivo es la consecución de una mejor calidad de vida y la promoción de su autonomía personal, proponiéndose programas y actividades de intervención que den respuesta a las necesidades específicas de sus usuarios. El 97,2% de las plazas de atención residencial son plazas de Centros Residenciales, mientras que el 2,8% lo son de Viviendas para Mayores.

A 31 de diciembre de 2013, la oferta de los Servicios de Atención Residencial ascendía a 381.480 plazas, distribuidas en 6.610 centros. El 61% de las plazas se concentraba en Cataluña, Castilla y León, Madrid, Andalucía y Castilla-La Mancha. El índice de cobertura era de 4,52 (2,15 era el índice de cobertura de las plazas de financiación pública y 2,33 el de financiación privada), siendo Castilla y León (7,54), Castilla La Mancha (7,35), Extremadura (6,06), Aragón (6,04) y el Principado de Asturias (6,00) las que mostraron los índices más elevados. De estos datos se extrae una gran desigualdad de acceso a los servicios. Así, hay comunidades como Castilla-León que disponen de un índice de cobertura del 7,54, mientras que Galicia solo alcanza un 3,01¹.

En función de los datos aportados por el IMSERSO sobre las personas usuarias, la población atendida en los Centros Residenciales asciende a 236.105 personas de 65 o más años, de las cuales el 69% son mujeres y el 67% supera los 80 años. La media de edad se sitúa en torno a los 83 años, siendo 80 años en los hombres y 84 en las mujeres¹.

Complejo Gerontológico "La Milagrosa"

El Complejo Gerontológico "La Milagrosa"⁴⁶ está gestionado por la Asociación Provincial de Pensionistas y Jubilados de A Coruña (UDP-A Coruña) y está especializado en la atención de personas mayores necesitadas de cuidados o con dependencia, así como en la atención a demencias. El Complejo Gerontológico, consta de un Centro de día con capacidad para 70 usuarios y una Residencia geriátrica con 64 plazas.

El Centro de día, constituido como un recurso de estancias diurnas, proporciona asistencia interdisciplinar continuada a usuarios cuyo perfil se ajusta al de pacientes con algún tipo de deterioro cognitivo. Entre los servicios ofertados se encuentran los destinados a una acción preventiva y terapéutica, así como contención y alivio familiar.

El perfil del usuario del Centro de día es:

- Personas con edad igual o superior a los 65 años
- Existencia de trastornos psíquicos, físicos o sociales, sin patologías psiquiátricas graves y con un cierto nivel de contacto con el entorno
- Pérdida de autonomía leve-moderada
- Dificultad para el cuidado en su entorno
- Personas autónomas pero en situación de fragilidad.

Estos criterios son similares a los de los usuarios de la Residencia geriátrica.

El Complejo Gerontológico “La Milagrosa” consta de equipamientos sociosanitarios, destinados a personas mayores con pérdida de su autonomía física o psíquica que necesiten una serie de cuidados y atenciones de índole personal, terapéutico o social. Además de lo anterior, se realiza una intervención integral sobre el usuario, la familia y su entorno, previa valoración gerontológica y de acuerdo a cada Programa Individual de Atención (PIA).

Con el fin de establecer los programas de intervención adaptados a cada usuario, el Complejo cuenta con un equipo de valoración interdisciplinar. Las valoraciones pueden ser de dos tipos: valoración de carga asistencial generada, a través de la que se establece la cuota a pagar por el usuario, realizada por el psicólogo y el terapeuta ocupacional; y valoración integral, realizada por cada uno de los departamentos del Complejo, y que permitirán conocer el estado general de salud del usuario y las intervenciones terapéuticas más adecuadas.

Se establece un periodo de adaptación y observación el primer mes desde el alta del usuario en el Complejo con el fin de comprobar por parte del equipo terapéutico que reúne las condiciones adecuadas para permanecer en el mismo.

El Complejo dispone de diferentes profesionales (médico, enfermera, psicólogo, terapeuta ocupacional, logopeda, fisioterapeuta, trabajador social y animador sociocultural) que realizan la valoración de los usuarios y programan las diferentes pautas de intervención individualizadas. Todos los profesionales están coordinados con el fin de que los programas de actividades terapéuticas contribuyan a mejorar la calidad de la vida de los usuarios del Complejo.

También dispone de otros servicios como son: transporte adaptado, podología y peluquería subcontratada, formación a familiares, servicio de comedor, formación a profesionales y jornadas de puertas abiertas.

I.7. Estado de salud y estado funcional en las personas mayores

I.7.1. Estado de salud

La naturaleza de los cambios en el estado mental durante el envejecimiento ha recibido especial atención en los últimos años⁴⁷. El deterioro cognitivo afecta al 22,2% de la población mayor⁴⁸. Podemos decir que asociada al envejecimiento nos encontramos una mayor predisposición para el desarrollo de deterioro cognitivo, aunque no podemos hablar

de un único patrón ya que las diferencias individuales de cada persona juegan un papel indispensable.

El concepto de deterioro cognitivo leve (DCL) ha evolucionado durante las últimas dos décadas y ha pasado a representar un estado de función cognitiva entre lo que sería el funcionamiento cognitivo normal asociado a la edad y la demencia⁴⁹. Además del efecto cognitivo que esto supone para la persona, también se produce una interferencia en su capacidad funcional⁵⁰. Pero a pesar de su importancia en la vida cotidiana de los sujetos, dar una definición del DCL o Mild Cognitive Impairment (MCI) es un aspecto de marcada controversia, especialmente por los diferentes criterios que existen a la hora de tratar el tema. El término MCI/DCL ha estado en la literatura durante más de 4 décadas y su primer uso surgió de una investigación en la Universidad de Nueva York donde identificaron el estadio 3 de la Escala de Deterioro Global (Global Deterioration Scale-GDS) como MCI/DCL⁵¹.

El término de función cognitiva abarca el funcionamiento global de las diferentes áreas intelectuales de un individuo, tales como orientación, atención, percepción, fijación, memoria y juicio⁵². Tal y como se comentó, el DCL se refiere a un estadio intermedio entre normalidad y demencia⁵¹. Para establecer un diagnóstico se pueden seguir los criterios elaborados por Petersen et al.⁵³ que consisten en: a) alteración subjetiva de la memoria preferiblemente corroborado por un informador fiable; b) rendimiento cognitivo general normal; c) evidencia objetiva de alteración de la memoria mediante test con datos normativos de personas de la misma edad y nivel de escolaridad; d) realización normal de las actividades de la vida diaria; e) ausencia de criterios diagnósticos de demencia. La diferencia con la demencia se centra en que esta última provoca una alteración en la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria que interfieren con la autonomía del sujeto⁵⁴.

El declive cognitivo no se manifiesta en todas las personas ni en todas las áreas cognitivas por igual y es conveniente además, tener en cuenta que las diferencias interindividuales son muy marcadas e intervienen otros factores de tipo educativo, laboral, social, o afectivo, entre otros⁵⁵.

Podríamos decir que la función cognitiva más estudiada en el ámbito del envejecimiento es la memoria. Uno de los motivos puede ser que las personas mayores se quejan frecuentemente de sufrir pérdidas de memoria, lo que se denominan quejas subjetivas⁴⁷. Los sujetos suelen interpretar esas situaciones como el inicio de una enfermedad y en

muchos casos son simples olvidos ocasionales sin trascendencia clínica. Estos déficits cognitivos son más llamativos cuando las personas se encuentran en ambientes desconocidos y cuando tienen que llevar a cabo tareas novedosas para ellos⁵⁵.

La demencia es de especial relevancia en el ámbito institucional debido a que la propia evolución de la patología asociada a los cambios sociales del envejecimiento no actúan como elementos favorecedores de la permanencia del usuario en su domicilio ya que afectan de forma frecuente al comportamiento de la persona y terminan por derivar en un aumento de la dependencia tanto física como cognitiva⁵⁶.

Actualmente existen cerca de 37 millones de personas con demencia en todo el mundo, con una incidencia de 4,6 millones de casos nuevos por año. En Europa esta cifra alcanza los 5,7 millones y este número se doblará cada 20 años⁵⁶.

Otro aspecto importante a la hora de tratar el estado de salud de la población mayor es el estado nutricional que posee este colectivo. En esta etapa de la vida se producen importantes cambios a nivel bio-psico-social que hacen que las personas de edad avanzada sean altamente susceptibles de presentar alteraciones nutricionales que terminan por ejercer un efecto negativo en el curso de las enfermedades y en la recuperación de las mismas⁵⁷.

La revisión de la bibliografía pone de manifiesto las diferencias a la hora de definir la malnutrición entre las instituciones, disciplinas y culturas. Podemos decir que la definición de malnutrición en las personas mayores se refiere a un estado nutricional defectuoso o inadecuado que se caracteriza por una ingesta insuficiente de alimentos, falta de apetito, pérdida muscular y pérdida de peso. En este colectivo y sin una intervención adecuada, la malnutrición se presenta como un elemento que conduce a una mala salud y a una disminución de la calidad de vida⁵⁸.

Como ya decíamos, el riesgo de malnutrición, así como la malnutrición propiamente dicha, es un aspecto muy prevalente entre las personas mayores⁵⁷. Si bien la prevalencia de malnutrición entre las personas mayores que viven en la comunidad es relativamente baja, el riesgo de padecerla aumenta drásticamente en aquellas que se encuentran hospitalizadas o institucionalizadas en residencias⁵⁹. La incidencia de la malnutrición es aún mayor en personas mayores con las funciones cognitivas alteradas y está asociada al declive cognitivo⁶⁰. En personas que viven en comunidad, se encontró que el 85,7% de los usuarios estaban bien nutridos, el 13,5% estaban en riesgo de malnutrición y el 0,8% estaban malnutridos⁶¹.

Muy unido al estado nutricional, nos encontramos con el riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP). El 4º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP realizado por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP)⁶² en el año 2013, muestra un incremento significativo de la prevalencia de este tipo de lesiones en los tres niveles asistenciales, siendo de un alarmante 12,6 – 14,2% en los Centros Sociosanitarios (CSS), donde también observaron una prevalencia de UPP mayor en los centros privados que en los públicos.

1.7.2. Estado funcional

En paralelo al envejecimiento poblacional, del que ya hemos hablado anteriormente, se produce un aumento de la población de personas con discapacidad que llegan a edades avanzadas, consecuencia de la mejora de las condiciones de vida y los avances e innovaciones en las ciencias de la salud. La discapacidad es el resultado de la combinación de diferentes factores: los cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes, además de la influencia del entorno social y físico que rodea a la persona mayor⁶³. Las AVD son un elemento clave para medir el estatus funcional en los adultos mayores.

La valoración de la **capacidad funcional** se encuentra incluida dentro del concepto de Evaluación Geriátrica (EG), entendiendo esta como aquel proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinar, dirigido a las capacidades funcionales, médicas y psicosociales de una persona mayor, para poder así desarrollar un plan de tratamiento y de seguimiento⁶⁴.

Por **función** entendemos la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas, que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social, y que se compone de elementos físicos, cognitivos, emocionales y sociales⁶⁴. En este sentido, el término funcional se utiliza más comúnmente dentro de la esfera física para identificar qué grado de independencia se alcanza en las AVD, entendidas como todas aquellas realizadas de forma habitual por una persona y que llegan a constituir rutinas diarias, variando en función de la edad, cultura y nivel económico⁶⁵. Con el aumento de la esperanza de vida, se asume también un aumento o una mayor prevalencia de enfermedades incapacitantes lo que hace que la autonomía del individuo se vea disminuida, repercutiendo sobre el bienestar y la calidad de vida de las personas. Por ello, la definición de capacidad funcional se enriquece al unirle el concepto

de “calidad de vida”, ya que añade nuevos objetivos terapéuticos a los habituales hasta el momento.

La capacidad funcional es un aspecto que podría valorarse de forma únicamente observacional, pero que mediante el uso de pruebas o escalas estandarizadas hace que la objetividad, fiabilidad y reproductividad de la evaluación aumenten considerablemente⁶⁶.

En la mayoría de los casos, durante las fases iniciales de la enfermedad de Alzheimer (EA) se produce una alteración de la memoria para hechos recientes, a la que posteriormente se van sumando déficits o cambios en otras áreas cognitivas además de un deterioro progresivo en las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD), las Instrumentales (AIVD) y por último en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)⁶⁷.

La evaluación funcional constituye un proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad de la persona mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. Las actividades de la vida diaria se clasifican en ABVD, AIVD y AAVD. En las ABVD incluimos tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado (aseo, vestido, alimentación, continencia de esfínteres, etc.). Las AIVD hacen referencia a aquellas tareas en la que la persona interactúa con el medio para mantener su independencia (hacer la compra, cocinar, usar teléfono o realizar las labores de la casa). Las AAVD incluyen aquellas actividades que permiten a la persona colaborar en actividades sociales, actividades recreativas, trabajo, viajes, etc.

Las escalas más utilizadas para evaluar las ABVD son:

- Índice de Katz⁶⁸.
- Índice de Barthel⁶⁹.

Para las AIVD se usan:

- Índice de Lawton y Brody⁷⁰.
- Functional Activities Questionnaire (FAQ)⁷¹.

Estas escalas tienen valor predictivo sobre: mortalidad, ingreso hospitalario, duración de estancias en unidades de rehabilitación y ubicación al alta. La valoración funcional, pilar fundamental en geriatría, confirma la importancia de valorar necesidades vitales de la persona mayor enferma y no solo sus órganos dañados⁷².

Un elemento que guarda fuerte relación con el estado funcional de los sujetos son los productos de apoyo que en la norma “UNE-EN ISO 9999:2012 V2 Productos de apoyo

para personas con discapacidad. Clasificación y terminología” quedan definidos como cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, utilizado por o para personas con discapacidad destinado a facilitar la participación, proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales y actividades, o prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación⁷³.

Esta definición supone la actualización del término teniendo en cuenta los conceptos y la filosofía de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), redactada por la OMS. Por otro lado, “Productos de Apoyo” sustituye al término “Ayudas Técnicas” ya desde la versión de la norma publicada en 2007⁷⁴.

Por lo tanto, el uso de los productos de apoyo va dirigido a la realización de una tarea de forma autónoma, o con ayuda de un asistente, de forma que esta sea desempeñada de manera eficaz, segura y cómoda. Otro motivo para el empleo de estos sistemas sería la prevención en un proceso degenerativo, la disminución del esfuerzo requerido por la actividad, evitar o reducir el riesgo de lesiones y disminuir el dolor⁷³.

En base a esto, los productos de apoyo se pueden dividir en diferentes categorías, una de esas clasificaciones es la que hace el CEAPAT (Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas) donde distingue entre productos de apoyo para⁷³:

- Comer y beber; incluye utensilios para cortar y pinchar la comida, cubiertos con mangos o engrosadores, platos con rebordes o fondo inclinado, calzaplatos, vasos con asas o con escotaduras, pajitas antiretorno, ...
- Higiene personal (micción y defecación); incluye prendas de ropa adaptadas, asideros o barras en el inodoro, alzas, ...
- Lavarse; adaptadores para palanca del grifo, lavabos regulables en altura, dispensadores de jabón, esponjas, cepillos de baño, tablas para bañeras, asientos giratorios, sillas y taburetes de ducha, sillas de ducha con ruedas (silla clean), bañeras geriátricas...
- Realizar otros cuidados personales; cepillos con mango adaptado, cortaúñas fijados a la mesa, cortaúñas con lupa y luz, lavacabezas para la cama, adaptaciones para cepillos de dientes, maquinillas de afeitar, ...
- Vestirse; distintivos para las prendas, zapatos con abertura total, zapatos con velcro, abrochabotones, calzamedias, ...

- Mantenimiento de la salud; correspondería a los teléfonos adaptados con fotografías, con teclas grandes o con mayor sonido, recordatorios de toma de medicación, teléfonos móviles, sistemas de localización GPS, ...
- Cambiar y mantener la posición del cuerpo; en este grupo se ubican los triángulos, escalerillas de cuerda, asideros de cama, camas articuladas, incorporadores portátiles, sillas de ruedas, sillones incorporadores, tablas de transferencias, ...
- Desplazarse dentro del hogar; incluye barras, pasamanos, bastones, muletas, andadores, sillas de ruedas, ...
- Desplazarse fuera del hogar; incluye adaptadores para las llaves, rampas, salva escaleras, ascensores, bastones, muletas, andadores, sillas de ruedas, motos eléctricas, ...
- Realizar tareas domésticas; incluye cuchillos con mango perpendicular, tablas antideslizantes, peladores de ajos, cepillos que se fijan con ventosas, abrebotes o abrebotellas, ...
- Tomar decisiones; en este grupo se incluyen los paneles de pictogramas, sistemas GPS para peatones, grabadoras de mensajes, ...

El uso de sujeciones representa otro de los temas de especial interés en la atención a las personas mayores, especialmente cuando consideramos el ámbito de los cuidados prolongados, continuados, o “de larga duración”, que se prestan fundamentalmente en las Residencias, Centros de Día para Mayores y en los Centros Sociosanitarios.

Uno de los principales puntos de debate a la hora de tratar este tema es la terminología y clasificación de las sujeciones. Existe una cierta confusión en la utilización de los términos que hacen referencia a las sujeciones mecánicas, así como escasez de diálogo ante los conflictos éticos que sugieren su uso, una notable generalización de las afirmaciones en contra y la ausencia de referencias positivas, a pesar de que como muestran algunos autores, su prevalencia es de las más elevadas del mundo⁷⁵. El diccionario de la Real Academia Española define «contener» como el hecho de «sujetar el movimiento de un cuerpo»⁷⁶ y al verbo «sujetar» le da una connotación física con matices relacionados con la dominación y el poder⁷⁷. Por lo tanto podemos definir las sujeciones físicas como “cualquier dispositivo físico o mecánico, material o equipo unido o adyacente al cuerpo del residente, que éste no sea capaz de retirar con facilidad y que limite su libertad de movimientos o el acceso normal a su cuerpo”⁷⁸.

Las sujeciones pueden dividirse atendiendo a diferentes criterios⁷⁹. Atendiendo a los métodos de aplicación podemos hablar de sujeciones físicas o mecánicas, y sujeciones químicas o farmacológicas. Si atendemos a los dispositivos o equipos empleados entonces hablaremos de muñequeras, cinturones, petos, cinturón nocturno, sábanas, bandejas, barandillas, ... Y si las clasificamos en función del carácter temporal con el que se apliquen se dividirían por un lado en agudas, episódicas o esporádicas, y por otro en crónicas o permanentes.

II. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

II. Justificación y objetivos

II.1. Justificación

En base a lo tratado en el apartado anterior y teniendo en cuenta el envejecimiento poblacional, la incidencia de diferentes patologías en las personas mayores, la prevalencia de deterioro cognitivo y demencia, la presencia de alteraciones conductuales así como de limitaciones funcionales en diferentes actividades de la vida diaria, consideramos de especial relevancia el tratar de conocer el grado en el que los diferentes aspectos aludidos pueden condicionar al perfil de ingreso de las personas mayores en los centros asistenciales.

Además, el estado cognitivo y el funcional son aspectos que no suelen manifestar cambios drásticos, sino que más bien se van a ir modificando progresivamente a lo largo del tiempo, produciendo diferentes efectos sobre las actividades cotidianas de la persona y que en muchas ocasiones van a representar uno de los principales motivos para su institucionalización. Por ello, a la hora de detectar posibles cambios de perfil cognitivo y funcional generados por el paso del tiempo, es necesario establecer un escenario temporal suficientemente amplio que permita su observación, para lo cual los espacios de evaluación han de estar suficientemente separados cronológicamente, a fin de dar lugar a modificaciones valorables.

En el presente trabajo partimos de la **hipótesis** de que las características de salud, capacidad funcional y cognitiva de las personas mayores en el momento de ingreso en un recurso asistencial se han visto modificadas en los últimos años, cambiando según el momento temporal de institucionalización y del tipo de recurso asistencial utilizado, ya que los usuarios de centros residenciales en la actualidad suelen ser personas de edad más avanzada, con mayor grado de dependencia y un peor estado general que unos años atrás.

II.2. Objetivos

De acuerdo a esta hipótesis, nos planteamos los siguientes objetivos:

- General
 - Describir y analizar de forma retrospectiva e integral el estado de salud y funcional en el momento de ingreso, referido a los años 2010 y 2015, de una muestra de personas mayores institucionalizadas o semi-institucionalizadas en un complejo gerontológico.

- Específicos
 - Comparar las posibles diferencias en relación al estado de salud y el estado funcional en el momento de ingreso, entre los usuarios que acceden al Centro de Día y los que acceden a la Residencia del Complejo.
 - Comparar las posibles diferencias en relación al estado de salud y el estado funcional en el momento de ingreso, entre los usuarios que acceden al complejo en el año 2010 y los que acceden en el año 2015.
 - Observar la existencia de posibles diferencias en relación a las características sociodemográficas, de salud y de estado funcional en función del género, por año de ingreso y recurso utilizado.
 - Describir el porcentaje de mortalidad de acuerdo a los motivos de baja registrados con respecto al recurso empleado, al año de ingreso y al género.

III: MATERIAL Y MÉTODOS

III. MATERIAL Y MÉTODOS

III.1. Muestra

La muestra estaba compuesta por usuarios que ingresaron en el Complejo Gerontológico La Milagrosa de A Coruña (Centro de Día y Residencia) durante los años 2010 y 2015.

La selección de la muestra respondió a los siguientes criterios de inclusión:

- Tener 60 o más años
- Haber ingresado en el Complejo Gerontológico La Milagrosa en los años 2010 o 2015
- Haber otorgado el consentimiento informado, bien directamente o bien a través de sus tutores legales, en caso de incapacidad legal.

Los criterios de exclusión por otra parte fueron:

- Aquellos casos en los que la fecha de la valoración funcional o cognitiva que figuraba en el sistema de gestión de usuarios superase los 6 meses anteriores o posteriores al ingreso.

Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión, la muestra estuvo formada por un total de 145 usuarios (73 de Residencia y 72 de Centro de Día). En cuanto al momento de ingreso, 84 ingresaron en el año 2010 y 61 en el año 2015.

III.2. Procedimiento

Se realizó un estudio descriptivo comparativo y transversal retrospectivo, en el que se recogieron las valoraciones y datos de los usuarios en el momento de ingreso en el Complejo Gerontológico La Milagrosa de acuerdo al recurso empleado, Centro de Día o Residencia.

Todos los datos fueron registrados en un cuadernillo individualizado realizado “ad hoc” para ese fin. Los datos se recogieron de la aplicación de gestión de historiales disponible en el Complejo Gerontológico y en la cual todos los profesionales incluyen sus valoraciones, comentarios e intervenciones con los usuarios. Una vez recogida la información, se pasó a una base de datos para su explotación estadística.

III.3. Variables recogidas

A través de la aplicación de gestión de historiales del Complejo Gerontológico se recogió información sobre datos generales (incluyendo características sociodemográficas) y datos referidos a diferentes instrumentos de valoración geriátrica.

DATOS GENERALES

Referidos a características personales: Fecha de institucionalización, género, edad, nivel educativo, estado civil, recurso asistencial utilizado, procedencia del usuario, motivo de ingreso y motivo de baja (en caso de haber dejado de ser usuario del Complejo en el período de un año desde su ingreso), la utilización o no de sujeciones, así como de Productos de Apoyo (PA) y en caso afirmativo el tipo de PA (PA para la realización de desplazamientos, PA para incontinencia, utilización de sujeciones, PA antiescaras o PA para el aseo).

Se recogieron datos acerca del número de medicamentos consumidos y número de tomas diarias. Estos datos estaban recogidos en la historia de cada usuario, definiéndose **polifarmacia** como la ingesta de 5 o más medicamentos diferentes⁸⁰, e **hiperpolifarmacia** como el consumo de 10 o más fármacos⁸¹.

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA

Índice de Barthel (IB)⁶⁹

Con respecto al estado funcional, se utilizó la versión española del índice de Barthel (Baztán et al., 1993)⁶⁹. Esta escala es una medida genérica que valora el nivel de independencia del usuario con respecto a la realización de algunas ABVD, mediante el cual se asignan diferentes puntuaciones en función de la capacidad del usuario para llevar a cabo estas actividades.

El IB evalúa la independencia del usuario para realizar 10 ABVD (Anexo I). La puntuación máxima de 100 (90 para pacientes en silla de ruedas) no indica que el paciente pueda vivir solo (ya que la escala no incluye ítems que evalúen AIVD), sino que no requiere ayuda para realizar dichas actividades básicas ni tratamiento rehabilitador activo.

Para una interpretación adecuada de este índice, sus resultados se suelen agrupar en diferentes categorías de dependencia. Estos grupos son: 1) dependencia total (< 20); 2) dependencia severa (20-35); 3) dependencia moderada (40-55), y 4) dependencia leve (≥60).

*Mini-Mental State Examination de Folstein*⁸²

El Mini-Mental State Examination (MMSE, Folstein et al., 1975) (Anexo II), es uno de los instrumentos de cribado de deterioro cognitivo más utilizados internacionalmente y cuenta con traducciones validadas a diversos idiomas, entre ellas el castellano⁸³. Ofrece varias ventajas, incluyendo el hecho de ser una herramienta que precisa poco tiempo para su aplicación, que el uso repetido no tiene efectos de práctica y tiene una buena sensibilidad en poblaciones de riesgo. Además evalúa más dominios cognitivos que otros instrumentos breves, en concreto, orientación (10 puntos), fijación (3), concentración y cálculo (5), memoria (3), lenguaje (8) y praxis constructiva (1). No obstante, una de las desventajas achacadas al MMSE es la imposibilidad de aplicarlo en su totalidad a personas iletradas y que está influenciado por el nivel cultural del usuario, por lo que en nuestro estudio se ha utilizado la versión española del MMSE⁸³, que incluye las puntuaciones corregidas para eliminar la influencia de la edad y del nivel educativo en el resultado final (Tabla 2) y ha sido validada para demostrar su fiabilidad y validez en España. Concretamente ha formado parte de un proyecto de normalización de instrumentos cognitivos y funcionales en la evaluación de demencia (NORMACODEM)⁸³.

En dicha versión se utiliza un punto de corte de 24/25 puntos para la determinación de ausencia/presencia de deterioro cognitivo, indicando una mayor alteración cognitiva a menor puntuación en el test.

Tabla 2. Corrección del MMSE por edad y nivel educativo

		Edad		
		≤50	51-75	>75
Educación	≤8	0	+1	+2
	9-17	-1	0	+1
	>17	-2	-1	0

*Neuropsychiatric Inventory (NPI)*⁸⁴

En el caso de los usuarios institucionalizados en la Residencia, se hizo una valoración de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencia (SPCD) mediante la versión española⁸⁴ del Neuropsychiatric Inventory (NPI)⁸⁵ y en su versión resumida (Anexos III y IV). Es un instrumento clínico validado para la evaluación de la psicopatología en

demencia. Está diseñado para ser un cuestionario autoadministrado completado por informantes (en este trabajo, los auxiliares directamente implicados en el cuidado de los usuarios del Complejo). La sintomatología recogida se refiere a los cambios experimentados desde el inicio de la enfermedad y que se han mantenido en el último mes. Evalúa 12 síntomas diferentes: delirios, alucinaciones, disforia, ansiedad, euforia, agresividad, apatía, irritabilidad, desinhibición, conducta motriz anómala, trastornos del sueño y trastornos de la alimentación. Las respuestas iniciales a cada pregunta son “Sí” (Presente) o “No” (Ausente). Si la respuesta es No, el informante pasa a la siguiente pregunta. Si la respuesta es Sí, el informante califica tanto la frecuencia como la gravedad de los síntomas presentes en una escala de 4 y 3 puntos respectivamente. La puntuación total para cada subescala es el producto de la frecuencia multiplicada por la gravedad. La puntuación final es la suma de todas las subescalas. Además, también se recoge el impacto (distrés) asociado de las manifestaciones de esos síntomas sobre los cuidadores, usando una escala de 5 puntos⁸⁶. En nuestros resultados, por su relevancia, únicamente hemos tenido en cuenta la presencia o no del trastorno y no la frecuencia o la presencia de distrés.

*Escala de Braden-Bergstrom*⁸⁷

No existe un consenso claro entre los expertos y los profesionales sobre la mejor forma de realizar una valoración de riesgo de padecer UPP.

Las escalas validadas son una medida objetiva de valoración del riesgo y son superiores al juicio clínico de cualquier enfermera. En este estudio, hemos utilizado la Escala Braden-Bergstrom⁸⁷ (Anexo V) ya que fomenta la identificación temprana y evalúa el riesgo de desarrollar UPP. La escala está compuesta por seis subescalas que reflejan la percepción sensorial (sensibilidad), la humedad de la piel, la actividad, la movilidad, la fricción y el cizallamiento, y el estado nutricional. Una puntuación menor o igual a 16 implica riesgo de desarrollar UPP. Cuanto menor sea el puntaje, mayor será el riesgo de descomposición de la piel.

En base a esto se establecen cuatro niveles de gravedad; 1) entre 15 y 18: en riesgo; 2) 13-14: riesgo moderado; 3) 10-12: alto riesgo y; 4) ≤ 9 : riesgo muy elevado⁸⁸. En el presente estudio, y basándonos en la práctica clínica llevada a cabo en el Complejo Gerontológico, estos cuatro niveles se han simplificado en 3: 1) ≥ 15 : riesgo bajo; 2) 13-14: riesgo moderado y 3) < 13 : riesgo alto.

*Mini Nutritional Assessment (MNA)*⁸⁹

El MNA (Anexo VI) es una herramienta de cribado que ayuda a identificar a personas mayores malnutridas o en riesgo de malnutrición.

La versión larga del MNA requiere de 10 a 15 minutos para completarse. Una puntuación total igual o mayor a 12 en la primera parte del test (preguntas de la A a la E, correspondiendo con el MNA-SF, versión abreviada, con una puntuación máxima de 14 puntos), indica que la persona tiene un estado nutricional normal y no requiere una intervención adicional. Una puntuación total entre 8 y 11 indica que la persona está en riesgo de malnutrición. Una puntuación total igual o menor a 7 indica que la persona se encuentra malnutrida.

Si la puntuación total es igual o menor a 11, se debe continuar con el resto de las preguntas para recabar información adicional sobre los factores que puedan influir en el estado nutricional. La puntuación final total (con un máximo de 30 puntos) del MNA completo incluye los siguientes puntos de corte: malnutrición (menos de 17 puntos), en riesgo de malnutrición (entre 17 y 23,5 puntos) y estado nutricional normal (entre 24 y 30 puntos).

III.4. Aspectos éticos

El estudio realizado ha seguido los principios establecidos en la Declaración de Helsinki⁹⁰.

- Se solicitó informe al Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia, emitiéndose el informe favorable con fecha del 9 de diciembre de 2010 (Anexo VII).
- A todos los participantes se les solicitó su consentimiento después de haber sido informados debidamente acerca de las características del estudio, sus objetivos, beneficios y riesgos posibles (de haberlos) y sobre su derecho a participar o no sin exponerlos a limitaciones.
- Se respetó la integridad de los participantes en la investigación, asegurando la confidencialidad de toda la información personal recogida durante el estudio según la legislación vigente, la Ley Orgánica 15/1999/179, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, cuyo objetivo es garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar y el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.

- Ningún investigador participante en el estudio utilizó formas coercitivas ni influyó sobre las personas mayores para obtener su participación en la investigación.
- El lenguaje utilizado durante las entrevistas no fue técnico, sino práctico y comprensible.

III.5. Análisis estadístico

Para la explotación y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 23.0 (IBM Corporation, Armonk, Nueva York, Estados Unidos).

Se realizó un análisis descriptivo para cada una de las variables recogidas de acuerdo al momento de ingreso y el recurso utilizado por el usuario. De esta forma las características de la muestra se representan mediante porcentajes en el caso de las variables cualitativas y en el caso de las variables cuantitativas, mediante medias y desviaciones típicas.

La normalidad de la muestra se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, el cual refleja la asunción de normalidad. Debido al limitado tamaño muestral de los grupos, se utilizaron tests no paramétricos para las comparaciones entre grupos, utilizando el test U de Mann-Whitney. La prueba de χ^2 se utilizó para evaluar las diferencias entre los grupos en el caso de las variables categóricas.

Para la interpretación de todas las pruebas estadísticas se consideró un valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativo para determinar la presencia de diferencias entre las variables contrastadas.

IV. RESULTADOS

IV. RESULTADOS

IV.1. Características generales de la muestra total

IV.1.1. Sociodemográficas

En la Tabla 3 podemos observar las principales características sociodemográficas de la muestra (n=145) de acuerdo al año de ingreso (2010 y 2015) y al recurso (Residencia y Centro de Día).

Con respecto a la **muestra total**, el 62,1% fueron mujeres, con una media de edad de $83,1 \pm 7,6$ años y un rango comprendido entre los 62 y los 97 años. Un 44,1% de los sujetos tenían 85 años o más. En cuanto al nivel educativo, el 68,1% tenían estudios primarios/secundarios (entre 9 y 17 años de escolarización). El 53,6% eran viudos y el 34,8% casados.

El lugar de procedencia más frecuente a la hora de realizarse el ingreso en el complejo fue el propio domicilio (49,3%), seguido del domicilio de algún familiar (27,5%) y el hospital (19,0%). Prestando atención a la causa que motiva el ingreso, el 40,0% de los usuarios/familiares hacen referencia a la búsqueda de estimulación, seguido por las estancias post-hospitalarias (20,8%), bien sea por una rehabilitación post-fractura o una convalecencia tras una patología grave o aguda. Del mismo modo, los motivos de baja también han sido estudiados, y en un 19,3% la causa de la baja estaba registrada como voluntaria o sin especificar el motivo. En un 33,1% de los casos los sujetos seguían en el complejo tras un año desde el ingreso.

Analizando las características de acuerdo al **año de ingreso**, observamos que hay diferencias significativas ($p < 0,05$) en cuanto a la edad categorizada por quinquenios y el motivo de baja. En el 2015 aumentaba el porcentaje de personas con edades comprendidas entre los 70 y los 74 (13,1% vs. 3,6%), así como el del rango de 85 y más años (49,2% vs. 40,5%). Refiriéndonos a la mortalidad de la muestra total, un año después del ingreso un 11,7% habían causado baja en el complejo por fallecimiento, además, la incidencia de mortalidad en el año 2010 era inferior al mismo dato de 2015. Asimismo, el porcentaje de personas que ingresaron en el 2010 y todavía permanecían en el complejo un año después del ingreso era mayor que el de las personas que habían realizado el ingreso en el año 2015 y permanecían en el recurso tras un año.

Con respecto a los datos referidos a la **Residencia** se produjeron un total de 73 ingresos de los cuales un 57,5% fueron mujeres. La media de edad fue de $83,5 \pm 7,8$ con un rango que iba desde los 62 a los 96 años y de los que el 45,2% tenían 85 años o más. El 71,4% tenían estudios primarios/secundarios. El 53,7% eran viudos, mientras que un 26,9% estaban casados.

En cuanto al lugar de procedencia, los más frecuentes fueron el domicilio del propio usuario y el hospital, con un porcentaje del 37,5% en ambos casos. En esta misma línea, las causas que dieron lugar a más ingresos fueron las estancias post-hospitalarias (40,8%) seguidas de los casos de empeoramiento en el estado de salud (25,4%). La mayor parte de los sujetos estudiados permanecían en el complejo un año después del ingreso (35,6%). Con respecto a la mortalidad, el 17,8% de la muestra total causaron baja por fallecimiento.

Al analizar a los sujetos que ingresaron en la Residencia en el año **2010** ($n=37$), los principales resultados también los podemos observar en la Tabla 3. Un 54,1% fueron mujeres. La media de edad fue de $83,3 \pm 7,7$ años con un rango comprendido entre los 65 y los 96 años y de los que el 40,5% tenían más de 85 años. En cuanto al nivel educativo, el 68,6% tenían estudios primarios/secundarios (entre 9 y 17 años de escolarización). El 46,9% eran viudos y el 34,4% estaban casados.

El lugar de procedencia más frecuente en el momento del ingreso fue el hospital (38,9%), seguido del domicilio propio en un 33,3% de los casos. Este dato coincide con la causa que motivaba el ingreso, que en un 40,0% de los casos eran estancias post-hospitalarias, seguido por casos en los que el usuario había sufrido un empeoramiento en su estado de salud (34,2%). Un 37,8% de la muestra de 2010 continuaba siendo usuaria del recurso un año después del ingreso. Del mismo modo, los motivos de baja también se han estudiado. La mortalidad tenía una incidencia del 18,9% y las bajas voluntarias o por traslado a otros centros suponían el 16,2% cada una.

En el año **2015** accedieron a la Residencia del complejo 36 usuarios de los que el 61,1% eran mujeres. La media de edad de la muestra era de $83,8 \pm 8,0$ años con un rango comprendido entre los 62 y los 95 años, de los cuales el 50,0% estaban en el grupo de 85 y más años. En cuanto al nivel educativo, el 74,3% tenían estudios primarios/secundarios (entre 9 y 17 años de escolarización). El 60% eran viudos y el 20% casados.

El lugar de procedencia más frecuente a la hora de realizarse el ingreso fue el domicilio propio en un 41,7% de los casos, seguido del hospital que suponía un 36,1%. A pesar de esto, las estancias post-hospitalarias seguían siendo el motivo de ingreso más frecuente con

un 41,7% de los casos, seguido por aquellos usuarios que ingresaban por estancias de respiro familiar (19,3%). Un año después del ingreso, un 33,3% de los usuarios todavía permanecían en la Residencia y las bajas por fin de estancia temporal o regreso al domicilio suponían un 11,1% cada una. Con respecto a la mortalidad, un 16,7% de los usuarios habían fallecido en el año posterior a su ingreso.

En el **Centro de Día** se produjeron un total de 72 ingresos de los cuales un 66,7% eran mujeres. La media de edad fue de $82,7 \pm 7,4$ con un rango que iba desde los 64 a los 97 años y de los que el 43,1% tenían 85 años o más. El 64,8% tenían estudios primarios/secundarios. El 53,3% eran viudos, mientras que un 42,3% estaban casados.

En cuanto al lugar de procedencia, la totalidad de los usuarios llegaban al recurso desde un domicilio, en el 61,4% de los casos era el propio domicilio del usuario y en un 38,6% el de algún familiar. En esta línea, las causas que más ingresos motivaron fueron la búsqueda de estimulación (68,1%) seguida de los casos de respiro familiar (14,5%). La causa de baja más frecuente fue la baja voluntaria o sin especificación de motivo en un 26,4% de los casos, seguida de otras entre las que podían estar el cambio de domicilio, las bajas vacacionales, ..., en un 18,1%. El 30,6% de la muestra permanecía en el centro un año después del ingreso, y la mortalidad afectaba a un 5,6% de los usuarios que habían causado baja por fallecimiento en el año posterior al ingreso.

En el año **2010** accedieron al Centro de Día un total de 47 sujetos, de los que el 59,6% eran mujeres. La media de edad de la muestra era de $82,3 \pm 6,6$ años con un rango comprendido entre los 67 y los 94 años, de los que el 40,4% tenían más de 85 años. En cuanto al nivel educativo, el 67,4% tenían estudios primarios/secundarios (entre 9 y 17 años de escolarización). El 52,2% eran viudos y el 45,7% casados.

El lugar de procedencia más frecuente a la hora de realizarse el ingreso en el Centro de Día fue el domicilio propio en un 62,2% de los casos, seguido del domicilio de algún familiar en un 37,8%. El 54,5% de los casos ingresaban en busca de estimulación, mientras que un 18,2% accedían como una forma de dar descanso o de respiro familiar. Un 38,3% de las bajas se produjeron de forma voluntaria o sin especificar el motivo, mientras que el 36,2% permanecía en el centro un año después de su ingreso. Si hablamos de mortalidad, un 4,3% de los usuarios que accedieron al recurso en el 2010 fallecieron antes de un año.

En el año **2015** el número de ingresos que se producen en el Centro de Día se ve reducido drásticamente pasando a 25 personas. Un 80,0% eran mujeres y la media de edad de la muestra era de $83,5 \pm 8,8$ años con un rango comprendido entre los 64 y los 97 años, de los

que el 48,0% tenían 85 y más años. En cuanto al nivel educativo, el 60,0% tenían estudios primarios/secundarios (entre 9 y 17 años de escolarización). El 56,0% eran viudos y el 36,0% casados.

El lugar de procedencia más frecuente seguía siendo el domicilio propio en un 60,0% de los casos, seguido del domicilio de algún familiar en un 40,0% de los mismos. Al igual que en el 2010 el motivo de ingreso más frecuente fue la búsqueda de estimulación que suponía el 92,0% de los casos, seguido por las estancias de respiro familiar que representaban el 8,0%. Un año después del ingreso, un 20,0% de los usuarios todavía permanecían en el centro, un 12,0% las bajas se habían producido por un cambio de recurso dentro del propio complejo, y en un 44,0% de los casos el motivo era otro, como por ejemplo la no adaptación al centro, una decisión familiar, un cambio de domicilio, ... La mortalidad en el 2015 únicamente afectó a un 8,0% de los usuarios, que fallecieron en el año siguiente al ingreso en el recurso.

Al realizar el **análisis comparativo de los perfiles de ingreso en Residencia entre el año 2010 y 2015** (Tabla 3), se observa que no existen diferencias significativas ($p=0,542$), aunque sí se aprecia en ambos años la tendencia a la feminización en los ingresos.

Con respecto a la edad, tampoco se observan diferencias significativas ($p=0,687$), siendo el grupo de 85 años y más el que mayor representación tiene en ambos momentos temporales. Lo mismo sucede en referencia al nivel educativo ($p=0,384$) y al estado civil ($p=0,477$).

Tampoco se encuentran diferencias entre años con referencia al lugar de procedencia ($p=0,574$), al motivo del ingreso ($p=0,421$), ni al motivo de baja de los usuarios ($p=0,374$) aunque en ambos años la causa de baja más frecuente era la referida a la mortalidad de la muestra, al producirse el mayor número de bajas por el exitus de los sujetos.

Al realizar el **análisis comparativo los perfiles de ingreso en Centro de Día entre el año 2010 y 2015** (Tabla 3), se observa que no existen diferencias significativas ($p=0,080$), aunque sí se aprecia la tendencia a la feminización en los mismos.

Con respecto a la edad, tampoco se observan diferencias significativas, sin embargo, al analizar la variable edad por grupos quinquenales sí se aprecian esas diferencias ($p=0,029$) siendo el grupo de las personas de 85 y más años el que mayor representación tiene en ambos momentos temporales.

No se encontraron diferencias con respecto al lugar de procedencia entre años, pero sí con referencia al motivo del ingreso ($p=0,024$), aumentando de forma drástica el número de usuarios que manifiestan acceder en busca de estimulación, y a las causas que motivaron la baja de los usuarios ($p<0,001$).

Tabla 3. Características sociodemográficas de la muestra por año de ingreso (2010-2015) y por tipo de recurso (residencia vs. centro de día).

	<i>MUESTRA TOTAL</i>				<i>RESIDENCIA</i>				<i>CENTRO DE DÍA</i>			
	Total (n=145)	2010 (n=84)	2015 (n=61)	<i>p</i> valor	Total (n=73)	2010 (n=37)	2015 (n=36)	<i>p</i> valor	Total (n=72)	2010 (n=47)	2015 (n=25)	<i>p</i> valor
Género, n (%)				0,151 ^a				0,542 ^a				0,080 ^a
- Hombre	55 (37,9)	36(42,9)	19(31,1)		31(42,5)	17(45,9)	14(38,9)		24(33,3)	19(40,4)	5(20,0)	
- Mujer	90 (62,1)	48(57,1)	42(68,9)		42(57,5)	20(54,1)	22(61,1)		48(66,7)	28(59,6)	20(80,0)	
Edad (años), media±DT	83,1±7,6	82,7±7,0	83,7±8,2	0,297 ^b	83,5±7,8	83,3±7,7	83,8±8,0	0,687 ^b	82,7±7,4	82,3±6,6	83,5±8,8	0,400 ^b
Edad (años), n (%) *				0,035^a				0,761^a				0,029^a
- 60-64	2(1,4)	-	2(3,3)		1(1,4)	-	1(2,8)		1(1,4)	-	1(4,0)	
- 65 – 69	6(4,1)	5(6,0)	1(1,6)		3(4,1)	2(5,4)	1(2,8)		3(4,2)	3(6,4)	-	
- 70 – 74	11(7,7)	3(3,6)	8(13,1)		5(6,8)	2(5,4)	3(8,3)		6(8,3)	1(2,1)	5(20,0)	
- 75 – 79	25(17,2)	18(21,4)	7(11,5)		12(16,4)	7(19,0)	5(13,9)		13(18,1)	11(23,4)	2(8,0)	
- 80 – 84	37(25,5)	24(28,5)	13(21,3)		19(26,0)	11(29,7)	8(22,2)		18(25,0)	13(27,7)	5(20,0)	
- ≥ 85	64(44,1)	34(40,5)	30(49,2)		33(45,2)	15(40,5)	18(50,0)		31(43,1)	19(40,4)	12(48,0)	
Nivel educativo (años), n (%)				0,065 ^a				0,384 ^a				0,427 ^a
- < 8	24(17,0)	10(12,3)	14(23,3)		8(11,4)	3(8,5)	5(14,3)		16(22,5)	7(15,2)	9(36,0)	
- 9 - 17	96(68,1)	55(67,9)	41(68,4)		50(71,4)	24(68,6)	26(74,3)		46(64,8)	31(67,4)	15(60,0)	
- ≥ 17	21(14,9)	16(19,8)	5(8,3)		12(17,1)	8(22,9)	4(11,4)		9(12,7)	8(17,4)	1(4,0)	

Estado civil, n (%)	0,231 ^a			0,477 ^a			0,063 ^a		
- Casado	48(34,8)	32(41,0)	16(26,7)	18(26,9)	11(34,4)	7(20,0)	30(42,3)	21(45,7)	9(36,0)
- Viudo	74(53,6)	39(50,0)	35(58,3)	36(53,7)	15(46,9)	21(60,0)	38(53,3)	24(52,2)	14(56,0)
- Soltero	13(9,4)	5(6,4)	8(13,3)	10(14,9)	4(12,5)	6(17,1)	3(4,2)	1(2,1)	2(8,0)
- Separado/Divorciado	3(2,2)	2(2,6)	1(1,7)	3(4,5)	2(6,2)	1(2,9)	-	-	-
Procedencia, n (%)	0,556 ^a			0,574 ^a			0,855 ^a		
- Domicilio propio	70(49,3)	40(49,4)	30(49,2)	27(37,5)	12(33,3)	15(41,7)	43(61,4)	28(62,2)	15(60,0)
- Domicilio familiar	39(27,5)	25(30,8)	14(23,0)	12(16,7)	8(22,2)	4(11,1)	27(38,6)	17(37,8)	10(40,0)
- Hospital	27(19,0)	14(17,3)	13(21,3)	27(37,5)	14(38,9)	13(36,1)	-	-	-
- Otro tipo de recurso	1(0,7)	-	1(1,6)	1(1,4)	-	1(2,8)	-	-	-
- Otro centro del mismo tipo	5(3,5)	2(2,5)	3(4,9)	5(6,9)	2(5,6)	3(8,3)	-	-	-
Motivo de ingreso, n (%) *	0,102 ^a			0,421 ^a			0,024 ^a		
- Estimulación	56(40,0)	27(34,2)	29(47,5)	9(12,7)	3(8,6)	6(16,7)	47(68,1)	24(54,5)	23(92,0)
- Respiro familiar	20(14,3)	11(14,0)	9(14,9)	10(14,1)	3(8,6)	7(19,3)	10(14,5)	8(18,2)	2(8,0)
- Estancias post-hospitalarias	29(20,8)	14(17,7)	15(24,6)	29(40,8)	14(40,0)	15(41,7)	-	-	-
- Empeoramiento salud	23(16,4)	17(21,5)	6(9,8)	18(25,4)	12(34,2)	6(16,7)	5(7,2)	5(11,4)	-
- Conciliación laboral-familiar	9(6,4)	8(10,1)	1(1,6)	3(4,2)	2(5,7)	1(2,8)	6(8,7)	6(13,6)	-

Resultados

- Otros	3(2,1)	2(2,5)	1(1,6)	2(2,8)	1(2,9)	1(2,8)	1(1,4)	1(2,3)	-
Motivo de baja, n (%) *	<0,001^a			0,374^a			<0,001^a		
- Voluntaria/ No registrado	28(19,3)	24(28,6)	4(6,6)	9(12,3)	6(16,2)	3(8,3)	19(26,4)	18(38,3)	1(4,0)
- Exitus	17(11,7)	9(10,7)	8(13,1)	13(17,8)	7(18,9)	6(16,7)	4(5,6)	2(4,3)	2(8,0)
- Traslado a otro centro	13(9,0)	9(10,7)	4(6,6)	9(12,3)	6(16,2)	3(8,3)	4(5,6)	3(6,4)	1(4,0)
- Regreso a su domicilio	6(4,1)	2(2,4)	4(6,6)	6(8,2)	2(5,4)	4(11,1)	-	-	-
- Fin de estancia temporal	8(5,5)	3(3,6)	5(8,2)	6(8,2)	2(5,4)	4(11,1)	2(2,8)	1(2,1)	1(4,0)
- Cambio de recurso en el complejo	7(4,8)	1(1,2)	6(9,8)	3(4,1)	-	3(8,3)	4(5,6)	1(2,1)	3(12,0)
- No es baja	48(33,1)	31(36,9)	17(27,9)	26(35,6)	14(37,8)	12(33,3)	22(30,6)	17(36,2)	5(20,0)
- Empeoramiento salud	4(2,8)	3(3,6)	1(1,6)	-	-	-	4(5,6)	3(6,4)	1(4,0)
- Otros	14(9,7)	2(2,4)	12(19,7)	1(1,4)	-	1(2,8)	13(18,1)	2(4,3)	11(44,0)

* $p < 0,05$; ^a test χ^2 ; ^b test U Mann-Whitney

IV.1.2. Estado de salud

En la Tabla 4 podemos observar las características referidas al estado de salud de la **muestra total** (n=145) y por año de ingreso. Con respecto al total, el 75,9% de los sujetos tomaban cinco o más medicamentos diferentes al día, y el 24,1% superaba los diez medicamentos diarios. El deterioro cognitivo estaba presente en un 86,8% de los sujetos, con puntuaciones en el MMSE inferiores a los 25 puntos y una puntuación media en el test de $17,4 \pm 6,6$ puntos.

El 43,6% de los usuarios presentaban dependencia leve con una puntuación en el IB mayor o igual a 60, mientras que tan solo un 11,4% eran totalmente independientes.

En un 69,8% de los casos, los usuarios presentaban algún tipo de trastorno de conducta, encontrándose diferencias significativas entre los años de ingreso en relación a la incidencia de “ansiedad” ($p < 0,001$) y “conducta motriz anómala” ($p = 0,001$).

El 88,9% de los usuarios presentaban un riesgo bajo (puntuación ≥ 15) de presentar UPP de acuerdo a la Escala de Braden, para la que el total de la muestra obtuvo un valor medio de $19,4 \pm 3,3$ puntos.

En cuanto al estado nutricional, el 69,0% de los individuos de la muestra estaban en riesgo de malnutrición, con puntuaciones comprendidas entre los 17 y los 23,5 puntos.

Con respecto al total de sujetos que ingresaron en la **Residencia**, el 80,8% ingerían más de 5 medicamentos diarios y el 31,5% superaba los 10 fármacos al día. En referencia al estado cognitivo, el 82,8% de la muestra presentaba deterioro cognitivo con una puntuación media en el MMSE de $17,5 \pm 7,2$. El estado funcional era de difícil interpretación ya que un 27,5% presentaban dependencia total, un 26,1% dependencia severa, y un 31,9% únicamente padecían una dependencia leve, con puntuaciones en el IB de 60 puntos o más.

El 72,9% de los usuarios presentaban algún trastorno de conducta, siendo los síntomas de “disforia” (20,0%), ansiedad (30,0%), “agresividad” (21,7%) e “irritabilidad” (26,7%) los más presentes en el total de usuarios. La presencia de “ansiedad”, la “apatía” y “la conducta motriz anómala” fueron significativamente diferentes entre los años de ingreso.

El 81,7% tenían un bajo riesgo de presentar UPP, y el 71,4% estaban en riesgo de malnutrición.

Con respecto a los ingresos que se produjeron en el año **2010**, el 75,7% ingería cinco o más medicamentos diarios, y el 18,9% ingería más de diez fármacos diferentes al día. En cuanto

a su estado cognitivo, el 77,8% presentaban deterioro cognitivo y la puntuación media en el MMSE era de $18,3 \pm 7,6$ puntos. Por otro lado, el estado funcional de la muestra de usuarios era muy heterogéneo, el 26,5% presentaban una dependencia total, también un 26,5% presentaban una dependencia severa y la misma cifra para casos de dependencia leve. Únicamente un 8,7% presentaban una total independencia para sus ABVD. A pesar de esto, se puede decir que la muestra tenía un elevado índice de deterioro a nivel funcional, ya que el conjunto de dependencia severa y total, suponía un porcentaje más elevado que el referido a los grupos de usuarios independientes y con dependencia moderada o leve.

El 66,7% de los usuarios presentaban algún tipo de trastorno de conducta con una incidencia igual al 20% en los casos de “agresividad” e “irritabilidad”. Los trastornos de la alimentación estaban presentes en un 23,3% de los usuarios y los trastornos del sueño en un 30,0%.

El 73,1% de los sujetos mostraban bajo riesgo de presentar UPP, y siendo la puntuación media de la muestra de $18,1 \pm 4,2$ puntos. El 76,5% de los individuos estaban en riesgo de malnutrición.

En el año **2015** el 86,1% de los usuarios ingería más de cinco medicamentos diferentes al día, y el 44,4% superaba los 10 medicamentos diarios. El 87,1% presentaban deterioro cognitivo, siendo la puntuación media de $16,7 \pm 6,9$. Por otro lado, a nivel funcional, el 37,1% de los ingresos de 2015 presentaban una dependencia leve, mientras que tan solo un sujeto era totalmente independiente (2,9%).

El 79,3% de los usuarios presentaban algún tipo de trastorno de conducta con una incidencia superior al 20,0% en síntomas tales como la “agresividad” (23,3%), “conducta motriz anómala” (24,1%), “depresión/disforia” (30,0%), “irritabilidad” y “trastornos del sueño” (33,3%), siendo la “ansiedad” el trastorno más frecuente con una incidencia del 46,7%.

El 88,2% mostraban bajo riesgo de presentar UPP, siendo la puntuación media de la muestra de $18,9 \pm 3,4$ puntos. En cuanto al estado nutricional, el 68,8% de los individuos estaban en riesgo de malnutrición.

Con respecto a las características referidas a la salud de los usuarios que ingresaron en el **Centro de Día**, el 70,8% ingerían más de 5 medicamentos diarios y el 18,1% superaba los 10 fármacos al día. En referencia al estado cognitivo, el 90,5% de la muestra presentaba deterioro cognitivo con una puntuación media en el MMSE de $17,3 \pm 6,0$. En cuanto al

estado funcional, un 19,7% presentaban dependencia moderada, un 54,9% dependencia leve, y el 16,9% eran completamente independientes para sus ABVD.

El 64,9% de los usuarios presentaban algún trastorno de conducta, siendo la “agresividad” el trastorno más frecuente (32,4%) seguida por la “ansiedad” (27,0%) y la “irritabilidad” (21,6%).

Todos los usuarios de centro de día tenían un bajo riesgo de presentar UPP, y el 65,7% estaban en riesgo de malnutrición.

El 72,3% de los usuarios que ingresaron en **2010** ingería más de cinco medicamentos diferentes de forma diaria, además un 19,1% superaba la ingesta de diez fármacos al día. Un 86,8% de los ingresos presentaban deterioro cognitivo y la puntuación media en el MMSE era de $16,8 \pm 6,6$ puntos. Por otro lado, a nivel funcional, el 56,5% presentaban una dependencia leve, mientras que un 19,6% presentaban una dependencia moderada y solo un 13,0% eran independientes.

El 63,6% de los usuarios presentaban algún tipo de trastorno de conducta con una incidencia superior al 20,0% en síntomas tales como “delirios” (22,7%) y “agresividad” (45,5%).

La totalidad de la muestra presentaba un bajo riesgo de presentar UPP, siendo la puntuación media de $20,8 \pm 2,1$ puntos. En cuanto al estado nutricional, el 92,3% de los individuos estaban en riesgo de malnutrición.

El 68,0% de los usuarios de **2015** ingería cinco o más medicamentos diferentes al día, y el 16,0% superaba los diez fármacos diferentes diarios. En cuanto a su estado cognitivo, el 96,0% tenían deterioro cognitivo y la puntuación media en el MMSE era de $17,9 \pm 5,0$ puntos. Por otro lado, el 52,0% presentaban una dependencia leve, mientras que un 24,0% eran independientes.

El 66,7% de los usuarios presentaban algún tipo de trastorno de conducta con una incidencia igual o superior al 20,0% de síntomas como la “irritabilidad”, los “trastornos alimentarios” (20,0%) y la “ansiedad” (46,7%).

Del mismo modo, la totalidad de los sujetos presentaban bajo riesgo de presentar UPP, siendo la puntuación media de la muestra de $20,7 \pm 1,8$ puntos. En cuanto al estado nutricional el 50,0% de los individuos estaban en riesgo de malnutrición.

Al realizar el **análisis comparativo de las características generales del estado de salud de los sujetos de Residencia** se encuentran diferencias significativas en número de medicamentos ingeridos diariamente referidos a hiperpolifarmacia, siendo el porcentaje de usuarios que ingerían diez o más al día significativamente superior en el 2015 ($p=0,019$). Aunque no se encuentran diferencias significativas en referencia a la presencia o no de trastornos conductuales ($p=0,275$), sí que se aprecian diferencias en cuanto a la incidencia de los diferentes síntomas. Así, se aprecia un aumento significativo de la incidencia de “ansiedad” ($p=0,005$) que aumentaba drásticamente al pasar de estar presente en un 13,3% de la muestra en el año 2010 a un 46,7% en el 2015. En el caso de la “apatía” ($p=0,038$) y la “conducta motriz anómala” ($p=0,004$), el cambio también es muy notorio, ya que en el año 2010 no estaban presentes en ningún usuario de la muestra, mientras que en el 2015 la “apatía” aparecía en un 13,3% de los ingresos y la “conducta motriz anómala” en un 24,1%.

En la **comparación de las características generales del estado de salud de los sujetos del Centro de Día**, se encuentran diferencias significativas en el estado nutricional de los usuarios ($p=0,037$), observándose una gran disminución en la incidencia del riesgo de malnutrición. Por otro lado, al igual que ocurría en la muestra de Residencia y aunque no se encuentran diferencias significativas en referencia a la presencia o no de trastornos conductuales, sí que se aprecian diferencias en cuanto a la incidencia de unos u otros tipos de sintomatología conductual. Así, se estima un aumento significativo de la incidencia de “ansiedad” ($p=0,026$) que pasa de un 13,6% en el 2010 a un 46,7% en el 2015. Por el contrario, la presencia de “agresividad” en el Centro de Día se ve disminuida significativamente ($p=0,040$), pasando de estar presente en un 45,5% de los ingresos del año 2010, a un 13,3% en los de 2015.

Tabla 4. Estado de salud de la muestra por año de ingreso (2010-2015) y por tipo de recurso (residencia vs. centro de día).

	<i>MUESTRA TOTAL</i>				<i>RESIDENCIA</i>				<i>CENTRO DE DÍA</i>			
	Total (n=145)	2010 (n=84)	2015 (n=61)	<i>p</i> valor	Total (n=73)	2010 (n=37)	2015 (n=36)	<i>p</i> valor	Total (n=72)	2010 (n=47)	2015 (n=25)	<i>p</i> valor
Polifarmacia (≥ 5), n (%)	110(75,9)	22(26,2)	13(21,3)	0,498 ^a	59(80,8)	28(75,7)	31(86,1)	0,258 ^a	51(70,8)	34(72,3)	17(68,0)	0,700 ^a
Hiperpolifarmacia (≥ 10), n (%)*	35(24,1)	16(19,0)	20(32,8)	0,059 ^a	23(31,5)	7(18,9)	16(44,4)	0,019^a	13(18,1)	9(19,1)	4(16,0)	0,741 ^a
MMSE, media\pmDT	17,4 \pm 6,6	17,4 \pm 7,0	17,3 \pm 6,1	0,903 ^b	17,5 \pm 7,2	18,3 \pm 7,6	16,7 \pm 6,9	0,320 ^b	17,3 \pm 6,0	16,8 \pm 6,6	17,9 \pm 5,0	0,455 ^b
Deterioro cognitivo, n (%)				0,196 ^a				0,349 ^a				0,226 ^a
- Sí (<25)	105(86,8)	54(83,1)	51(91,1)		48(82,8)	21(77,8)	27(87,1)		57(90,5)	33(86,8)	24(96,0)	
- No (≥ 25)	16(13,2)	11(16,9)	5(8,9)		10(17,2)	6(22,2)	4(12,9)		6(9,5)	5(13,2)	1(4,0)	
Dependencia funcional, n (%)				0,920 ^a				0,657 ^a				0,688 ^a
- Total (<20)	20(14,3)	10(12,4)	10(16,7)		19(27,5)	9(26,5)	10(28,6)		1(1,4)	1(2,2)	-	
- Severa (20-35)	23(16,4)	13(16,3)	10(16,7)		18(26,1)	9(26,5)	9(25,7)		5(7,0)	4(8,7)	1(4,0)	
- Moderada (40-55)	20(14,3)	13(16,3)	7(11,7)		6(8,7)	4(11,8)	2(5,7)		14(19,7)	9(19,6)	5(20,0)	
- Leve (≥ 60)	61(43,6)	35(43,8)	26(43,2)		22(31,9)	9(26,5)	13(37,1)		39(54,9)	26(56,5)	13(52,0)	
- Independencia (100 o 90 si silla de ruedas)	16(11,4)	9(11,2)	7(11,7)		4(5,8)	3(8,7)	1(2,9)		12(16,9)	6(13,0)	6(24,0)	

NPI, media±DT	15,3±15,3	15,9±16,4	14,5±13,9	0,974 ^b	15,9±15,6	15,1±16,2	16,7±15,3	0,520 ^b	14,2±14,8	17,1±17,1	10,1±9,8	0,319 ^b
Trastornos conductuales, n (%)				0,307 ^a				0,275 ^a				0,850 ^a
- Sí	67(69,8)	34(65,4)	33(75,0)		43(72,9)	20(66,7)	23(79,3)		24(64,9)	14(63,6)	10(66,7)	
- No	29(30,2)	18(34,6)	11(25,0)		16(27,1)	10(33,3)	6(20,7)		13(35,1)	8(36,4)	5(33,3)	
Incidencia de los trastornos conductuales, n (%)												
- Delirios	14(9,7)	9(17,3)	5(11,1)	0,386 ^a	7(11,7)	4(13,3)	3(10,0)	0,688 ^a	7(18,9)	5(22,7)	2(13,3)	0,474 ^a
- Alucinaciones	2(1,4)	2(3,8)	-	0,184 ^a	1(1,7)	1(3,3)	-	0,313 ^a	1(2,7)	1(4,5)	-	0,403 ^a
- Disforia	16(11,0)	5(9,6)	11(24,4)	0,050	12(20,0)	3(10,0)	9(30,0)	0,053 ^a	4(10,8)	2(9,1)	2(13,3)	0,683 ^a
- Ansiedad*	28(19,3)	7(13,5)	21(46,7)	<0,001^a	18(30,0)	4(13,3)	14(46,7)	0,005^a	10(27,0)	3(13,6)	7(46,7)	0,026^a
- Euforia	1(0,7)	-	1(2,2)	0,280 ^a	1(1,7)	-	1(3,3)	0,313 ^a	-	-	-	-
- Agresividad *	25(17,2)	16(30,8)	9(20,0)	0,227 ^a	13(21,7)	6(20,0)	7(23,3)	0,754 ^a	12(32,4)	10(45,5)	2(13,3)	0,040^a
- Apatía *	7(4,8)	2(3,8)	5(11,1)	0,168 ^a	4(6,7)	-	4(13,3)	0,038^a	3(8,1)	2(9,1)	1(6,7)	0,791 ^a
- Irritabilidad	24(16,6)	11(21,2)	13(28,9)	0,379 ^a	16(26,7)	6(20,0)	10(33,3)	0,243 ^a	8(21,6)	5(22,7)	3(20,0)	0,843 ^a
- Desinhibición	5(3,4)	2(3,8)	3(6,7)	0,531 ^a	4(6,7)	1(3,3)	3(10,0)	0,301 ^a	1(2,7)	1(4,5)	-	0,403 ^a
- Conducta motriz anómala*	9(6,2)	-	9(20,5)	0,001^a	7(11,9)	-	7(24,1)	0,004^a	2(5,4)	-	2(13,3)	0,078 ^a

-	Trastornos del sueño	25(17,2)	13(25,0)	12(26,7)	0,852 ^a	19(31,7)	9(30,0)	10(33,3)	0,781 ^a	6(16,2)	4(18,2)	2(13,3)	0,694 ^a
-	Trastornos de la alimentación	19(13,1)	8(15,4)	11(24,4)	0,262 ^a	15(25,0)	7(23,3)	8(26,7)	0,766 ^a	4(10,8)	1(4,5)	3(20,0)	0,137 ^a
Braden, media±DT		19,4±3,3	19,1±3,7	19,6±3,0	0,764 ^b	18,5±3,7	18,1±4,2	18,9±3,4	0,546 ^b	20,8±1,9	20,8±2,1	20,7±1,8	0,834 ^b
Riesgo de UPP, n (%)					0,282 ^a				0,254 ^a				-
-	Bajo (≥15)	88(88,9)	36(83,7)	52(92,8)		49(81,7)	19(73,1)	30(88,2)		39(100)	17(100)	22(100)	
-	Moderado (13-14)	7(7,1)	5(11,6)	2(3,6)		7(11,7)	5(19,2)	2(5,9)		-	-	-	
-	Alto (≤12)	4(4,0)	2(4,7)	2(3,6)		4(6,7)	2(7,7)	2(5,9)		-	-	-	
Estado nutricional, n (%) *					0,080 ^a				0,700 ^a				0,037^a
-	Normal (24-30)	10(12,0)	1(3,4)	9(16,7)		1(2,0)	-	1(3,1)		9(25,7)	1(7,7)	8(36,4)	
-	Riesgo de malnutrición (17-23,5)	58(69,0)	25(83,3)	33(61,1)		35(71,4)	13(76,5)	22(68,8)		23(65,7)	12(92,3)	11(50,0)	
-	Malnutrición (<17)	16(19,0)	4(13,3)	12(22,2)		13(26,5)	4(23,5)	9(28,1)		3(8,6)	-	3(13,6)	

* $p < 0,05$; ^a test χ^2 ; ^b test U Mann-Whitney; MMSE: Mini-Mental State Examination; NPI: Neuropsychiatric Inventory; UPP: Úlceras por presión

IV.1. 3. Estado funcional y productos de apoyo

A fin de conocer la existencia o no de alguna diferencia a nivel funcional entre los usuarios que ingresaron en ambos recursos en los años 2010 y 2015, se realizó un análisis comparativo desglosando el Índice de Barthel de acuerdo a los diferentes ítems que lo componen (Tabla 5).

En el análisis de la **muestra total** no se hallaron diferencias significativas entre los años de ingreso, siendo dependientes para los diferentes ítems que lo componen en los siguientes porcentajes: Comer (9,5%), Lavarse (78,1%), Vestirse (48,2%), Arreglarse (46,0%), Incontinente Deposición (21,2%), Incontinente Micción (55,5%), Ir al Retrete (44,6%), Trasladarse (11,7%), Deambulaci3n (22,6%) y Subir y Bajar Escaleras (35%).

Con respecto a los usuarios de la **Residencia**, eran dependientes para los diferentes ítems en los siguientes porcentajes de la muestra total (n=73): Comer (14,5%), Lavarse (85,5%), Vestirse (63,8%), Arreglarse (52,2%), Incontinente Deposición (33,3%), Incontinente Micción (66,7%), Ir al Retrete (58,0%), Trasladarse (21,7%), Deambulaci3n (42,0%) y Subir y Bajar Escaleras (56,5%).

Con respecto al **Centro de Día**, fueron dependientes para los diferentes ítems del IB en los siguientes porcentajes de la muestra total (n=72): Comer (4,4%), Lavarse (70,6%), Vestirse (32,4%), Arreglarse (39,7%), Incontinente Deposición (8,8%), Incontinente Micción (44,1%), Ir al Retrete (30,9%), Trasladarse (1,5%), Deambulaci3n (2,9%) y Subir y Bajar Escaleras (13,2%).

Al realizar un **análisis comparativo en la muestra de Residencia** sobre los diferentes apartados del IB entre los años 2010 y 2015, se aprecian diferencias significativas en relación a la “micción” ($p=0,024$). Se registró una disminuci3n importante en el porcentaje de personas que no presentaban incontinencia entre 2010 y 2015, y un aumento en la incidencia de incontinencias ocasionales, de las cuales no se tenía ningún registro en el 2010 y sin embargo en el 2015 afectan a un 17,1% de la muestra.

Por otro lado, en el **análisis comparativo de la muestra de Centro de Día** sobre los diferentes apartados del IB entre los años 2010 y 2015, no se aprecian diferencias significativas en ninguno de ellos, lo cual nos indica que el perfil de ingreso se sigue manteniendo estable en este recurso.

Tabla 5. Estado funcional de la muestra [n (%)] por año de ingreso (2010-2015) y por tipo de recurso (residencia vs. centro de día).

	<i>MUESTRA TOTAL</i>				<i>RESIDENCIA</i>				<i>CENTRO DE DÍA</i>			
	Total (n=145)	2010 (n=84)	2015 (n=61)	<i>p</i> valor	Total (n=73)	2010 (n=37)	2015 (n=36)	<i>p</i> valor	Total (n=72)	2010 (n=47)	2015 (n=25)	<i>p</i> valor
<i>COMER</i>				0,930 ^a				0,758 ^a				0,171 ^a
- Dependiente	13(9,5)	7(9,1)	6(10,0)		10(14,5)	4(11,7)	6(17,1)		3(4,4)	3(7,0)	-	
- Necesita ayuda	48(35,0)	28(36,4)	20(33,3)		29(42,0)	14(41,2)	15(42,9)		19(27,9)	14(32,5)	5(20,0)	
- Independiente	76(55,5)	42(54,5)	34(56,7)		30(43,5)	16(47,1)	14(40,0)		46(67,6)	26(60,5)	20(80,0)	
<i>LAVARSE</i>				0,720 ^a				0,960 ^a				0,363 ^a
- Dependiente	107(78,1)	61(79,2)	46(76,7)		59(85,5)	29(85,3)	30(85,7)		48(70,6)	32(74,4)	16(64,0)	
- Independiente	30(21,9)	16(20,8)	14(23,3)		10(14,5)	5(14,7)	5(14,3)		20(29,4)	11(25,6)	9(36,0)	
<i>VESTIRSE</i>				0,786 ^a				0,681 ^a				0,394 ^a
- Dependiente	66(48,2)	39(50,6)	27(45,0)		44(63,8)	23(67,6)	21(60,0)		22(32,4)	16(37,2)	6(24,0)	
- Necesita ayuda	33(24,1)	18(23,4)	15(25,0)		13(18,8)	5(14,8)	8(22,9)		20(29,4)	13(30,2)	7(28,0)	
- Independiente	38(27,7)	20(26,0)	18(30,0)		12(17,4)	6(17,6)	6(17,1)		26(38,2)	14(32,6)	12(48,0)	
<i>ARREGLARSE</i>				0,371 ^a				0,900 ^a				0,133 ^a
- Dependiente	63(46,0)	38(49,4)	25(41,7)		36(52,2)	18(52,9)	18(51,4)		27(39,7)	20(46,5)	7(28,0)	

Resultados

- Necesita ayuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Independiente	74(54,0)	39(50,6)	35(58,3)	33(47,8)	16(47,1)	17(48,6)	41(60,3)	23(53,5)	18(72,0)	
DEPOSICIÓN				0,740 ^a			0,881 ^a			0,285 ^a
- Incontinente	29(21,2)	17(22,1)	12(20,0)	23(33,3)	12(35,3)	11(31,4)	6(8,8)	5(11,6)	1(4,0)	
- Accidente ocasional	5(3,6)	2(2,6)	3(5,0)	5(7,2)	2(5,9)	3(8,6)	-	-	-	
- Continente	103(75,2)	58(75,3)	45(75,0)	41(59,8)	20(58,8)	21(60,0)	62(91,2)	38(88,4)	24(96,0)	
MICCIÓN *				0,384 ^a			0,024^a			0,322 ^a
- Incontinente	76(55,5)	44(57,1)	32(53,3)	46(66,7)	23(67,6)	23(65,8)	30(44,1)	21(48,8)	9(36,0)	
- Accidente ocasional	11(8,0)	4(5,2)	7(11,7)	6(8,7)	-	6(17,1)	5(7,4)	4(9,3)	1(4,0)	
- Continente	50(36,5)	29(37,7)	21(35,0)	17(24,6)	11(32,4)	6(17,1)	33(48,5)	18(41,9)	15(60,0)	
IR AL RETRETE				0,911 ^a			0,933 ^a			0,508 ^a
- Dependiente	61(44,6)	34(44,2)	27(45,0)	40(58,0)	19(55,9)	21(60,0)	21(30,9)	15(34,9)	6(24,0)	
- Necesita ayuda	25(18,2)	15(19,4)	10(16,7)	10(14,5)	5(14,7)	5(14,3)	15(22,1)	10(23,3)	5(20,0)	
- Independiente	51(37,2)	28(36,4)	23(38,3)	19(27,5)	10(29,4)	9(25,7)	32(47,1)	18(41,8)	14(56,0)	
TRASLADARSE				0,645 ^a			0,347 ^a			0,894 ^a
- Dependiente	16(11,7)	9(11,7)	7(11,7)	15(21,7)	8(23,5)	7(20,1)	1(1,5)	1(2,3)	-	

- Gran ayuda	19(13,8)	12(15,6)	7(11,7)	16(23,2)	10(29,4)	6(17,1)	3(4,4)	2(4,7)	1(4,0)
- Mínima ayuda	32(23,4)	15(19,5)	17(28,3)	16(23,2)	5(14,7)	11(31,4)	16(23,5)	10(23,3)	6(24,0)
- Independiente	70(51,1)	41(53,2)	29(48,3)	22(31,9)	11(32,4)	11(31,4)	48(70,6)	30(69,7)	18(72,0)
DEAMBULACIÓN				0,068 ^a			0,168 ^a		0,287 ^a
- Dependiente	31(22,6)	17(22,1)	14(23,3)	29(42,0)	16(47,1)	13(37,1)	2(2,9)	1(2,3)	1(4,0)
- Gran ayuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Mínima ayuda	42(30,7)	18(23,4)	24(40,0)	17(24,6)	5(14,7)	12(34,3)	25(36,8)	13(30,2)	12(48,0)
- Independiente	64(46,7)	42(54,5)	22(36,7)	23(33,3)	13(38,2)	10(28,6)	41(60,3)	29(67,5)	12(48,0)
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS				0,305 ^a			0,512 ^a		0,269 ^a
- Dependiente	48(35,0)	24(31,2)	24(40,0)	39(56,5)	20(58,8)	19(54,3)	9(13,2)	4(9,3)	5(20,0)
- Necesita ayuda	31(22,7)	16(20,7)	15(25,0)	7(10,1)	2(5,9)	5(14,3)	24(35,3)	14(32,6)	10(40,0)
- Independiente	58(42,3)	37(48,1)	21(35,0)	23(33,3)	12(35,3)	11(31,4)	35(51,5)	25(58,1)	10(40,0)

* $p < 0,05$; ^a test χ^2

Con respecto a los productos de apoyo utilizados por la **muestra total** (Tabla 6), se observa que en la muestra de 2015 un porcentaje significativamente superior al de 2010 precisa del apoyo de una tercera persona para una correcta deambulaci3n ($p=0,033$). Un 11,1% de los usuarios que presentaban incontinencia diurna en el 2010 empleaban “anat3micos”, mientras que en el a3o 2015 no se registraron casos de usuarios que accedieran al complejo empleando este tipo de soporte ($p=0,008$). En cuando a los usuarios que presentaban incontinencia nocturna, a mayores de encontrar la misma diferencia significativa en el uso de los “anat3micos” ($p=0,021$), el uso de las “compresas” se incrementaba pasando de un 7,4% a un 18,6% ($p=0,044$).

Al estudiar los productos de apoyo empleados por la muestra de **Residencia** se pudo completar el perfil funcional de los usuarios. Un 42,0% precisaban ayuda de una tercera persona para realizar una correcta deambulaci3n mientras que un 68,1% utilizaban alg3n tipo de producto de apoyo, siendo el sill3n geri3trico el m3s empleado (44,9%). En referencia a la situaci3n de incontinencia, un 84,5% presentaban incontinencia diurna, siendo la incidencia de incontinencia nocturna igual a la anterior. El soporte m3s empleado en ambos casos era el “absorbente”, utilizado por un 50,7% en los casos de incontinencia diurna y por un 60,6% en los de incontinencia nocturna. El 54,9% precisaban uso de alg3n tipo de sujeci3n, concretamente el 50,7% utilizaban “2 barandillas”. El 12,7% utilizaban tambi3n productos antiescaras, siendo el “coj3n” el m3s empleado (11,3%). Tambi3n un elevado porcentaje de usuarios precisaban de productos de apoyo para el aseo (72,9%), especialmente la “silla clean” que era usada por un 60,0% de los usuarios.

Con el estudio de los productos de apoyo empleados por la muestra del **Centro de D3a** se observ3 que un 37,7% precisaban ayuda de una tercera persona para realizar una correcta deambulaci3n mientras que un 60,9% utilizaban alg3n tipo de producto de apoyo, siendo el bast3n el m3s empleado (31,9%). En referencia a la situaci3n de incontinencia, un 57,1% presentaban incontinencia diurna, mientras que un 63,8% presentaban incontinencia nocturna. El soporte m3s empleado en ambos casos era el “absorbente”, utilizado por un 28,6% en los casos de incontinencia diurna y por un 42,0% en los de incontinencia nocturna. Tan solo un 2,9% necesitaban uso de alg3n tipo de contenci3n y el 1,4% utilizaban productos antiescaras, siendo el “coj3n” el 3nico empleado (1,4%). Un 70,1% de los usuarios realizaban el aseo de pie sin necesidad de productos de apoyo, mientras que un 29,9% precisaban utilizar “silla clean”.

En relaci3n al **an3lisis comparativo de los productos de apoyo empleados por la muestra de Residencia**, se encontraron diferencias significativas en la utilizaci3n de

productos para la incontinencia, concretamente en el uso de “anatómicos” ($p=0,003$). En el año 2010 un 22,2% de los ingresos que accedían al recurso empleaban este tipo de producto, mientras que en el 2015 no había casos de usuarios que los utilizaran, coincidiendo con el aumento en el uso de otros tipos de productos de apoyo para la incontinencia. Del mismo modo, al estudiarlos en referencia a los casos de incontinencia nocturna, también se apreciaban diferencias significativas en el uso de “anatómicos” ($p=0,006$) y “compresas” ($p=0,042$).

En relación al **análisis comparativo de los productos de apoyo empleados por la muestra de Centro de Día**, entre los años 2010 y 2015, no se encontraron diferencias significativas en la utilización de productos de ningún tipo, lo que también nos puede dar información para pensar que el perfil de ingreso en el Centro de Día se mantenía estable entre los dos años.

Tabla 6. Estado funcional de la muestra por año de ingreso (2010-2015) y por tipo de recurso (residencia vs. centro de día).

	<i>MUESTRA TOTAL</i>				<i>RESIDENCIA</i>				<i>CENTRO DE DÍA</i>			
	Total (n=145)	2010 (n=84)	2015 (n=61)	<i>p</i> valor	Total (n=73)	2010 (n=37)	2015 (n=36)	<i>p</i> valor	Total (n=72)	2010 (n=47)	2015 (n=25)	<i>p</i> valor
Necesita de tercera persona para la deambulación, n (%)*	55(39,9)	25(32,1)	30(50,0)	0,033^a	29(42,0)	11(32,4)	18(51,4)	0,109 ^a	26(37,7)	14(31,8)	12(48,0)	0,182 ^a
PA para los desplazamientos, n (%)	89(64,5)	52(66,7)	37(61,7)	0,543 ^a	47(68,1)	24(70,6)	23(65,7)	0,664 ^a	42(60,9)	28(63,6)	14(56,0)	0,532 ^a
- Bastón	33(23,9)	23(29,5)	10(16,7)	0,080 ^a	11(15,9)	6(17,6)	5(14,3)	0,703 ^a	22(31,9)	17(38,6)	5(20,0)	0,110 ^a
- 1 muleta	3(2,2)	2(2,6)	1(1,7)	0,720 ^a	-	-	-	-	3(4,3)	2(4,5)	1(4,0)	0,915 ^a
- 2 muletas	4(2,9)	3(3,8)	1(1,7)	0,449 ^a	3(4,3)	2(5,9)	1(2,9)	0,538 ^a	1(1,4)	1(2,3)	-	0,448 ^a
- Andador	17(12,3)	10(12,8)	7(11,7)	0,838 ^a	7(10,1)	5(14,7)	2(5,7)	0,216 ^a	10(14,5)	5(11,4)	5(20,0)	0,327 ^a
- Silla de ruedas	14(10,1)	7(9,0)	7(11,7)	0,604 ^a	4(5,8)	1(2,9)	3(8,6)	0,317 ^a	10(14,5)	6(13,6)	4(16,0)	0,789 ^a
- Sillón geriátrico	36(26,1)	19(24,4)	17(28,3)	0,598 ^a	31(44,9)	16(47,1)	15(42,9)	0,726 ^a	5(7,2)	3(6,8)	2(8,0)	0,856 ^a
Incontinencia diurna, n (%)	100(70,9)	55(67,9)	45(75,0)	0,359 ^a	60(84,5)	30(83,3)	30(85,7)	0,782 ^a	40(57,1)	25(55,6)	15(60,0)	0,719 ^a
- Salva slip	2(1,4)	2(2,5)	-	0,220 ^a	1(1,4)	1(2,8)	-	0,321 ^a	1(1,4)	1(2,2)	-	0,453 ^a
- Compresa	26(18,4)	13(16,0)	13(21,7)	0,395 ^a	11(15,5)	5(14,0)	6(17,1)	0,705 ^a	15(21,4)	8(17,8)	7(28,0)	0,318 ^a
- Anatómico *	9(6,4)	9(11,1)	-	0,008^a	8(11,3)	8(22,2)	-	0,003^a	1(1,4)	1(2,2)	-	0,453 ^a

- Absorbente	56(39,7)	28(34,6)	28(46,6)	0,147 ^a	36(50,7)	15(41,7)	21(60,0)	0,122 ^a	20(28,6)	13(28,9)	7(28,0)	0,937 ^a
- Braga-pañal	7(5,0)	3(3,7)	4(6,7)	0,423 ^a	4(5,6)	1(2,8)	3(8,6)	0,290 ^a	3(4,3)	2(4,4)	1(4,0)	0,930 ^a
Incontinencia nocturna, n (%)	104(74,3)	59(72,8)	45(76,3)	0,646 ^a	60(84,5)	30(83,3)	30(85,7)	0,782 ^a	44(63,8)	29(64,4)	15(62,5)	0,873 ^a
- Salva slip	2(1,4)	2(2,5)	-	0,224 ^a	1(1,4)	1(2,8)	-	0,321 ^a	1(1,4)	1(2,2)	-	0,462 ^a
- Compresa *	17(12,1)	6(7,4)	11(18,6)	0,044^a	7(9,9)	1(2,8)	6(17,1)	0,042^a	10(14,5)	5(11,1)	5(20,8)	0,275 ^a
- Anatómico *	7(5,0)	7(8,7)	-	0,021^a	7(9,9)	7(19,4)	-	0,006^a	-	-	-	-
- Absorbente	72(51,5)	42(51,9)	30(50,9)	0,907 ^a	43(60,6)	21(58,3)	22(62,9)	0,697 ^a	29(42,0)	21(46,7)	8(33,3)	0,433 ^a
- Braga-pañal	6(4,3)	2(2,5)	4(6,8)	0,214 ^a	2(2,8)	-	2(5,7)	0,146 ^a	4(5,8)	2(4,4)	2(8,3)	0,510 ^a
Incontinencia diurna + nocturna, n (%)	104(74,3)	59(72,8)	45(76,3)	0,646 ^a	60(84,5)	30(83,3)	30(85,7)	0,782 ^a	44(63,8)	29(64,4)	15(62,5)	0,873 ^a
Precisa sujeciones, n (%)	41(29,1)	19(23,5)	22(36,7)	0,088 ^a	39(54,9)	19(52,8)	20(57,1)	0,712 ^a	2(2,9)	-	2(8,0)	0,054 ^a
- 1 barandilla	3(2,1)	1(1,2)	2(3,3)	0,393 ^a	3(4,2)	1(2,8)	2(5,7)	0,539 ^a	-	-	-	-
- 2 barandillas	37(26,2)	19(23,5)	18(30,0)	0,383 ^a	36(50,7)	19(52,8)	17(48,6)	0,723 ^a	1(1,4)	-	1(4,0)	0,177 ^a
- Cinturón nocturno	5(3,5)	3(3,7)	2(3,3)	0,906 ^a	5(7,0)	3(8,3)	2(5,7)	0,666 ^a	-	-	-	-
- Cinturón diurno	9(6,4)	5(6,2)	4(6,7)	0,906 ^a	8(11,3)	5(13,9)	3(8,6)	0,479 ^a	1(1,4)	-	1(4,0)	0,177 ^a
- Bandeja	1(0,7)	1(1,2)	-	0,388 ^a	1(1,4)	1(2,8)	-	0,321 ^a	-	-	-	-

Precisa productos antiescaras, n (%)	9(6,4)	5(6,2)	5(8,3)	0,244 ^a	9(12,7)	5(13,9)	4(11,4)	0,755 ^a	1(1,4)	-	1(4,0)	0,177 ^a
- Cojín	9(6,4)	4(4,9)	5(8,3)	0,415 ^a	8(11,3)	4(11,1)	4(11,1)	0,966 ^a	1(1,4)	-	1(4,0)	0,177 ^a
- Colchón	5(3,5)	3(3,7)	2(3,3)	0,906 ^a	5(7,0)	3(8,3)	2(5,7)	0,666 ^a	-	-	-	-
PA para el aseo, n (%)	71(51,8)	40(51,9)	31(51,7)	0,974 ^a	51(72,9)	27(77,1)	24(68,6)	0,420 ^a	20(29,9)	13(31,0)	7(28,0)	0,798 ^a
- De pie	66(48,2)	36(46,8)	28(48,3)	0,974 ^a	19(27,1)	8(22,9)	11(31,4)	0,420 ^a	47(70,1)	29(69,0)	18(72,0)	0,798 ^a
- Silla clean	62(45,3)	35(45,5)	27(45,0)	0,958 ^a	42(60,0)	22(62,9)	20(57,1)	0,626 ^a	20(29,9)	13(31,0)	7(28,0)	0,798 ^a
- Bañera geriátrica	9(6,6)	5(6,5)	4(6,7)	0,968 ^a	9(12,9)	5(14,3)	4(11,4)	0,721 ^a	-	-	-	-
- Cama	2(1,5)	-	2(3,3)	0,107 ^a	2(2,9)	-	2(5,7)	0,151 ^a	-	-	-	-

* $p < 0,05$; ^atest χ^2

IV.2. Análisis general “Residencia vs. Centro de día”

IV.2.1. Características sociodemográficas

En la Tabla 7 se recogen todos los datos referidos al **análisis comparativo de las características sociodemográficas de la muestra de Residencia y Centro de Día**, sin hacer una distribución temporal por años, con el objetivo de observar si existen diferencias de perfil entre ambos recursos.

Tabla 7. Características sociodemográficas de la muestra por tipo de recurso (residencia vs. centro de día).

	Residencia (n=73)	Centro de Día (n=72)	p valor
Género, n (%)			0,257 ^a
- Hombre	31(42,5)	24(33,3)	
- Mujer	42(57,5)	48(66,7)	
Edad (años), media±DT	83,5±7,8	82,7±7,4	0,395 ^b
Edad (años), n (%)			0,999 ^a
- 60-64	1(1,4)	1(1,4)	
- 65 – 69	3(4,1)	3(4,2)	
- 70 – 74	5(6,8)	6(8,3)	
- 75 – 79	12(16,4)	13(18,1)	
- 80 – 84	19(26,0)	18(25,0)	
- ≥ 85	33(45,2)	31(43,1)	
Nivel educativo (años), n (%)			0,196 ^a
- < 8	8(11,4)	16(22,5)	
- 9 - 17	50(71,4)	46(64,8)	
- ≥ 17	12(17,1)	9(12,7)	
Estado civil, n (%) *			0,021^a
- Casado	18(26,9)	30(42,3)	
- Viudo	36(53,7)	38(53,3)	
- Soltero	10(14,9)	3(4,2)	

- Separado/Divorciado	3(4,5)	-
Procedencia, n (%) *		< 0,001^a
- Domicilio propio	27(37,5)	43(61,4)
- Domicilio familiar	12(16,7)	27(38,6)
- Hospital	27(37,5)	
- Otro tipo de recurso	1(1,4)	
- Otro centro del mismo tipo	5(6,9)	
Motivo de ingreso, n (%) *		<0,001^a
- Estimulación	9(12,7)	47(68,1)
- Respiro familiar	10(14,1)	10(14,5)
- Estancias post-hospitalarias	29(40,8)	-
- Empeoramiento salud	18(25,4)	5(7,2)
- Conciliación laboral-familiar	3(4,2)	6(8,7)
- Otros	2(2,8)	1(1,4)
Motivo de baja, n (%) *		<0,001^a
- Voluntaria/ No registrado	9(12,3)	19(26,4)
- Exitus	13(17,8)	4(5,6)
- Traslado a otro centro	9(12,3)	4(5,6)
- Regreso a su domicilio	6(8,2)	-
- Fin de estancia temporal	6(8,2)	2(2,8)
- Cambio de recurso en el complejo	3(4,1)	4(5,6)
- No es baja	26(35,6)	22(30,6)
- Empeoramiento salud	-	4(5,6)
- Otros	1(1,4)	13(18,1)

* $p < 0,05$ ^atest χ^2 ; ^btest U Mann-Whitney

Los usuarios que accedían tanto a la Residencia como al Centro de Día eran mayoritariamente casados o viudos y el porcentaje de solteros o separados/divorciados era muy bajo o nulo ($p=0,021$). Del mismo modo, también se encontraron diferencias significativas en cuanto al lugar de procedencia de los usuarios, ya que en el caso del Centro

de Día la totalidad de la muestra procedía de hogares, bien propios o de familiares, y en el caso de la Residencia los lugares de procedencia eran más variados ($p < 0,001$). En cuanto al motivo de ingreso y de baja también existen diferencias significativas ($p < 0,001$), los usuarios del Centro de Día accedían en busca de estimulación, mientras que los de Residencia lo hacían por procesos de recuperación post-hospitalaria. La mayor parte de la muestra de Residencia y del Centro de Día permanecían en el complejo un año después del ingreso (35,6% y 30,6% respectivamente). La mortalidad tuvo una influencia mayor en la población de Residencia, donde un 17,8% de los usuarios fallecieron en el año siguiente al ingreso, frente al 5,6% de los usuarios fallecidos en el Centro de Día.

IV.2.2. Estado de salud

En cuanto al análisis de las características generales de salud en ambas muestras (Tabla 8), los usuarios de Centro de Día disfrutaban de un estado funcional significativamente mejor que los usuarios de Residencia ($p < 0,001$), así como de un mejor estado de la piel con una puntuación media en la escala de Braden superior ($p = 0,005$). También el estado nutricional era significativamente mejor en el Centro de Día ($p < 0,001$) teniendo el 25,7% de la muestra de Centro de Día un estado nutricional normal.

Tabla 8. Estado de salud de la muestra por tipo de recurso (residencia vs. centro de día).

	Residencia (n=73)	Centro de Día (n=72)	p valor
Polifarmacia (≥ 5), n (%)	59(80,8)	51(70,8)	0,160 ^a
Hiperpolifarmacia (≥ 10), n (%)	23(31,5)	13(18,1)	0,061 ^a
MMSE, media\pmDT	17,5 \pm 7,2	17,3 \pm 6,0	0,763 ^b
Deterioro cognitivo, n (%)			0,211 ^a
- Sí (<25)	48(82,8)	57(90,5)	
- No (≥ 25)	10(17,2)	6(9,5)	
Dependencia funcional, n (%) *			<0,001^a
- Total (<20)	19(27,5)	1(1,4)	
- Severa (20-35)	18(26,1)	5(7,0)	
- Moderada (40-55)	6(8,7)	14(19,7)	
- Leve (≥ 60)	22(31,9)	39(54,9)	
- Independencia (100 o 90 si silla de ruedas)	4(5,8)	12(16,9)	

NPI, media \pm DT	15,9 \pm 15,6	14,2 \pm 14,8	0,635 ^b
Trastornos conductuales, n (%)			0,405 ^a
- Sí	43(72,9)	24(64,9)	
- No	16(27,1)	13(35,1)	
Incidencia de los trastornos conductuales, n (%)			
- Delirios	7(11,7)	7(18,9)	0,324 ^a
- Alucinaciones	1(1,7)	1(2,7)	0,727 ^a
- Disforia	12(20,0)	4(10,8)	0,236 ^a
- Ansiedad	18(30,0)	10(27,0)	0,754 ^a
- Euforia	1(1,7)	-	0,430 ^a
- Agresividad	13(21,7)	12(32,4)	0,239 ^a
- Apatía	4(6,7)	3(8,1)	0,790 ^a
- Irritabilidad	16(26,7)	8(21,6)	0,576 ^a
- Desinhibición	4(6,7)	1(2,7)	0,391 ^a
- Conducta motriz anómala	7(11,9)	2(5,4)	0,291 ^a
- Trastornos del sueño	19(31,7)	6(16,2)	0,091 ^a
- Trastornos de la alimentación	15(25,0)	4(10,8)	0,087 ^a
Braden, media\pmDT *	18,5 \pm 3,7	20,8 \pm 1,9	0,005^b
Riesgo de UPP, n (%)			0,018 ^a
- Bajo (\geq 15)	49(81,7)	39(100)	
- Moderado (13-14)	7(11,7)	-	
- Alto (\leq 12)	4(6,7)	-	
Estado nutricional, n (%) *			0,001^a
- Normal (24-30)	1(2,0)	9(25,7)	
- Riesgo de malnutrición (17-23,5)	35(71,4)	23(65,7)	
- Malnutrición ($<$ 17)	13(26,5)	3(8,6)	

* $p < 0,05$ ^atest χ^2 ; ^btest *U* Mann-Whitney; MMSE: Mini-Mental State Examination; NPI: Neuropsychiatric Inventory; UPP: Úlceras por presión

IV.2.3. Estado funcional y productos de apoyo

En la Tabla 9 se desglosan las diferencias encontradas entre las muestras en base al tipo de recurso utilizado y en relación a su estado funcional prestando atención a los diferentes ítems que evalúa el IB. Los usuarios de Residencia eran más dependientes en actividades como “comer” ($p=0,010$), “lavarse” ($p=0,035$), “vestirse” ($p=0,001$), “incontinencia de micción” ($p=0,014$), “ir al retrete” ($p=0,006$), “trasladarse” ($p<0,001$), “deambulaci3n” ($p<0,001$) y “subir y bajar escaleras” ($p<0,001$). Por el contrario, los usuarios de Centro de Día tenían mayores problemas de “incontinencia de deposici3n” ($p<0,001$).

Tabla 9. Estado funcional de la muestra [n (%)] por tipo de recurso (residencia vs. centro de día).

	Residencia (n=73)	Centro de Día (n=72)	p valor
COMER *			0,010^a
- Dependiente	10(14,5)	3(4,4)	
- Necesita Ayuda	29(42,0)	19(27,9)	
- Independiente	30(43,5)	46(67,6)	
LAVARSE *			0,035^a
- Dependiente	59(85,5)	48(70,6)	
- Independiente	10(14,5)	20(29,4)	
VESTIRSE *			0,001^a
- Dependiente	44(63,8)	22(32,4)	
- Necesita Ayuda	13(18,8)	20(29,4)	
- Independiente	12(17,4)	26(38,2)	
ARREGLARSE			0,143 ^a
- Dependiente	36(52,2)	27(39,7)	
- Independiente	33(47,8)	41(60,3)	
DEPOSICI3N *			<0,001^a
- Incontinente	23(33,3)	6(8,8)	
- Accidente Ocasional	5(7,2)	-	
- Continente	41(59,8)	62(91,2)	
MICCI3N *			0,014^a

- Incontinente	46(66,7)	30(44,1)
- Accidente Ocasional	6(8,7)	5(7,4)
- Continente	17(24,6)	33(48,5)
IR AL RETRETE *		0,006^a
- Dependiente	40(58,0)	21(30,9)
- Necesita Ayuda	10(14,5)	15(22,1)
- Independiente	19(27,5)	32(47,1)
TRASLADARSE *		<0,001^a
- Dependiente	15(21,7)	1(1,5)
- Gran Ayuda	16(23,2)	3(4,4)
- Mínima Ayuda	16(23,2)	16(23,5)
- Independiente	22(31,9)	48(70,6)
DEAMBULACIÓN *		<0,001^a
- Dependiente	29(42,0)	2(2,9)
- Mínima Ayuda	17(24,6)	25(36,8)
- Independiente	23(33,3)	41(60,3)
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS *		<0,001^a
- Dependiente	39(56,5)	9(13,2)
- Necesita Ayuda	7(10,1)	24(35,3)
- Independiente	23(33,3)	35(51,5)

* $p < 0,05$ ^atest χ^2

En la Tabla 10 se exponen los resultados de la comparación en referencia a los productos de apoyo utilizados por las muestras de Residencia y Centro de Día. En cuanto a los productos de apoyo para los desplazamientos no se hallaron diferencias, sin embargo los usuarios de Centro de Día usaban el “bastón” de forma significativamente mayor ($p=0,028$) y de forma significativamente menor el “sillón geriátrico” ($p < 0,001$).

En cuanto a la incontinencia diurna también se encontraron diferencias significativas. Los usuarios de Residencia tenían más problemas en este sentido ($p < 0,001$) y lo que se refiere a los soportes empleados para estos problemas, el de tipo “anatómico” ($p=0,017$) y los “absorbentes” ($p=0,007$) eran los más utilizados por los usuarios de la Residencia. En los

casos de incontinencia nocturna también se encontraron diferencias ($p<0,005$) al igual que en el tipo de soporte utilizado que seguían siendo los anatómicos ($p=0,007$) y los absorbentes ($p=0,028$) en el caso de la muestra de Residencia.

El uso de sujeciones también era un aspecto que evidenciaba claras diferencias entre ambos grupos ($p<0,001$). Los usuarios de la Residencia las usaban de forma más habitual evidenciándose diferencias significativas en el uso de “2 barandillas” ($p<0,001$), “cinturón nocturno” ($p=0,024$) y “cinturón diurno” ($p=0,017$).

Lo mismo ocurría con los productos antiescaras ($p=0,009$) y los productos empleados para el aseo ($p<0,001$).

Tabla 10. Productos de apoyo de la muestra por tipo de recurso (residencia vs. centro de día).

	Residencia (n=73)	Centro de Día (n=72)	p valor
Necesita de tercera persona para la deambulaci3n, n (%)	29(42,0)	26(37,7)	0,602 ^a
PA para los desplazamientos, n (%)	47(68,1)	42(60,9)	0,374 ^a
- Bast3n *	11(15,9)	22(31,9)	0,028^a
- 1 muleta	-	3(4,3)	0,080 ^a
- 2 muletas	3(4,3)	1(1,4)	0,310 ^a
- Andador	7(10,1)	10(14,5)	0,437 ^a
- Silla de ruedas	4(5,8)	10(14,5)	0,091 ^a
- Sill3n geri3trico*	31(44,9)	5(7,2)	<0,001^a
Incontinencia diurna, n (%) *	60(84,5)	40(57,1)	<0,001^a
- Salva slip	1(1,4)	1(1,4)	0,992 ^a
- Compresa	11(15,5)	15(21,4)	0,364 ^a
- Anatómico *	8(11,3)	1(1,4)	0,017^a
- Absorbente *	36(50,7)	20(28,6)	0,007^a
- Braga-pa3nal	4(5,6)	3(4,3)	0,713 ^a
Incontinencia nocturna, n (%) *	60(84,5)	44(63,8)	0,005^a
- Salva slip	1(1,4)	1(1,4)	0,984 ^a
- Compresa	7(9,9)	10(14,5)	0,401 ^a

- Anatómico *	7(9,9)	-	0,007^a
- Absorbente *	43(60,6)	29(42,0)	0,028^a
- Braga-pañal	2(2,8)	4(5,8)	0,384 ^a
Incontinencia diurna + nocturna, n (%)*	60(84,5)	44(63,8)	0,005^a
Precisa sujeciones, n (%) *	39(54,9)	2(2,9)	<0,001^a
- 1 barandilla	3(4,2)	-	0,082 ^a
- 2 barandillas *	36(50,7)	1(1,4)	<0,001^a
- Cinturón nocturno *	5(7,0)	-	0,024^a
- Cinturón diurno*	8(11,3)	1(1,4)	0,017^a
- Bandeja	1(1,4)	-	0,319 ^a
Precisa productos antiescaras, n (%) *	9(12,7)	1(1,4)	0,009^a
- Cojín *	8(11,3)	1(1,4)	0,017^a
- Colchón *	5(7,0)	-	0,024^a
PA para el aseó, n (%) *	51(72,9)	20(29,9)	<0,001^a
- De pie *	19(27,1)	47(70,1)	<0,001^a
- Silla clean *	42(60,0)	20(29,9)	<0,001^a
- Bañera geriátrica *	9(12,9)	-	0,002^a
- Cama	2(2,9)	-	0,163 ^a

* $p < 0,05$ ^atest χ^2

IV.3. Análisis “Residencia vs. Centro de día” por año de ingreso

IV.3.1. Características sociodemográficas

Analizando las características sociodemográficas de ambas muestras a fin de realizar un **análisis comparativo entre los recursos por cada uno de los años estudiados**, encontramos diferencias significativas ($p < 0,05$) en las variables referidas a los motivos de ingreso y baja de los usuarios (Tabla 11).

En relación a la procedencia de los usuarios al realizarse el ingreso, se hallaron diferencias significativas entre los recursos y en ambos años analizados ($p < 0,001$).

Los motivos del ingreso en ambos recursos eran significativamente diferentes ($p < 0,001$). En el año 2010 las personas que ingresaban en la Residencia lo hacían mayoritariamente por convalecencias post-hospitalarias o por empeoramientos de salud, mientras que en el Centro de Día los ingresos venían motivados por la búsqueda de estimulación, seguido de las personas que acceden por respiro familiar. En el año 2015 continúa esta misma tendencia, pero en el caso del Centro de Día, todos los ingresos se concentran en dos motivos, la búsqueda de estimulación y el respiro familiar y en el caso de Residencia la mayor parte de ellos se producían por convalecencias post-hospitalarias.

Del mismo modo, se hallaron diferencias significativas en cuanto al motivo de baja de los usuarios en ambos momentos temporales. En el año 2010 la mayor parte de los usuarios de la Residencia continuaban en el recurso un año después de su ingreso (37,8%), porcentaje similar al de Centro de Día, donde un 36,2% cumplían la misma circunstancia. La mortalidad afectaba en mayor medida a los usuarios de Residencia (18,9%), siendo el motivo de baja más frecuente, que a los de Centro de Día (4,3%), donde la mayor parte de las bajas se producían de forma voluntaria o sin especificar motivo. En el año 2015 se siguió la misma tónica, un porcentaje elevado de la muestra de Residencia continuaba siendo beneficiario del recurso al año siguiente de su ingreso (27,9%) pero en esta ocasión el porcentaje de usuarios de Centro de Día que continuaban en el recurso era menor, un 16,0%. La mortalidad continuaba afectando en mayor medida a los usuarios de Residencia que a los de Centro de Día, situándose en el primer caso en un porcentaje del 22,2% y en el segundo en un 8,0%. Además, en el Centro de Día, un elevado porcentaje se había dado de baja por otros motivos como la no adaptación al centro, los cambios de domicilio, periodos vacacionales, etc., seguido de los porcentajes que representaban a los usuarios que continuaban acudiendo al recurso y los que habían sido baja en el mismo pero habían pasado a formar parte de la Residencia.

Tabla 11. Características sociodemográficas por tipo de recurso (residencia-R vs. centro de día-CD) y año de ingreso

	2010			2015		
	R (n=37)	CD (n=47)	<i>p</i> valor	R (n=36)	CD (n=25)	<i>p</i> valor
Género, n (%)			0,612 ^a			0,117 ^a
- Hombre	17(45,9)	19(40,4)		14(38,9)	5(20,0)	
- Mujer	20(54,1)	28(59,6)		22(61,1)	20(80,0)	
Edad (años), media±DT	83,3±7,7	82,3±6,6	0,677 ^b	83,8±8,0	83,5±8,8	0,170 ^b
Edad, (años), n (%)			0,927 ^a			0,733 ^a
- 60-64	-	-		1(2,8)	1(4,0)	
- 65 – 69	2(5,4)	3(6,4)		1(2,8)	-	
- 70 – 74	2(5,4)	1(2,1)		3(8,3)	5(20,0)	
- 75 – 79	7(19,0)	11(23,4)		5(13,9)	2(8,0)	
- 80 – 84	11(29,7)	13(27,7)		8(22,2)	5(20,0)	
- ≥ 85	15(40,5)	19(40,4)		18(50,0)	12(48,0)	
Nivel educativo (años), n (%)			0,602 ^a			0,114 ^a
- < 8	3(8,5)	7(15,2)		5(14,3)	9(36,0)	
- 9 - 17	24(68,6)	31(67,4)		26(74,3)	15(60,0)	
- ≥ 17	8(22,9)	8(17,4)		4(11,4)	1(4,0)	
Estado civil, n (%)			0,082 ^a			0,381 ^a
- Casado	11(34,4)	21(45,7)		7(20,0)	9(36,0)	
- Viudo	15(46,9)	24(52,2)		21(60,0)	14(56,0)	
- Soltero	4(12,5)	1(2,1)		6(17,1)	2(8,0)	
- Separado/Divorciado	2(6,2)	-		1(2,9)	-	
Procedencia, n (%) **			<0,001 ^a			0,001 ^a
- Domicilio propio	12(33,3)	28(62,2)		15(41,7)	15(60,0)	
- Domicilio familiar	8(22,2)	17(37,8)		4(11,1)	10(40,0)	
- Hospital	14(38,9)	-		13(36,1)	-	

- Otro tipo de recurso	-	-	1(2,8)	-
- Otro centro del mismo tipo	2(5,6)	-	3(8,3)	-
Motivo de ingreso, n (%) *			<0,001^a	<0,001^a
- Estimulación	3(8,6)	24(54,5)	6(16,7)	23(92,0)
- Respiro familiar	3(8,6)	8(18,2)	7(19,3)	2(8,0)
- Estancias post-hospitalarias	14(40,0)	-	15(41,7)	-
- Empeoramiento salud	12(34,2)	5(11,4)	6(16,7)	-
- Conciliación laboral-familiar	2(5,7)	6(13,6)	1(2,8)	-
- Otros	1(2,9)	1(2,3)	1(2,8)	-
Motivo de baja, n (%) *			0,026^a	0,008^a
- Voluntaria/ No Registrado	6(16,2)	18(38,3)	3(8,3)	1(4,0)
- Exitus	7(18,9)	2(4,3)	8(22,2)	2(8,0)
- Traslado a otro centro	6(16,2)	3(6,4)	3(8,3)	1(4,0)
- Regreso a su domicilio	2(5,4)	-	4(11,1)	-
- Fin de estancia temporal	2(5,4)	1(2,1)	4(11,1)	1(4,0)
- Cambio de recurso en el complejo	-	1(2,1)	3(8,3)	3(12,0)
- No es baja	14(37,8)	17(36,2)	10(27,9)	4(16,0)
- Empeoramiento salud	-	3(6,4)	-	1(4,0)
- Otros	-	2(4,3)	1(2,8)	12(48,0)

* $p < 0,05$ ^atest χ^2 ; ^btest U Mann-Whitney

IV.3.2. Estado de salud

Al comparar del mismo modo las características generales del estado de salud se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación con el número de sujetos hiperpolimedicados en el año 2015 ($p=0,020$) (Tabla 12).

Los usuarios de la Residencia, tanto en el año 2010 como en el 2015, presentaban unos niveles de dependencia funcional significativamente superiores a los que manifestaban los usuarios del Centro de Día ($p < 0,001$), es decir, en ambos años los sujetos que accedían a la Residencia eran más dependientes que los que ingresaban en el Centro de Día. En la

Residencia más de la mitad de la muestra presentaban una dependencia moderada-severa, mientras que en el Centro de Día los usuarios presentan un estado funcional de total independencia o dependencia leve.

No se encontraron diferencias significativas en relación a la presencia o no de trastornos conductuales y al analizar la presencia de los diferentes síntomas, únicamente se encontraron diferencias en la presencia de “agresividad” en el año 2010, con una incidencia significativamente mayor en el Centro de Día que en la Residencia ($p=0,049$). Esta diferencia no se mantiene en el 2015, donde no se observan diferencias estadísticas en la incidencia de ningún problema conductual entre ambos recursos.

En 2010 se encontraron diferencias significativamente estadísticas en relación al riesgo de desarrollar úlceras por presión mediante la puntuación media de la escala de Braden. Esta puntuación era más elevada en el Centro de Día, lo que indica un menor riesgo de padecer úlceras por presión en los usuarios de este recurso.

También se observaron diferencias significativas en el estado nutricional de los usuarios en el 2015. Los usuarios de la Residencia accedían con un peor estado nutricional y un mayor riesgo de malnutrición ($p=0,005$) en comparación con los usuarios que ingresaban en el Centro de Día.

Tabla 12. Estado de salud de la muestra por tipo de recurso (residencia-R vs. centro de día-CD) y año de ingreso

	2010			2015		
	R (n=37)	CD (n=47)	<i>P</i> valor	R (n=36)	CD (n=25)	<i>P</i> valor
Polifarmacia (≥ 5), n (%)	28(75,7)	34(72,3)	0,730 ^a	31(86,1)	17(68,0)	0,089 ^a
Hiperpolifarmacia (≥ 10), n (%) *	7(18,9)	9(19,1)	0,979 ^a	16(44,4)	4(16,0)	0,020^a
MMSE, media\pmDT	18,3 \pm 7,6	16,8 \pm 6,6	0,375 ^b	16,7 \pm 6,9	17,9 \pm 5,0	0,614 ^b
Deterioro cognitivo, n (%)			0,337 ^a			0,245 ^a
- Si (<25)	21(77,8)	33(86,8)		27(87,1)	24(96,0)	
- No (≥ 25)	6(22,2)	5(13,2)		4(12,9)	1(4,0)	
Dependencia funcional, n (%) *			0,001^a			<0,001^a
- Total (<20)	9(26,5)	1(2,2)		10(28,6)	-	
- Severa (20-35)	9(26,5)	4(8,7)		9(25,7)	1(4,0)	
- Moderada (40-55)	4(11,8)	9(19,6)		2(5,7)	5(20,0)	

- Leve (≥ 60)	9(26,5)	26(56,5)		13(37,1)	13(52,0)	
- Independencia (100 o 90 si silla de ruedas)	3(8,7)	6(13,0)		1(2,9)	6(24,0)	
NPI, media\pmDT	15,1 \pm 16,2	17,1 \pm 17,1	0,677 ^b	16,7 \pm 15,3	10,1 \pm 9,8	0,193 ^b
Trastornos conductuales, n (%)			0,820 ^a			0,359 ^a
- Sí	20(66,7)	14(63,6)		23(79,3)	10(66,7)	
- No	10(33,3)	8(36,4)		6(20,7)	5(33,3)	
Incidencia de los trastornos conductuales, n (%)						
- Delirios	4(13,3)	5(22,7)	0,376 ^a	3(10,0)	2(13,3)	0,737 ^a
- Alucinaciones	1(3,3)	1(4,5)	0,822 ^a	-	-	-
- Disforia	3(10,0)	2(9,1)	0,913 ^a	9(30,0)	2(13,2)	0,220 ^a
- Ansiedad	4(13,3)	3(13,6)	0,975 ^a	14(46,7)	7(46,7)	1,000 ^a
- Euforia	-	-	-	1(3,3)	-	0,475 ^a
- Agresividad *	6(20,0)	10(45,5)	0,049^a	7(23,3)	2(13,3)	0,429 ^a
- Apatía	-	2(9,1)	0,092 ^a	4(13,3)	1(6,7)	0,502 ^a
- Irritabilidad	6(20,0)	5(22,7)	0,812 ^a	10(33,3)	3(20,0)	0,352 ^a
- Desinhibición	1(3,3)	1(4,5)	0,822 ^a	3(10,0)	-	0,205 ^a
- Conducta motriz anómala	-	-	-	7(24,1)	2(13,3)	0,400 ^a
- Trastornos del sueño	9(30,0)	4(18,2)	0,331 ^a	10(33,3)	2(13,3)	0,153 ^a
- Trastornos de la alimentación	7(23,3)	1(4,5)	0,064 ^a	8(26,7)	3(20,0)	0,624 ^a
Braden, media\pmDT *	18,1 \pm 4,2	20,8 \pm 2,1	0,036^b	18,9 \pm 3,4	20,7 \pm 1,8	0,050 ^b
Riesgo de UPP, n (%)			0,065 ^a			0,248 ^a
- Bajo (≥ 15)	19(73,1)	17(100,0)		30(88,2)	22(100,0)	
- Moderado (13-14)	5(19,2)	-		2(5,9)	-	
- Alto (≤ 12)	2(7,7)	-		2(5,9)	-	
Estado nutricional, n (%) *			0,101 ^a			0,005^a
- Normal (24-30)	-	1(7,7)		1(3,1)	8(36,4)	
- Riesgo de malnutrición (17-23,5)	13(76,5)	12(92,3)		22(68,8)	11(50,0)	
- Malnutrición (<17)	4(23,5)	-		9(28,1)	3(13,6)	

* $p < 0,05$ ^atest χ^2 ; ^btest U Mann-Whitney; MMSE: Mini-Mental State Examination; NPI: Neuropsychiatric Inventory; UPP: Úlceras por presión

IV.3.3. Estado funcional y productos de apoyo

Se realizó también una comparación del estado funcional entre los usuarios. Como ya se mencionó anteriormente, la capacidad funcional era mayor en usuarios que acudían al Centro de Día. Este hecho concuerda con el análisis de los diferentes ítems incluidos en el IB, en el que se encontraron diferencias significativas en varias áreas (Tabla 13).

En el año 2015 los usuarios del Centro de Día eran significativamente más independientes a la hora de “comer” ($p=0,005$). En relación al “vestido”, las diferencias se encuentran en los dos años estudiados ($p<0,05$), siendo también la población que acude al Centro de Día más autónoma para esta tarea que los usuarios de la Residencia.

La incontinencia fue otro de los aspectos estudiados y en el que se encontraron diferencias significativas, tanto en relación con la de tipo fecal como urinario. Los usuarios del Centro de Día tenían menos problemas de incontinencia fecal que los de Residencia, tanto en 2010 ($p=0,008$) como en 2015 ($p=0,006$). Además, y aunque en el año 2010 no se observaron diferencias significativas, en el 2015 los usuarios del Centro de Día también presentaban menor número de problemas de incontinencia urinaria que los de la Residencia ($p=0,002$).

Un elevado porcentaje de los usuarios de la Residencia tenían incontinencia diurna de una forma significativamente mayor que los usuarios de Centro de Día (Tabla 14). En el 2010 los usuarios de Residencia hacían un mayor uso de los productos de apoyo de tipo “anatómico” ($p=0,004$), mientras que en el 2015 el uso de “absorbentes” era mayor ($p=0,014$). Además, en el 2015 los usuarios de la Residencia también presentaban una mayor incidencia de problemas de incontinencia nocturna ($p=0,039$), hecho por el que el uso de absorbentes nocturno también era significativamente mayor ($p=0,026$).

A la hora de ir al retrete de forma autónoma (Tabla 13), en el año 2010 no se hallaron diferencias entre los grupos, pero en el 2015 los usuarios del Centro de Día precisaban menos ayuda para la correcta realización de esta actividad ($p=0,019$).

En cuanto a la movilidad de los usuarios, en ambos años y tanto en lo que se refiere a la realización de transferencias, a la deambulación y a subir o bajar escaleras, los usuarios del Centro de Día presentaban menor número de limitaciones ($p<0,05$) y un porcentaje bajo de la muestra era dependiente para la realización de las mismas.

Tabla 13. Estado funcional de la muestra [n (%)] por tipo de recurso (residencia-R vs. centro de día-CD) y año de ingreso.

	2010			2015		
	R (n=37)	CD (n=47)	<i>p</i> valor	R (n=36)	CD (n=25)	<i>p</i> valor
COMER *			0,474 ^a			0,005^a
- Dependiente	4(11,8)	3(7,0)		6(17,1)	-	
- Necesita Ayuda	14(41,2)	14(32,6)		15(42,9)	5(20,0)	
- Independiente	16(47,1)	26(60,5)		14(40,0)	20(80,0)	
LAVARSE			0,243 ^a			0,050 ^a
- Dependiente	29(85,3)	32(74,4)		30(85,7)	16(64,0)	
- Independiente	5(14,7)	11(25,6)		5(14,3)	9(36,0)	
VESTIRSE *			0,029^a			0,011^a
- Dependiente	23(67,6)	16(37,2)		21(60,0)	6(24,0)	
- Necesita Ayuda	5(14,8)	13(30,2)		8(22,9)	7(28,0)	
- Independiente	6(17,6)	14(32,6)		6(17,1)	12(48,0)	
ARREGLARSE			0,575 ^a			0,070 ^a
- Dependiente	18(52,9)	20(46,5)		18(51,4)	7(28,0)	
- Independiente	16(47,1)	23(53,5)		17(48,6)	18(72,0)	
DEPOSICIÓN *			0,008^a			0,006^a
- Incontinente	12(35,3)	5(11,6)		11(31,4)	1(4,0)	
- Accidente Ocasional	2(5,9)	-		3(8,6)	-	
- Continente	20(58,8)	38(88,4)		21(60,0)	24(96,0)	
MICCIÓN *			0,091 ^a			0,002^a
- Incontinente	23(67,6)	21(48,8)		23(65,7)	9(36,0)	
- Accidente Ocasional	-	4(9,3)		6(17,1)	1(4,0)	
- Continente	11(32,4)	18(41,9)		6(17,1)	15(60,0)	
IR AL RETRETE *			0,181 ^a			0,019^a
- Dependiente	19(55,9)	15(34,9)		21(60,0)	6(24,0)	

- Necesita Ayuda	5(14,7)	10(23,3)	5(14,3)	5(20,0)
- Independiente	10(29,4)	18(41,8)	9(25,7)	14(56,0)
TRASLADARSE *			<0,001^a	0,006^a
- Dependiente	8(23,5)	1(2,3)	7(20,0)	-
- Gran Ayuda	10(29,4)	2(4,7)	6(17,1)	1(4,0)
- Mínima Ayuda	5(14,7)	10(23,3)	11(31,4)	6(24,0)
- Independiente	11(32,4)	30(69,7)	11(31,4)	18(72,0)
DEAMBULACIÓN *			<0,001^a	0,011^a
- Dependiente	16(47,1)	1(2,3)	13(37,1)	1(4,0)
- Mínima Ayuda	5(14,7)	13(30,2)	12(34,3)	12(48,0)
- Independiente	13(38,2)	29(67,5)	10(28,6)	12(48,0)
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS *			<0,001^a	0,015^a
- Dependiente	20(58,8)	4(9,3)	19(54,3)	5(20,0)
- Necesita Ayuda	2(5,9)	14(32,6)	5(14,3)	10(40,0)
- Independiente	12(35,3)	25(58,1)	11(31,4)	10(40,0)

* $p < 0,05$ ^atest χ^2

Al analizar el uso de los productos de apoyo para la deambulaci3n por parte de los usuarios de los dos recursos (Tabla 14), se observ3 que los usuarios que ingresaban en la Residencia hacían un uso significativamente mayor de los sillones geriátricos que los que lo hacían en el Centro de Día. Por el contrario, en el 2010, los usuarios que llegaban al Centro de Día utilizaban el bast3n de forma significativamente mayor que los que accedían a la Residencia ($p=0,044$).

Los usuarios de la Residencia tambi3n hacían un uso mayor de los sistemas de sujeci3n, tanto en 2010 como en 2015 ($p < 0,001$). En ambos ańos el uso de barandillas era significativamente mayor ($p < 0,001$). Sin embargo, el uso de cintur3n, tanto diurno ($p=0,010$) como nocturno ($p=0,048$), solo mostraba diferencias en su uso en el ańo 2010.

Tambi3n en este ańo, el uso de productos antiescaras era significativamente mayor en la Residencia que en el Centro de Día ($p=0,010$), tanto del cojín antiescaras ($p=0,022$) como en del colch3n antiescaras ($p=0,048$).

Los productos de apoyo para el aseo eran significativamente más usados por los usuarios de Residencia que por los de Centro de Día. La mayor parte de los usuarios del Centro de Día realizaban la ducha sin necesidad de emplear dichos sistemas mientras que la mayor parte de los usuarios de Residencia tenían pautado el uso de “sillas clean”. En el año 2010 también se encuentran diferencias en el uso de las bañeras geriátricas ya que en el Centro de Día no se registra ningún caso en el que sea necesaria su utilización mientras que sí que se utilizan con varios usuarios de la Residencia ($p=0,011$).

Tabla 14. Productos de apoyo de las muestras por tipo de recurso (residencia-R vs. centro de día-CD) y año de ingreso.

	2010			2015		
	R (n=37)	CD (n=47)	p valor	R (n=36)	CD (n=25)	p valor
Necesita de tercera persona para la deambulación, n (%) *	11(32,4)	14(31,8)	0,960 ^a	18(51,4)	12(48,0)	0,793 ^a
PA para los desplazamientos, n (%)	24(70,6)	28(63,6)	0,396 ^a	23(65,7)	14(56,0)	0,285 ^a
- Bastón	6(17,6)	17(38,6)	0,044^a	5(14,3)	5(20,0)	0,558 ^a
- 1 muleta	-	2(4,5)	0,208 ^a	-	1(4,0)	0,233 ^a
- 2 muletas	2(5,9)	1(2,3)	0,411 ^a	1(2,9)	-	0,394 ^a
- Andador	5(14,7)	5(11,4)	0,662 ^a	2(5,7)	5(20,0)	0,089 ^a
- Silla de ruedas	1(2,9)	6(13,6)	0,101 ^a	3(8,6)	4(16,0)	0,377 ^a
- Sillón geriátrico *	16(47,1)	3(6,8)	<0,001^a	15(42,9)	2(8,0)	0,003^a
Incontinencia diurna, n (%) *	30(83,3)	25(55,6)	0,008^a	30(85,7)	15(60,0)	0,023^a
- Salva slip	1(2,8)	1(2,2)	0,873 ^a	-	-	-
- Compresa	5(14,0)	8(17,8)	0,636 ^a	6(17,1)	7(28,0)	0,314 ^a
- Anatómico	8(22,2)	1(2,2)	0,004^a	-	-	-
- Absorbente	15(41,7)	13(28,9)	0,230 ^a	21(60,0)	7(28,0)	0,014^a
- Braga-pañal	1(2,8)	2(4,4)	0,693 ^a	3(8,6)	1(4,0)	0,484 ^a

Incontinencia nocturna, n (%) *	30(83,3)	29(64,4)	0,058 ^a	30(85,7)	15(62,5)	0,039^a
- Salva slip	1(2,8)	1(2,2)	0,873 ^a	-	-	-
- Compresa	1(2,8)	5(11,1)	0,155 ^a	6(17,1)	5(20,8)	0,721 ^a
- Anatómico *	7(19,4)	-	0,002^a	-	-	
- Absorbente *	21(58,3)	21(46,7)	0,296 ^a	22(62,9)	8(33,3)	0,026^a
- Braga-pañal	-	2(4,4)	0,200 ^a	2(5,7)	2(8,3)	0,694 ^a
Incontinencia diurna + nocturna, n (%) *	30(83,3)	29(64,4)	0,058 ^a	30(85,7)	15(62,5)	0,039^a
Precisa sujeciones, n (%) *	19(52,8)	-	<0,001^a	20(57,1)	2(8,0)	<0,001^a
- 1 barandilla	1(2,8)	-	0,261 ^a	2(5,7)	-	0,224 ^a
- 2 barandillas *	19(52,8)	-	<0,001^a	17(48,6)	1(4,0)	<0,001^a
- Cinturón nocturno *	3(8,3)	-	0,048^a	2(5,7)	-	0,224 ^a
- Pijama	-	-	-	-	-	-
- Sábana de sujeción	-	-	-	-	-	-
- Cinturón diurno *	5(13,9)	-	0,010^a	3(8,6)	1(4,0)	0,484 ^a
- Bandeja	1(2,8)	-	0,261 ^a	-	-	-
Precisa productos antiescaras, n (%) *	5(13,9)	-	0,010^a	4(11,4)	-	0,080 ^a
- Cojín	4(11,1)	-	0,022^a	4(11,1)	1(4,0)	0,305 ^a

Resultados

- Colchón	3(8,3)	-	0,048^a	2(5,7)	-	0,224 ^a
PA para el aseo, n (%) *	27(77,1)	13(31,0)	<0,001^a	24(68,6)	7(28,0)	0,002^a
- De pie	8(22,9)	28(66,7)	<0,001^a	11(31,4)	18(72,0)	0,002^a
- Silla clean	22(62,9)	13(31,0)	0,005^a	20(57,1)	7(28,0)	0,025^a
- Bañera geriátrica	5(14,3)	-	0,011^a	4(11,4)	-	0,080 ^a
- Cama	-	-	-	2(5,7)	-	0,224 ^a

* $p < 0,05$ ^atest χ^2

IV.4. Análisis por diferencia de género

IV.4.1. Características generales

En la Tabla 15 se muestran los datos de la comparación acerca de las características sociodemográficas entre hombres y mujeres con el objetivo de comprobar si existían algún tipo de diferencias entre géneros en lo relativo a las diferentes muestras del estudio.

Tanto en la muestra total como en el Centro de Día, al estudiar la edad dividida por quinquenios, las mujeres eran significativamente más mayores que los hombres ($p=0,015$ y $p=0,036$ respectivamente). También poseían un nivel educativo más bajo que estos ($p=0,040$ y $p<0,001$) cuyo porcentaje de usuarios con estudios superiores (>17 años) era claramente mayor que el de las mujeres, que solían tener estudios de nivel medio-bajo.

En las tres muestras analizadas, las mujeres eran en su mayoría viudas ($p<0,001$ en la muestra total y en Residencia y $p=0,002$ en el Centro de Día), mientras que los hombres solían estar casados.

Con respecto al lugar de procedencia, únicamente se hallaron diferencias significativas en la comparación por géneros de la muestra total, donde un porcentaje elevado de mujeres procedía de su propio domicilio (48,9%) seguido de las que procedían del domicilio de algún familiar (34,1%), mientras que los hombres, aunque también procedían mayoritariamente del domicilio propio (50,0%), en segundo lugar lo hacían procedentes del hospital (24,1%).

No se encontraron diferencias en cuanto a las circunstancias de los ingresos (lugar de procedencia y motivo del ingreso) ni de las causas de la baja. Tampoco se encontraron diferencias entre géneros en relación a la incidencia de mortalidad. En la muestra general dividida por género, el porcentaje de hombres fallecidos en el año posterior al ingreso fue mayor que el de mujeres (20,0% y 6,7% respectivamente). Atendiendo a las muestras divididas por género en cada uno de los recursos, en la Residencia se seguía la tónica de la muestra total, con mayor número de varones fallecidos, mientras que en el Centro de Día la incidencia de mortalidad entre las mujeres era mayor que entre los hombres. Aunque sin evidenciarse de forma significativa en ninguno de los tres casos.

Tabla 15. Características sociodemográficas de acuerdo al género y al tipo de recurso (residencia vs. centro de día).

	TOTAL			RESIDENCIA			CENTRO DE DÍA		
	Hombres (n=55)	Mujeres (n=90)	p valor	Hombres (n=31)	Mujeres (n=42)	p valor	Hombres (n=24)	Mujeres (n=48)	p valor
Edad (años), media±DT	81,5±8,8	84,1±6,5	0,155 ^b	84,9±6,0	81,6±9,4	0,180 ^b	81,4±8,1	83,4±6,9	0,538 ^b
Edad (años), n (%) *	0,015 ^a			0,063 ^a			0,036 ^a		
- 60-64	2(3,6)	-		1(3,2)	-		1(4,1)	-	
- 65 – 69	6(10,9)	-		3(9,7)	-		3(12,5)	-	
- 70 – 74	4(7,3)	7(7,8)		4(12,9)	1(2,4)		-	6(12,5)	
- 75 – 79	8(14,5)	17(18,9)		5(16,1)	7(16,7)		3(12,5)	10(20,8)	
- 80 – 84	12(21,8)	25(27,8)		5(16,1)	14(33,3)		7(29,2)	11(22,9)	
- ≥ 85	23(41,8)	41(45,6)		13(42,0)	20(47,6)		10(41,7)	21(43,8)	
Nivel educativo (años), n (%) *	0,040 ^a			0,426 ^a			<0,001 ^a		
- < 8	7(13,2)	17(19,3)		5(17,2)	3(7,3)		2(8,3)	14(29,8)	
- 9 - 17	33(62,3)	63(71,6)		19(65,6)	31(75,6)		14(58,4)	32(68,1)	
- ≥ 17	13(24,5)	8(9,1)		5(17,2)	7(17,1)		8(33,3)	1(2,1)	
Estado civil, n (%) *	<0,001 ^a			<0,001 ^a			0,002 ^a		
- Casado	33(62,3)	15(17,6)		16(55,2)	2(5,3)		17(70,8)	13(27,7)	
- Viudo	15(28,3)	59(69,4)		8(27,6)	28(73,7)		7(29,2)	31(66,0)	

- Soltero	3(5,7)	10(11,8)	3(10,3)	7(18,4)	-	3(6,3)
- Separado/Divorciado	2(3,8)	1(1,2)	2(6,9)	1(2,6)	-	-
Procedencia, n (%) *		0,036^a		0,207^a		0,043^a
- Domicilio propio	27(50,0)	43(48,9)	9(29,0)	18(44,0)	18(78,3)	25(53,2)
- Domicilio familiar	9(16,7)	30(34,1)	4(12,9)	8(19,5)	5(21,7)	22(46,8)
- Hospital	13(24,1)	14(15,9)	13(42,0)	14(34,1)	-	-
- Otro tipo de recurso	1(1,9)	-	1(3,2)	-	-	-
- Otro centro del mismo tipo	4(7,4)	1(1,1)	4(12,9)	1(2,4)	-	-
Motivo de ingreso, n (%)		0,271^a		0,851^a		0,093^a
- Estimulación	16(30,2)	40(46,0)	2(6,7)	7(17,1)	14(60,9)	33(71,7)
- Respiro familiar	11(20,8)	9(10,3)	5(16,7)	5(12,2)	6(26,1)	4(8,7)
- Estancias post-hospitalarias	13(24,5)	16(18,4)	13(43,3)	16(39,0)	-	-
- Empeoramiento salud	8(15,1)	15(17,2)	8(26,7)	10(24,4)	-	5(10,9)
- Conciliación laboral-familiar	3(5,7)	6(6,9)	1(3,3)	2(4,9)	2(8,7)	4(8,7)
- Otros	2(3,8)	1(1,1)	1(3,3)	1(2,4)	1(4,3)	-
Motivo de baja, n (%)		0,074^a		0,178^a		0,426^a
- Voluntaria/ No Registrado	11(20,0)	17(18,9)	3(9,7)	6(14,3)	8(33,3)	11(22,9)
- Exitus	11(20,0)	6(6,7)	10(32,3)	3(7,1)	1(4,2)	3(6,3)

Resultados

- Traslado a otro centro	4(7,3)	9(10,0)	3(9,7)	6(14,3)	1(4,2)	3(6,3)
- Regreso a su domicilio	3(5,5)	3(3,3)	3(9,7)	3(7,1)	-	-
- Fin de estancia temporal	3(5,5)	5(5,6)	2(6,5)	4(9,5)	1(4,2)	1(2,1)
- Cambio de recurso en el complejo	5(9,1)	2(2,2)	2(6,5)	1(2,4)	3(12,5)	1(2,1)
- No es baja	14(25,5)	34(37,8)	8(25,8)	18(42,9)	6(25,0)	16(33,3)
- Empeoramiento salud	2(3,6)	2(2,2)	-	-	2(8,3)	2(4,2)
- Otros	2(3,6)	12(13,3)	-	1(2,4)	2(8,3)	11(22,9)

* $p < 0,05$ ^atest χ^2 ; ^btest *U* Mann-Whitney

IV.4.2. Estado de salud

En la Tabla 16 se muestran las características generales del estado de salud de la muestra dividida por género. No se hallaron diferencias entre géneros en el número de medicamentos prescritos, aunque coincidiendo con los análisis previos de este estudio, la incidencia de un elevado consumo se mantenía para ambos grupos.

No se encontraron diferencias en la incidencia de deterioro cognitivo por género y las puntuaciones medias en el MMSE para ambos se situaban entre los 16 y los 18 puntos.

En líneas generales, los hombres presentaban unos índices de dependencia mayores que las mujeres, pero este hecho no se evidenció de manera significativamente estadística en ninguno de las muestras estudiadas.

La presencia de trastornos conductuales parecía ser similar en la muestra total y en la de Residencia, mientras que en el Centro de Día se encontraron diferencias significativas entre géneros, con una puntuación menor en el NPI en el caso de las mujeres ($p=0,018$) y con una incidencia de trastornos de conducta también menor (52,2% de las mujeres frente a 85,7% de los hombres).

Al realizar un análisis más profundo sobre la incidencia de unos y otros síntomas conductuales, tanto en la muestra total ($p=0,007$) como en la de Residencia ($p=0,022$) los hombres manifestaban mayores síntomas de desinhibición que las mujeres ya que se trataba de un comportamiento relativamente común entre los hombres mientras que no se presentaba en ningún caso entre las mujeres.

En el caso del Centro de Día, los trastornos conductuales de “agresividad” y “apatía” tenían mayor presencia en hombres que en mujeres ($p<0,05$). Concretamente, los síntomas agresivos estaban presentes en un 57,1% de los hombres y un 17,4% de las mujeres, mientras que la apatía únicamente se presentaba en el grupo de los hombres con una incidencia del 21,4%.

En cuanto al resto de características referentes al estado de salud analizadas no se encontraron diferencias entre géneros, es decir, ambos grupos presentan un riesgo de presentar UPP y un estado nutricional similar.

Tabla 16. Estado de salud de acuerdo al género y al tipo de recurso (residencia vs. centro de día).

	TOTAL			RESIDENCIA			CENTRO DE DÍA		
	Hombres (n=55)	Mujeres (n=90)	<i>p</i> valor	Hombres (n=42)	Mujeres (n=31)	<i>p</i> valor	Hombres (n=48)	Mujeres (n=24)	<i>p</i> valor
Polifarmacia (≥ 5), n (%)	42(76,4)	68(75,6)	0,912 ^a	24(77,4)	35(83,3)	0,526 ^a	18(75,0)	33(68,8)	0,582 ^a
Hiperpolifarmacia (≥ 10), n (%)	11(20,0)	25(27,8)	0,293 ^a	9(29,0)	14(33,3)	0,696 ^a	2(8,3)	11(22,9)	0,129 ^a
MMSE, media\pmDT	17,9 \pm 7,3	17,0 \pm 6,1	0,444 ^b	19,2 \pm 7,5	16,0 \pm 6,7	0,092 ^b	16,1 \pm 6,7	17,7 \pm 5,7	0,396 ^b
Deterioro cognitivo, n (%)			0,255 ^a			0,078 ^a			0,449 ^a
- Sí (<25)	37(82,2)	68(89,5)		19(73,1)	29(90,6)		18(94,7)	39(88,6)	
- No (≥ 25)	8(17,8)	8(10,5)		7(26,9)	3(9,4)		1(5,3)	5(11,4)	
Dependencia funcional, n (%)			0,215 ^a			0,235 ^a			0,874 ^a
- Total (<20)	10(18,9)	10(11,5)		10(33,4)	9(23,1)		-	1(2,1)	
- Severa (20-35)	11(20,8)	12(13,8)		9(30,0)	9(23,1)		2(8,7)	3(6,3)	
- Moderada (40-55)	5(9,4)	15(17,2)		1(3,3)	5(12,8)		4(17,4)	10(20,7)	
- Leve (≥ 60)	19(35,8)	42(48,3)		7(23,3)	15(38,4)		12(52,2)	27(56,3)	
- Independencia (100 o 90 si silla de ruedas)	8(15,1)	8(9,2)		3(10,0)	1(2,6)		5(21,7)	7(14,6)	
NPI, media\pmDT *	17,3 \pm 16,4	13,8 \pm 14,4	0,315 ^b	14,81 \pm 16,0	16,85 \pm 15,5	0,523 ^b	22,14 \pm 16,6	9,48 \pm 11,5	0,018^b
Trastornos conductuales, n (%) *			0,284 ^a			0,690 ^a			0,038^a
- Sí	31(75,6)	36(65,5)		19(70,4)	24(75,0)		12(85,7)	12(52,2)	

- No	10(24,4)	19(34,5)		8(29,6)	8(25,0)		2(14,3)	11(47,8)	
Incidencia de los trastornos conductuales, n (%)									
- Delirios	6(14,6)	8(14,3)	0,962 ^a	3(11,1)	4(12,1)	0,903 ^a	3(21,4)	4(17,4)	0,761 ^a
- Alucinaciones	1(2,4)	1(1,8)	0,823 ^a	-	1(3,0)	0,362 ^a	1(7,1)	-	0,194 ^a
- Disforia	8(19,5)	8(14,3)	0,493 ^a	6(22,2)	6(18,2)	0,697 ^a	2(14,3)	2(8,7)	0,595 ^a
- Ansiedad	10(24,4)	18(32,1)	0,405 ^a	7(25,9)	11(33,3)	0,533 ^a	3(21,4)	7(30,4)	0,550 ^a
- Euforia	1(2,4)	-	0,240 ^a	1(3,7)	-	0,265 ^a	14(100,0)	23(100,0)	-
- Agresividad *	12(29,3)	13(23,2)	0,501 ^a	4(14,8)	9(27,3)	0,244 ^a	8(57,1)	4(17,4)	0,012^a
- Apatía *	5(12,2)	2(3,6)	0,105 ^a	2(7,4)	2(6,1)	0,835 ^a	3(21,4)	-	0,021^a
- Irritabilidad	12(29,3)	12(21,4)	0,377 ^a	7(25,9)	9(27,3)	0,907 ^a	5(35,7)	3(13,0)	0,104 ^a
- Desinhibición *	5(12,2)	-	0,007^a	4(14,8)	-	0,022^a	1(7,1)	-	0,194 ^a
- Conducta motriz anómala	3(7,3)	6(10,9)	0,550 ^a	3(11,1)	4(12,1)	0,869 ^a	-	2(8,7)	0,257 ^a
- Trastornos del sueño	12(29,3)	13(23,2)	0,501 ^a	9(33,3)	10(30,3)	0,802 ^a	3(21,4)	3(13,0)	0,502 ^a
- Trastornos de la alimentación	6(14,6)	13(23,2)	0,293 ^a	5(18,5)	10(30,3)	0,294 ^a	1(7,1)	3(13,0)	0,575 ^a
Braden, media±DT	18,9±3,8	19,6±3,0	0,607 _b	18,3±4,1	18,6±3,5	0,927 ^b	20,5±2,5	20,9±1,7	0,887 ^b
Riesgo de UPP, n (%)			0,228 ^a			0,311 ^a			-
- Bajo (≥15)	30(85,7)	58(90,6)		20(80,0)	29(82,8)		10(100,0)	29(100,0)	
- Moderado (13-14)	2(5,7)	5(7,8)		2(8,0)	5(14,3)		-	-	

Resultados

- Alto (≤ 12)	3(8,6)	1(1,6)	3(12,0)	1(2,9)	-	-
Estado Nutricional, n (%)			0,448 ^a		0,616 ^a	0,506 ^a
- Normal (24-30)	2(6,7)	8(14,8)	-	1(3,6)	2(22,2)	7(27,0)
- Riesgo de malnutrición (17-23,5)	23(76,7)	35(64,8)	16(76,2)	19(67,8)	7(77,8)	16(61,5)
- Malnutrición (< 17)	5(16,7)	11(20,4)	5(23,8)	8(28,6)	-	3(11,5)

* $p < 0,05$ ^atest χ^2 ; ^btest U Mann-Whitney; MMSE: Mini-Mental State Examination; NPI: Neuropsychiatric Inventory; UPP: Úlceras por presión

IV.4.3. Estado funcional y productos de apoyo

Como ya se mencionaba anteriormente, y aunque los hombres parecían tener un peor estado funcional que las mujeres en lo que a niveles de dependencia se refiere, a la hora de estudiar detenidamente los ítems valorados por el IB (Tabla 17), no se hallaron grandes diferencias significativas.

Las mujeres de la muestra total presentaban menores dificultades para la realización de la actividad “arreglarse” ($p=0,012$).

En el análisis de posibles diferencias entre géneros en cada uno de los recursos tampoco se encontraron diferencias significativas.

Para poder tener una visión más completa del estado funcional y la necesidad de ayuda externa por parte de ambos géneros se analizaron los productos de apoyo empleados (Tabla 18). Las mujeres parecían tener más dificultades en cuanto a la movilidad ya que en el grupo de la muestra total necesitaban en mayor medida de la ayuda de una tercera persona para realizar una correcta deambulaci3n ($p=0,040$), del mismo modo que tenían una mayor incidencia en el uso de productos de apoyo para los desplazamientos ($p=0,042$). No se encontraron diferencias en cuanto al uso de uno u otro tipo de productos de apoyo, en el grupo de Residencia el más utilizado era el sill3n geriátrico y las mujeres utilizaban el bast3n de forma significativamente mayor ($p=0,002$).

En cuanto a la incontinencia diurna, existía una incidencia ligeramente superior en mujeres que en hombres que únicamente se evidenciaba de forma significativa en el grupo de Centro de Día ($p=0,033$). El uso de compresas estaba más extendido entre las mujeres que entre los hombres en los tres grupos estudiados ($p<0,001$ en la muestra total, $p=0,015$ en Residencia y $p=0,002$ en Centro de Día). Algo similar ocurre en los casos de incontinencia nocturna, en los que son las mujeres las que mayor uso hacen de este tipo de soporte tanto en la muestra total como en el Centro de Día ($p=0,004$ y $p=0,013$ respectivamente).

No se encontraron diferencias en cuanto al uso de productos antiescaras o productos de apoyo en el aseo ni sujeciones.

Tabla 17. Estado funcional de acuerdo al género y el tipo de recurso (residencia vs. centro de día) [n (%)]

	<i>TOTAL</i>			<i>RESIDENCIA</i>			<i>CENTRO DE DÍA</i>		
	Hombres (n=55)	Mujeres (n=90)	<i>p</i> valor	Hombres (n=42)	Mujeres (n=31)	<i>p</i> valor	Hombres (n=42)	Mujeres (n=31)	<i>p</i> valor
COMER			0,351 ^a			0,965 ^a			0,249 ^a
- Dependiente	5(9,6)	8(9,4)		4(13,4)	6(15,4)		1(4,5)	2(4,3)	
- Necesita Ayuda	22(42,3)	26(30,6)		13(43,3)	16(41,0)		9(41,0)	10(21,7)	
- Independiente	25(48,1)	51(60,0)		13(43,3)	17(43,6)		12(54,5)	34(74,0)	
LAVARSE			0,226 ^a			0,067 ^a			0,763 ^a
- Dependiente	38(73,1)	69(81,2)		23(76,7)	36(92,3)		15(68,2)	33(71,7)	
- Independiente	14(26,9)	16(18,8)		7(23,3)	3(7,7)		7(31,8)	13(28,3)	
VESTIRSE			0,821 ^a			0,843 ^a			0,944 ^a
- Dependiente	26(50,0)	40(47,1)		19(63,3)	25(64,1)		7(31,8)	15(32,6)	
- Necesita Ayuda	11(21,2)	22(25,9)		5(16,7)	8(20,5)		6(27,3)	14(30,4)	
- Independiente	15(28,8)	23(27,1)		6(20,0)	6(15,4)		9(40,9)	17(37,0)	
ARREGLARSE *			0,012^a			0,254 ^a			0,024 ^a
- Dependiente	31(59,6)	32(37,6)		18(60,0)	18(46,2)		13(59,1)	14(30,4)	
- Independiente	21(40,4)	53(62,4)		12(40,0)	21(53,8)		9(40,9)	32(69,6)	
DEPOSICIÓN			0,109 ^a			0,165 ^a			0,957 ^a

- Incontinente	15(28,8)	14(16,5)	13(43,3)	10(25,7)	2(9,1)	4(8,7)
- Accidente Ocasional	3(5,8)	8(9,4)	3(10,0)	2(5,1)	-	-
- Continente	23(44,2)	27(31,8)	14(46,7)	27(69,2)	20(90,9)	42(91,3)
MICCIÓN			0,307 ^a		0,844 ^a	0,081 ^a
- Incontinente	26(50,0)	50(58,8)	20(66,6)	26(66,7)	6(27,3)	24(52,2)
- Accidente Ocasional	3(5,8)	8(9,4)	2(6,7)	4(10,2)	1(4,5)	4(8,7)
- Continente	23(44,2)	27(31,8)	8(26,7)	9(23,1)	15(68,2)	18(39,1)
IR AL RETRETE			0,211 ^a		0,065 ^a	0,747 ^a
- Dependiente	27(51,9)	34(40,0)	19(63,4)	21(53,8)	8(36,4)	13(28,3)
- Necesita Ayuda	6(11,5)	19(22,4)	1(3,3)	9(23,1)	5(22,7)	10(21,7)
- Independiente	19(36,5)	32(37,6)	10(33,3)	9(23,1)	9(40,9)	23(50,0)
TRASLADARSE			0,246 ^a		0,351 ^a	0,782 ^a
- Dependiente	5(9,6)	11(12,9)	5(16,7)	10(25,6)	-	1(2,2)
- Gran Ayuda	11(21,2)	8(9,4)	10(33,3)	6(15,5)	1(4,5)	2(4,3)
- Mínima Ayuda	10(19,2)	22(25,9)	6(20,0)	10(25,6)	4(18,2)	12(26,1)
- Independiente	26(50,0)	44(51,8)	9(30,0)	13(33,3)	17(77,3)	31(67,4)
DEAMBULACIÓN			0,133 ^a		0,461 ^a	0,239 ^a
- Dependiente	16(30,8)	15(17,6)	15(50,0)	14(35,9)	1(4,5)	1(2,2)

Resultados

- Mínima Ayuda	12(23,1)	30(35,3)	7(23,3)	10(25,6)	5(22,7)	20(43,5)
- Independiente	24(46,2)	40(47,1)	8(26,7)	15(38,5)	16(72,8)	25(54,3)
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS *		0,017^a		0,239^a		0,050^a
- Dependiente	21(40,4)	27(31,8)	19(63,4)	20(51,3)	2(9,1)	7(15,2)
- Necesita Ayuda	5(9,6)	26(30,6)	1(3,3)	6(15,4)	4(18,2)	20(43,5)
- Independiente	26(50,0)	32(37,6)	10(33,3)	13(33,3)	16(72,7)	19(41,3)

* $p < 0,05$ ^atest χ^2 ; ^btest *U* Mann-Whitney

Tabla 18. Productos de apoyo de acuerdo al género y al tipo de recurso (residencia vs. centro de día).

	TOTAL			RESIDENCIA			CENTRO DE DÍA		
	Hombres (n=55)	Mujeres (n=90)	<i>p</i> valor	Hombres (n=42)	Mujeres (n=31)	<i>p</i> valor	Hombres (n=42)	Mujeres (n=31)	<i>p</i> valor
Necesita de tercera persona para la deambulaci3n, n (%) *	15(28,8)	40(46,5)	0,040^a	10(33,3)	19(48,7)	0,199 ^a	5(22,7)	21(44,7)	0,079 ^a
PA para los desplazamientos, n (%) *	28(53,8)	61(70,9)	0,042^a	17(56,7)	30(76,9)	0,073 ^a	11(50,0)	29(61,7)	0,359 ^a
- Bast3n *	8(15,4)	25(29,1)	0,068 ^a	-	11(28,2)	0,002^a	8(36,4)	14(29,8)	0,585 ^a
- 1 muleta	1(1,9)	2(2,3)	0,875 ^a	-	-	-	1(4,5)	2(4,3)	0,956 ^a
- 2 muletas	1(1,9)	3(3,5)	0,595 ^a	-	-	-	-	1(2,1)	0,491 ^a
- Andador	5(9,6)	12(14,0)	0,452 ^a	4(13,3)	3(7,7)	0,442 ^a	1(4,5)	9(19,1)	0,108 ^a
- Silla de ruedas	3(5,8)	11(12,8)	0,186 ^a	1(3,3)	3(7,7)	0,442 ^a	2(9,1)	8(17,0)	0,383 ^a
- Sill3n geri3trico	18(34,6)	18(20,9)	0,076 ^a	17(56,7)	14(35,9)	0,086 ^a	1(4,5)	4(8,5)	0,554 ^a
Incontinencia diurna, n (%) *	33(62,3)	67(76,1)	0,079 ^a	24(80,0)	36(87,8)	0,369 ^a	9(39,1)	31(66,0)	0,033^a
- Salva slip	-	2(2,3)	0,269 ^a	-	1(2,4)	0,389 ^a	-	1(2,1)	0,481 ^a
- Compresa*	1(1,9)	25(28,9)	<0,001^a	1(3,3)	10(24,5)	0,015^a	-	15(31,9)	0,002^a
- Anatómico	6(11,3)	3(3,4)	0,063 ^a	5(16,7)	3(7,3)	0,218 ^a	1(4,3)	-	0,150 ^a
- Absorbente	22(41,5)	34(38,6)	0,736 ^a	15(50,0)	21(51,2)	0,919 ^a	7(30,3)	13(27,7)	0,809 ^a
- Braga-pañal	4(7,5)	3(3,4)	0,273 ^a	3(10,0)	1(2,4)	0,172 ^a	1(4,3)	2(4,3)	0,986 ^a
Incontinencia nocturna, n (%)	35(66,0)	69(79,3)	0,081 ^a	24(80,0)	36(87,8)	0,369 ^a	11(47,8)	33(71,7)	0,051 ^a
- Salva slip	-	2(2,3)	0,266 ^a	-	1(2,4)	0,389 ^a	-	1(2,2)	0,476 ^a

Resultados

- Compresa *	1(1,9)	16(18,4)	0,004^a	1(3,3)	6(14,5)	0,115 ^a	-	10(21,7)	0,013^a
- Anatómico	4(7,5)	3(3,4)	0,280 ^a	4(13,4)	3(7,3)	0,401 ^a	-	-	-
- Absorbente	28(52,8)	44(50,6)	0,796 ^a	18(60,0)	25(61,0)	0,934 ^a	10(43,5)	19(41,3)	0,863 ^a
- Braga-pañal	2(3,8)	4(4,6)	0,815 ^a	1(3,3)	1(2,4)	0,822 ^a	1(4,3)	3(6,5)	0,716 ^a
Incontinencia diurna + nocturna, n (%)	35(66,0)	69(79,3)	0,081 ^a	24(80,0)	36(87,8)	0,369 ^a	11(47,8)	33(71,7)	0,051 ^a
Precisa sujeciones, n (%)	17(32,1)	24(27,3)	0,543 ^a	16(53,3)	23(56,1)	0,817 ^a	1(4,3)	1(2,1)	0,600 ^a
- 1 barandilla	2(3,8)	1(1,1)	0,293 ^a	2(6,7)	1(2,4)	0,382 ^a	-	-	-
- 2 barandillas	15(28,3)	22(25,0)	0,666 ^a	14(46,7)	22(53,7)	0,561 ^a	1(4,3)	-	0,150 ^a
- Cinturón nocturno	3(5,7)	2(2,3)	0,292 ^a	3(10,0)	2(4,9)	0,405 ^a	-	-	-
- Cinturón diurno*	6(11,3)	3(3,4)	0,063 ^a	6(20,0)	2(4,9)	0,047^a	-	1(2,1)	0,481 ^a
- Bandeja	-	1(1,1)	0,436 ^a	-	1(2,4)	0,389 ^a	-	-	-
Precisa productos antiescaras, n (%)	6(11,3)	4(4,5)	0,129 ^a	5(16,7)	4(9,8)	0,387 ^a	1(4,3)	-	0,150 ^a
- Cojín	6(11,3)	3(3,4)	0,063 ^a	5(16,7)	3(7,3)	0,218 ^a	1(4,3)	-	0,150 ^a
- Colchón	2(3,8)	3(3,4)	0,910 ^a	2(6,7)	3(7,3)	0,916 ^a	-	-	-
PA para el aseo, n (%)	24(47,1)	47(54,7)	0,390 ^a	20(66,7)	31(77,5)	0,313 ^a	4(19,0)	16(34,8)	0,192 ^a
- De pie	27(52,9)	39(45,3)	0,390 ^a	10(33,3)	9(22,5)	0,313 ^a	17(81,0)	30(65,2)	0,369 ^a
- Silla clean	20(39,2)	42(48,8)	0,274 ^a	16(53,4)	26(65,0)	0,324 ^a	4(19,0)	16(34,8)	0,192 ^a
- Bañera geriátrica	4(7,8)	5(5,8)	0,643 ^a	4(13,3)	5(12,5)	0,918 ^a	-	-	-
- Cama	-	2(2,3)	0,273 ^a	-	2(5,0)	0,214 ^a	-	-	-

* $p < 0,05$ ^a χ^2 test

IV.5. Análisis por año de ingreso y género

IV.5.1. Características sociodemográficas

Al analizar las mismas variables pero realizando una **comparación entre años** en lugar de entre recurso utilizado (Tabla 19), la distribución por edades no muestra diferencias significativas y las diferencias a nivel educativo únicamente se evidencian en el 2010 ($p=0,030$), donde el porcentaje de mujeres con bajo nivel educativo era mayor que el de hombres. De igual manera que en la comparación entre recursos, se siguen evidenciando diferencias significativas en cuanto al estado civil tanto en el 2010 ($p<0,001$), momento en el que el 70,7% de los hombres estaban casados frente a un 70,5% de mujeres que se encontraban en situación de viudedad, como en el 2015 ($p=0,029$) en el que el 47,4% de los hombres estaban casados y el 68,3% de las mujeres eran viudas.

No se encontraron diferencias entre géneros con respecto al lugar de procedencia, motivo de ingreso ni motivos de baja, así como tampoco se extrajo una incidencia de mortalidad significativamente diferente entre hombres y mujeres, aunque sí que se observa un mayor número de exitus entre los primeros en comparación con las segundas.

Tabla 19. Características sociodemográficas de acuerdo al género y el año de ingreso.

	2010			2015		
	Hombres (n=36)	Mujeres (n=48)	<i>p</i> valor	Hombres (n=19)	Mujeres (n=42)	<i>p</i> valor
Edad (años), media±DT	81,8±7,9	83,4±6,3	0,677 ^b	80,9±10,4	84,9±6,8	0,170 ^b
Edad, (años), n (%)			0,101 ^a			0,187 ^a
- 60-64	-	-		2(10,5)	-	
- 65 – 69	5(13,8)	-		1(5,3)	-	
- 70 – 74	1(2,8)	2(4,2)		3(15,8)	5(11,9)	
- 75 – 79	6(16,7)	12(25,0)		2(10,5)	5(11,9)	
- 80 – 84	9(25,0)	15(31,3)		3(15,8)	10(23,8)	
- ≥ 85	15(41,7)	19(39,5)		8(42,1)	22(52,4)	
Nivel educativo (años), n (%)*			0,030^a			0,829 ^a
- < 8	2(5,8)	8(17,0)		5(26,3)	9(22,0)	

Resultados

- 9 – 17	21(61,8)	34(72,3)	12(63,2)	29(70,7)
- ≥ 17	11(32,4)	5(10,7)	2(10,5)	3(7,3)
Estado civil, n (%) *			<0,001^a	0,029^a
- Casado	24(70,7)	8(18,1)	9(47,4)	7(17,1)
- Viudo	8(23,5)	31(70,5)	7(36,8)	28(68,3)
- Soltero	1(2,9)	4(9,1)	2(10,5)	6(14,6)
- Separado/Divorciado	1(2,9)	1(2,3)	1(5,3)	-
Procedencia, n (%)			0,136^a	0,113^a
- Domicilio propio	19(54,3)	21(45,7)	8(42,1)	22(52,4)
- Domicilio familiar	7(20,0)	18(39,1)	2(10,5)	12(28,6)
- Hospital	7(20,0)	7(15,2)	6(31,6)	7(16,6)
- Otro tipo de recurso	-	-	1(5,3)	-
- Otro centro del mismo tipo	2(5,7)	-	2(10,5)	1(2,4)
Motivo de ingreso, n (%)			0,547^a	0,117^a
- Estimulación	11(32,4)	16(35,6)	5(26,3)	24(57,1)
- Respiro familiar	6(17,6)	5(11,1)	5(26,3)	4(9,5)
- Estancias post-hospitalarias	8(23,5)	6(13,3)	5(26,3)	10(23,9)
- Empeoramiento salud	5(14,7)	12(26,7)	3(15,8)	3(7,1)
- Conciliación laboral-familiar	2(5,9)	6(13,3)	1(5,3)	-
- Otros	2(5,9)	-	-	1(2,4)
Motivo de baja, n (%)			0,209^a	0,142^a
- Voluntaria/ No registrado	10(27,8)	14(29,2)	1(5,3)	3(7,1)
- Exitus	7(19,4)	2(4,2)	4(21,1)	4(9,5)
- Traslado a otro centro	3(8,2)	6(12,5)	1(5,3)	3(7,1)
- Regreso a su domicilio	1(2,8)	1(2,1)	2(10,5)	2(4,8)

-	Fin de estancia temporal	-	3(6,3)	3(15,8)	2(4,8)
-	Cambio de recurso en el complejo	1(2,8)	-	4(21,1)	2(4,8)
-	No es baja	12(33,3)	19(39,6)	2(10,5)	15(35,7)
-	Empeoramiento salud	2(5,6)	1(2,1)	-	1(2,4)
-	Otros	-	2(4,2)	2(10,5)	10(23,8)

* $p < 0,05$ ^atest χ^2 ; ^btest U Mann-Whitney

IV.5.2. Estado de salud

En referencia a las características de salud, el estado cognitivo de los hombres que ingresaron en el complejo en el 2015 era significativamente mejor que el de las mujeres, que tenían una puntuación media en el MMSE menor que la de los primeros ($p=0,042$) (Tabla 20). En el 2015 los hombres presentaban una mayor incidencia de “desinhibición” que las mujeres ($p=0,021$) y no se aprecian diferencias entre géneros en otros de los indicadores de salud estudiados, tales como el nivel de autonomía funcional, el estado nutricional o el riesgo de padecer úlceras por presión.

Tabla 20. Estado de salud de acuerdo al género y el año de ingreso

	2010			2015		
	Hombres (n=36)	Mujeres (n=48)	<i>p</i> valor	Hombres (n=19)	Mujeres (n=42)	<i>p</i> valor
Polifarmacia (≥ 5), n (%)	26(72,2)	36(75,0)	0,774 ^a	16(84,2)	32(76,2)	0,479 ^a
Hiperpolifarmacia (≥ 10), n (%)	6(16,7)	10(20,8)	0,630 ^a	5(26,3)	15(35,7)	0,469 ^a
MMSE, media\pmDT *	16,9 \pm 7,5	17,8 \pm 6,7	0,557 ^b	19,4 \pm 6,9	16,3 \pm 5,5	0,042^b
Deterioro cognitivo, n (%)			0,772 ^a			0,162 ^a
- Sí (<25)	22(81,5)	32(84,2)		15(83,3)	36(94,7)	
- No (≥ 25)	5(18,5)	6(15,8)		3(16,7)	2(5,3)	
Dependencia funcional, n (%)			0,628 ^a			0,215 ^a
- Total (<20)	5(14,7)	5(10,9)		5(26,3)	5(12,2)	
- Severa (20-35)	7(20,6)	6(13,0)		4(21,1)	6(14,6)	

Resultados

- Moderada (40-55)	5(14,7)	8(17,4)	-	7(17,1)		
- Leve (≥ 60)	12(35,3)	23(50,0)	7(36,8)	19(46,3)		
- Independencia (100 o 90 si silla de ruedas)	5(14,7)	4(8,7)	3(15,8)	4(9,8)		
NPI, media\pmDT	19,5 \pm 17,4	12,9 \pm 15,2	0,140 ^b	14,2 \pm 14,7	14,7 \pm 13,8	0,869 ^b
Trastornos conductuales, n (%)			0,177 ^a			0,858 ^a
- Sí	18(75,0)	16(57,1)	13(76,5)	20(74,1)		
- No	6(25,0)	12(42,9)	4(23,5)	7(25,9)		
Incidencia de los trastornos conductuales, n (%)						
- Delirios	5(20,8)	4(14,3)	0,534 ^a	1(5,9)	4(14,3)	0,384 ^a
- Alucinaciones	1(4,2)	1/3,6)	0,911 ^a	-	-	-
- Disforia	2(8,3)	3(10,7)	0,772 ^a	6(35,3)	5(17,9)	0,187 ^a
- Ansiedad	2(8,3)	5(17,9)	0,316 ^a	8(47,1)	13(46,4)	0,967 ^a
- Euforia	-	-	-	1(5,9)	-	0,194 ^a
- Agresividad	10(41,7)	6(21,4)	0,115 ^a	2(11,8)	7(25,0)	0,282 ^a
- Apatía	2(8,3)	-	0,119 ^a	3(17,6)	2(7,1)	0,277 ^a
- Irritabilidad	6(25,0)	5(17,9)	0,530 ^a	6(35,3)	7(25,0)	0,460 ^a
- Desinhibición *	2(8,3)	-	0,119 ^a	3(17,6)	-	0,021^a
- Conducta motriz anómala	-	-	-	3(17,6)	6(22,2)	0,714 ^a
- Trastornos del sueño	7(29,2)	6(21,4)	0,521 ^a	5(29,4)	7(25,0)	0,746 ^a
- Trastornos de la alimentación	4(16,7)	4(14,3)	0,812 ^a	2(11,8)	9(32,1)	0,123 ^a
Braden, media\pmDT	18,3 \pm 4,1	19,8 \pm 3,44	0,206 ^b	19,6 \pm 3,5	19,6 \pm 2,7	0,489 ^b
Riesgo de UPP, n (%)			0,153 ^a			0,675 ^a
- Bajo (≥ 15)	15(83,3)	21(84,0)	15(88,2)	37(94,8)		
- Moderado (13-14)	1(5,6)	4(16,0)	1(5,9)	1(2,6)		
- Alto (≤ 12)	2(11,1)	-	1(5,9)	1(2,6)		

Estado Nutricional, n (%)		0,327 ^a		0,383 ^a
-	Normal (24-30)	-	1(6,3)	2(12,5) 7(18,4)
-	Riesgo de malnutrición (17-23,5)	11(78,6)	14(87,4)	12(75,0) 21(55,3)
-	Malnutrición (<17)	3(21,4)	1(6,3)	2(12,5) 10(26,3)

* $p < 0,05$ ^a χ^2 test; ^bMann-Whitney U test; MMSE: Mini-Mental State Examination; NPI: Neuropsychiatric Inventory; UPP: Úlceras por presión

IV.5.3. Estado funcional y productos de apoyo

Como ya se mencionó anteriormente, no existían muchas diferencias a nivel funcional entre ambos géneros, y al hacer un análisis más detenido sobre los ítems valorados por el IB este hecho quedaba todavía más contrastado aunque las mujeres parecían obtener mejores resultados en algunas actividades (Tabla 21).

Las que ingresaban en el complejo en el 2010, lo hacían con menos limitaciones o problemas a la hora de realizar el aseo personal (“arreglarse”) de forma independiente ($p=0,030$). Del mismo modo que en el 2015 la actividad de “subir y bajar escaleras” era ligeramente mejor desempeñada por las mujeres ($p=0,033$), siendo los hombres los que mayor índice de dependencia tenían en esta tarea (42,1%).

Tabla 21. Estado funcional de acuerdo al género y el año de ingreso [N (%)]

	2010			2015		
	Hombres (n=42)	Mujeres (n=31)	<i>p</i> valor	Hombres (n=42)	Mujeres (n=31)	<i>p</i> valor
COMER			0,335 ^a			0,909 ^a
- Dependiente	3(9,1)	4(9,1)		2(10,5)	4(9,8)	
- Necesita Ayuda	15(45,5)	13(29,5)		7(36,8)	13(31,7)	
- Independiente	15(45,5)	27(61,4)		10(52,6)	24(58,5)	
LAVARSE			0,935 ^a			0,092 ^a
- Dependiente	26(78,8)	35(79,5)		12(63,2)	34(82,9)	
- Independiente	7(21,2)	9(20,5)		7(36,8)	7(17,1)	
VESTIRSE			0,954 ^a			0,494 ^a
- Dependiente	17(51,5)	22(50,0)		9(47,4)	18(43,9)	
- Necesita Ayuda	8(24,2)	10(22,7)		3(15,8)	12(29,3)	
- Independiente	8(24,2)	12(27,3)		7(36,8)	11(26,8)	
ARREGLARSE *			0,030 ^a			0,241 ^a
- Dependiente	21(63,6)	17(38,6)		10(52,6)	15(36,6)	
- Independiente	12(36,4)	27(61,4)		9(47,4)	26(63,4)	
DEPOSICIÓN			0,309 ^a			0,098 ^a
- Incontinente	9(27,3)	8(18,2)		6(31,6)	6(14,6)	
- Accidente Ocasional	1(3,0)	1(2,3)		2(10,5)	1(2,4)	
- Continente	23(69,7)	35(79,5)		11(57,9)	34(82,9)	
MICCIÓN			0,215 ^a			0,970 ^a
- Incontinente	16(48,5)	28(63,6)		10(52,6)	22(53,7)	
- Accidente Ocasional	1(3,0)	3(6,8)		2(10,5)	5(12,2)	
- Continente	16(48,5)	13(29,5)		7(36,8)	14(34,1)	
IR AL RETRETE			0,279 ^a			0,247 ^a

- Dependiente	18(54,5)	16(36,4)	9(47,4)	18(43,9)
- Necesita Ayuda	5(15,2)	10(22,7)	1(5,3)	9(22,0)
- Independiente	10(30,3)	18(40,9)	9(47,4)	14(34,1)
TRASLADARSE		0,872 ^a		0,082 ^a
- Dependiente	3(9,1)	6(13,6)	2(10,5)	5(12,2)
- Gran Ayuda	6(18,2)	6(13,6)	5(26,3)	2(4,9)
- Mínima Ayuda	7(21,2)	8(18,2)	3(15,8)	14(34,1)
- Independiente	17(51,5)	24(54,5)	9(47,4)	20(48,8)
DEAMBULACIÓN		0,573 ^a		0,087 ^a
- Dependiente	9(27,3)	8(18,2)	7(36,8)	7(17,1)
- Mínima Ayuda	8(24,2)	10(22,7)	4(21,1)	20(48,8)
- Independiente	16(48,5)	26(59,1)	8(42,1)	14(34,1)
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS *		0,188 ^a		0,033^a
- Dependiente	13(39,4)	11(25,0)	8(42,1)	16(39,0)
- Necesita Ayuda	4(12,1)	12(27,3)	1(5,3)	14(34,1)
- Independiente	16(48,5)	21(47,7)	10(52,6)	11(26,8)

* $p < 0,05$ ^a test χ^2

En cuanto al análisis sobre los productos de apoyo utilizados por ambos géneros (Tabla 22), un mayor porcentaje de mujeres que de hombres precisaban ayuda de una tercera persona para deambular de forma adecuada en el año 2015 ($p=0,012$). Mientras que los hombres que accedían en ese mismo año al complejo necesitaban de forma más habitual hacer uso de sillones geriátricos ($p=0,026$).

En relación a la incontinencia, tanto diurna como nocturna, en el análisis comparativo no se observaron diferencias significativas entre géneros, pero sí que se pudo comprobar que el uso de compresas estaba significativamente más estandarizado para las mujeres en ambos años.

En el uso de sujeciones tampoco se apreciaron grandes diferencias, pero sí se encontraron en el uso de productos antiescaras. En el año 2015 un mayor porcentaje de hombres que de mujeres hacían uso de cojines antiescaras ($p=0,015$).

Tabla 22. Productos de apoyo de acuerdo al género y el año de ingreso

	2010			2015		
	Hombres (n=42)	Mujeres (n=31)	<i>p</i> valor	Hombres (n=42)	Mujeres (n=31)	<i>p</i> valor
Necesita de tercera persona para la deambulaci3n, n (%) *	10(30,3)	15(33,3)	0,777 ^a	5(26,3)	25(61,0)	0,012^a
PA para los desplazamientos, n (%)	17(51,5)	34(75,6)	0,027 ^a	11(57,9)	25(61,0)	0,821 ^a
- Bast3n	6(18,2)	17(37,8)	0,061 ^a	2(10,5)	8(19,5)	0,385 ^a
- 1 muleta	1(3,0)	1(2,2)	0,823 ^a	-	1(2,4)	0,492 ^a
- 2 muletas	1(3,0)	2(4,4)	0,748 ^a	-	1(2,4)	0,492 ^a
- Andador	4(12,1)	6(13,3)	0,874 ^a	1(5,3)	6(14,6)	0,293 ^a
- Silla de ruedas	2(6,1)	5(11,1)	0,441 ^a	1(5,3)	6(14,6)	0,293 ^a
- Sill3n geri3trico *	9(27,3)	10(22,2)	0,608 ^a	9(47,4)	8(19,5)	0,026^a
Incontinencia diurna, n (%)	21(61,8)	34(72,3)	0,314 ^a	12(63,2)	33(80,5)	0,149 ^a
- Salva slip	-	2(4,3)	0,223 ^a	-	-	-
- Compresa *	-	13(27,7)	0,001^a	1(5,3)	12(29,3)	0,036^a
- Anatómico	6(17,6)	3(6,4)	0,111 ^a	-	-	-
- Absorbente	13(38,2)	15(31,9)	0,555 ^a	9(47,4)	19(46,3)	0,941 ^a
- Braga-pañal	2(5,9)	1(2,1)	0,377 ^a	2(10,5)	2(4,9)	0,415 ^a
Incontinencia nocturna, n (%)	23(67,6)	36(76,6)	0,372 ^a	12(63,2)	33(80,5)	0,103 ^a
- Salva slip	-	2(4,3)	0,223 ^a	-	-	-
- Compresa *	-	6(12,8)	0,030^a	1(5,3)	10(25,0)	0,069 ^a
- Anatómico	4(11,8)	3(6,4)	0,395 ^a	-	-	-
- Absorbente	18(52,9)	24(51,1)	0,867 ^a	10(52,6)	20(50,0)	0,850 ^a
- Braga-pañal	1(2,9)	1(2,1)	0,816 ^a	1(5,3)	3(7,5)	0,749 ^a
Incontinencia diurna + nocturna, n (%)	23(67,6)	36(76,6)	0,372 ^a	12(63,2)	33(82,5)	0,103 ^a

Precisa sujeciones, n (%)	8(23,5)	11(23,4)	0,990 ^a	9(47,4)	13(31,7)	0,242 ^a
- 1 barandilla	1(2,9)	-	0,237 ^a	1(5,3)	1(2,4)	0,571 ^a
- 2 barandillas	8(23,5)	11(23,4)	0,990 ^a	7(36,8)	11(26,8)	0,431 ^a
- Cinturón nocturno	2(5,9)	1(2,1)	0,377 ^a	1(5,3)	1(2,4)	0,571 ^a
- Pijama	-	-	-	-	-	-
- Sábana de sujeción	-	-	-	-	-	-
- Cinturón diurno *	4(11,8)	1(2,1)	0,075 ^a	2(10,5)	2(4,9)	0,415 ^a
- Bandeja	-	1(2,1)	0,392 ^a	-	-	-
Precisa productos antiescaras, n (%)	2(5,9)	3(6,4)	0,926 ^a	3(15,8)	1(2,4)	0,054 ^a
- Cojín *	2(5,9)	2(4,3)	0,739 ^a	4(21,1)	1(2,4)	0,015^a
- Colchón	1(2,9)	2(4,3)	0,757 ^a	1(5,3)	1(2,4)	0,571 ^a
PA para el asco, n (%)	15(46,9)	25(55,6)	0,452 ^a	9(47,4)	22(53,7)	0,650 ^a
- De pie	16(50,0)	20(44,4)	0,630 ^a	10(52,6)	19(46,3)	0,650 ^a
- Silla Clean	13(40,6)	22(48,9)	0,473 ^a	7(36,8)	20(48,8)	0,387 ^a
- Bañera geriátrica	2(6,3)	3(6,7)	0,942 ^a	2(10,5)	2(4,9)	0,415 ^a
- Cama	-	-	-	-	2(4,9)	0,327 ^a

* $p < 0,05$ ^atest χ^2

V. DISCUSIÓN

V. DISCUSIÓN

V.1. En relación a las características generales de la muestra

Durante los últimos años, el porcentaje de personas de edad avanzada se ha visto incrementado, especialmente en el caso de personas por encima de los 80 años. El envejecimiento poblacional de un país plantea una serie de problemas médicos y sociales debido a la mayor incidencia de enfermedades y al empeoramiento del estado físico y mental asociado; esto hace mermar la calidad de vida e independencia de las personas mayores tal y como afirman diferentes autores⁹¹. Las predicciones de la OMS⁹² con referencia al envejecimiento poblacional indican que en el año 2050 la población mundial de 80 y más años alcanzará el 27,1%. En lo que se refiere a España, las proyecciones indican que en el año 2051 las personas de 85 años y más supondrán el 16,4% del total⁹³. En el estudio de Agüero et al.³⁸ sobre la institucionalización entre las personas mayores, un total de 17,5% de la muestra tenían 85 años o más. Cifras más elevadas se encontraron en estudios posteriores^{19,39,117} en los que la población de este rango de edad ascendía al 35%. Actualmente en Galicia el porcentaje de personas de 65 y más años supone el 24,3% de la población, siendo el 8,5% mayores de 80³.

La población del presente estudio también estaba envejecida, siendo su media de edad de $83,1 \pm 7,6$ años con un rango comprendido entre los 62 y los 97 años ($82,7 \pm 7,0$ en 2010 y $83,7 \pm 8,2$ en 2015). Del mismo modo, la media de edad de la muestra de cada uno de los recursos superaba los 80 años, siendo de $83,5 \pm 7,8$ años para la Residencia y $82,7 \pm 7,4$ años para el Centro de Día. Además, la población de 85 años y más suponía el 45,2% en la población de Residencia y el 43,1% en la de Centro de Día.

El 62,1% de la muestra total de este estudio fueron mujeres, lo que evidencia la prevalencia del género femenino en edades avanzadas (feminización del envejecimiento) y que también se pone de manifiesto en las muestras divididas por recurso y por año. En la Residencia, los ingresos de mujeres suponían un 57,5% y en el Centro de Día ascendían hasta el 66,7%. Este hecho concuerda con la situación social general reflejada en los datos del INE², en la que el porcentaje de mujeres de 60 y más años suponen el 13,6% de la población total en nuestro país, frente al 10,8% de los hombres del mismo rango de edad. Del mismo modo, los datos extraídos del EUROSTAT⁹⁴ reflejan que en España el 52,5% de la población de mujeres mayores de 65 años está institucionalizada, frente al 22,9% de los hombres.

Las personas mayores se han estudiado en aspectos referidos a todos los ámbitos, incluido también su nivel de instrucción. En esta línea, un informe publicado en 2014 por el IMSERSO¹ hace referencia al deficiente nivel de instrucción académica de las personas mayores de nuestra sociedad. Del mismo modo, un estudio⁹⁵ realizado en 2016 en España concluye que el nivel de instrucción es más bajo cuanto más alta es la edad de la población. En ese trabajo comprobaron que un 21% de las personas de 65 y más años carecen de estudios, frente a un 4% de las personas de 55-64 años y a un porcentaje insignificante entre los menores de 45 años. Afirman también que un tercio de las personas mayores de 65 años poseen estudios secundarios o superiores, lo que supone una cifra escasa frente al porcentaje que registran los demás grupos etarios. En otro estudio realizado también en nuestro país⁹⁶ obtienen datos similares, siendo el 34,3% de la muestra de entre 60 y 69 años los que habían recibido una formación inferior a la educación primaria y el 21% a estudios universitarios. En el caso de los usuarios de 80 o más años, el 60,8% habían cursado menos formación que la educación primaria y el 13% habrían accedido a estudios universitarios. Por otra parte, un reciente estudio realizado también en España⁹⁷ y que buscaba encontrar asociaciones entre el nivel educativo y el estado cognitivo de sus usuarios, dividió la muestra en función de si el nivel educativo era bajo, medio o alto, y fue el grupo de personas con nivel educativo medio el que más representación obtuvo. Las conclusiones obtenidas en los estudios mencionados concuerdan con lo recogido en el presente trabajo, donde un 68,1% de la muestra total únicamente habían accedido a estudios primarios o secundarios. Además, atendiendo a las muestras por año y a las muestras por recurso nos encontramos con datos similares, tanto los usuarios de Residencia como de Centro de Día, y los del año 2010 y del 2015 tenían un nivel de instrucción que mayoritariamente había sido de entre los 9 y 17 años de escolarización. Este aspecto lo podemos identificar como el resultado de la evolución a lo largo de la historia en lo referido al acceso a la educación.

Uno de los aspectos referentes al modo de vida de las personas mayores es el que atiende a su estado civil, y más concretamente a la existencia o no de pareja. En este sentido la distribución por estado civil de la población española de 65 y más años muestra un claro predominio de las situaciones matrimoniales frente a las de viudedad¹. Según la Encuesta de Población Activa, realizada por el Instituto Nacional de Estadística⁹⁸ una tasa de 34,8% de personas de entre 60 y 64 años están viudas (42,4% de los hombres y 32,9% de las mujeres), mientras que el 43,5% están casadas (50,9% de los hombres y 35,6% de las mujeres). En el grupo etario de 65 a 69 años esta tasa ya se ve reducida a 5,0% y 5,2% respectivamente. Coincidiendo con estos datos, Abellán et al.⁹⁵ afirman en su estudio, que

el 60,5% de las personas mayores están casadas (77,9% de los hombres, 47,3% de las mujeres) y el 28,9% viudas (11,5% y 42,2% respectivamente). Sin embargo, los datos extraídos del presente trabajo no coinciden con estas estadísticas acerca de la población no institucionalizada, pero sí con estudios²⁷ acerca del perfil de ingreso en residencias españolas donde el estado civil predominante era la viudedad con una incidencia del 53,2%, un porcentaje muy similar al de nuestra muestra (53,6%). Esta mayor incidencia de personas viudas que casadas está presente en todos los subgrupos estudiados, tanto en 2010 como en 2015 y tanto en Residencia como en Centro de Día.

Basándonos también en los datos aportados por el IMSERSO¹, lo que sí parece un hecho claro y con escasa o nula tendencia al cambio, es la desigual distribución del estado civil entre hombres y mujeres, siendo superior la tasa de viudedad de las segundas frente a los primeros (el 42% frente al 13% de modo respectivo). En este sentido, nuestra muestra de mujeres también manifestaba una incidencia muy superior de viudedad frente a la muestra de hombres, en los dos momentos temporales estudiados y en ambos recursos.

Según la Encuesta Continua de Hogares 2015⁹⁹, un 40,6% de los hogares unipersonales en España corresponden a personas de 65 años y más, y de entre ellas, un 72,9% estaban formados por mujeres. La propensión a vivir solo difiere por género y edad, los hombres de hasta 55 años tenían una tendencia más elevada que las mujeres, mientras que en el grupo de 65 y más años eran las mujeres las que vivían solas con mayor frecuencia. Esta encuesta también arroja datos acerca de cuáles son las formas de convivencia más comunes en este grupo etario, siendo el grupo de personas que vivían en viviendas familiares en pareja sin hijos en el hogar el más extendido (45,0%), seguida de las que vivían solas (22,4%) y por último las que lo hacían en pareja con hijos (15,4%). Estos datos coinciden con lo extraído de nuestro estudio donde la mayor parte de la muestra (49,3%) accedía al complejo gerontológico desde su domicilio propio. Atendiendo al lugar de procedencia en función del género, un porcentaje similar de las muestras accedían procedentes de domicilios propios, pero en la distribución por años, en el 2010 el porcentaje de hombres era mayor que el de mujeres, aspecto que en el 2015 no se mantiene y pasan a ser las mujeres las que acceden al complejo desde domicilios propios en mayor medida (52,4% de mujeres frente a 42,1% de hombres).

En estudios previos¹⁰⁰ se han analizado las razones aludidas por los cuidadores de personas mayores a la hora de realizar el ingreso en centros de cuidados. El motivo más comúnmente citado para la institucionalización era la percepción de los cuidadores de que la persona mayor precisaba atención más especializada^{30,100}, seguido por problemas de salud

del cuidador y los trastornos de conducta o comportamientos problemáticos relacionados con la demencia y que eran de difícil manejo. En nuestro estudio, la búsqueda de estimulación, las estancias post-hospitalarias y el empeoramiento de salud eran los motivos más extendidos en la muestra total a la hora de realizar el ingreso. Podemos hacer una similitud con los estudios previos y resumir estos motivos de ingreso en una tendencia general hacia la búsqueda de una mejor atención de las necesidades de la persona mayor, tanto a nivel físico como cognitivo, así como por la búsqueda de unos mejores cuidados ante los problemas de salud que se manifiestan en la persona mayor. Este hecho se repite en ambos años, sin embargo, al analizar las muestras en función del recurso empleado, los usuarios de la Residencia accedían mayoritariamente al complejo tras una estancia hospitalaria o a causa de un empeoramiento de salud, perdiendo importancia aquí la búsqueda de estimulación. Por el contrario, los usuarios del Centro de Día sí que mostraban la estimulación como un aspecto prioritario para la realización del ingreso, siendo junto con los motivos de respiro familiar los dos motivos más aludidos por esta muestra.

Conforme aumenta la edad hay más probabilidades de desarrollar múltiples patologías crónicas, lo que hace que aumente también el número de medicamentos prescritos¹⁰¹, especialmente entre las mujeres^{102,103}. En este sentido, la mayoría de las personas ingresadas en centros residenciales son pacientes pluripatológicos y polimedicados. Según datos arrojados por la Encuesta Nacional de Salud elaborada por el INE¹² el 80,4% de las personas de entre 65 y 74 años consumen medicamentos, porcentaje que aumenta conforme lo hace la edad, llegando al 87,6% en las personas de 85 años y más. Este porcentaje alcanza el 93,4% en el caso de los mayores de 75 años. Si hablamos de polifarmacia, un informe¹⁰⁴ establece que el 66% de los usuarios de residencias españolas consumen siete o más fármacos y hasta un 90% consumen más de tres. Datos sobre el Reino Unido¹⁰⁵, destacaron que el 20,8% de los pacientes de centros residenciales con dos condiciones clínicas recibían entre cuatro y nueve medicamentos y el 10,1% diez o más. En nuestro estudio la polifarmacia también estaba presente de forma clara. El 75,9% de la muestra total consumían cinco o más medicamentos diarios y un 24,1% diez o más. Atendiendo a las muestras divididas por recurso, en ambas el porcentaje de personas que consumía más de cinco fármacos diarios superaba el 70%. En el caso de los usuarios que ingresaban en la Residencia, la incidencia aumentaba con el paso de los años, de tal forma que era mayor en el año 2015 que en el 2010, al contrario de lo que ocurría en el Centro de Día, donde el porcentaje de personas polimedicadas disminuía. En la división de muestras

por género, no se encontraron diferencias significativas pero sí que se observa una ligera tendencia al aumento en el consumo de fármacos entre años en ambos grupos. Además, las mujeres que consumían más de diez medicamentos diarios suponían un porcentaje superior al de los hombres.

Otra variable a estudiar fue la existencia de deterioro cognitivo. Diversas estimaciones realizadas en España describen una prevalencia para personas mayores de 65 años entre el 14,5%¹⁰⁶ y el 17,6%¹⁰⁷, que aumenta según se incrementa la edad. El estudio DERIVA¹⁰⁸ describe una prevalencia del 11,6% en personas de 65 a 69 años que presentan deterioro cognitivo y que aumenta al 22,9% entre las personas con 85 años o más. Otro trabajo¹⁰⁹ realizado en España concluyó que existe una alta variación en la prevalencia de deterioro cognitivo en función de la edad y del género, así las mujeres mostraban una mayor incidencia de deterioro cognitivo que los hombres, que crecía conforme lo hacía la edad, especialmente en las demencias de tipo Alzheimer. Otro estudio¹¹⁰ resalta la existencia de una mayor prevalencia de deterioro cognitivo no amnésico entre las mujeres. Diferentes autores^{30,111,112} realizaron estudios sobre este aspecto y obtuvieron altas incidencias de esta patología, superiores al 50% en todos ellos.

Estos datos concuerdan con los resultados de nuestro estudio, donde el 86,8% de la muestra total presentaba deterioro cognitivo (83,1% en el 2010 y 91,1% en el 2015). Atendiendo a los resultados en función del recurso empleado, los porcentajes eran muy similares y siempre superiores en el 2015 que en el 2010. Coincidiendo también con los estudios previos, la incidencia en mujeres era mayor que en hombres (89,5% y 82,2% respectivamente) y se produjo además un incremento entre años.

A medida que aumenta la edad, las limitaciones se hacen más patentes. La discapacidad está presente en más de cinco de cada diez personas mayores de 74 años y en tres de cada 4 personas en el grupo de 85 y más años. Según la distribución por género, se observa una mayor prevalencia entre las mujeres que entre los hombres en todos los grupos de edad haciéndose más significativa en los mayores¹. A partir de los 65 años, la dependencia tiene un claro perfil femenino: el 68,5% de los dependientes son mujeres. Las tasas difieren seis puntos entre 65 y 79 años, pero se profundizan las diferencias entre géneros según se cumplen años; a partir de los 80, superan los 22 puntos porcentuales, y a esa edad casi uno de cada dos mayores es persona dependiente¹¹³. El aumento del número de personas que necesitan ayuda para la realización de actividades de la vida diaria, constituye quizá el mayor reto al que el mundo de la gerontología debe de hacer frente en la actualidad¹¹⁴. En su estudio, Damián et al.¹⁹ identificaron una incidencia del 46% de independencia total o

dependencia leve, cifra similar a la obtenida por Hjaltadóttir et al.²¹ con un 42,5% y la observada por Rothera et al.¹¹⁵ que analizando muestras de dos tipos diferentes de recurso señalaron que el 37% de los residentes presentaban bajos niveles de dependencia. En este sentido, otros estudios¹¹⁶⁻¹²⁰, igual que en el nuestro, también identifican una alta incidencia de personas con dependencia leve o independientes.

La prevalencia de trastornos conductuales y su relación con la demencia entre los usuarios de centros residenciales es alta^{121,122}. Rothera et al.¹¹⁵ confirmaron este dato y en su estudio, un 86% de los usuarios presentaban algún tipo de trastorno conductual. En este sentido, otros autores^{21,40} han observado una mayor prevalencia de ansiedad y agresividad en esta población. En nuestro caso, el 69,8% de la muestra total presentaba algún trastorno conductual, siendo la ansiedad el más frecuente (19,3%). Además observamos un aumento en la incidencia de estas patologías con el paso del tiempo, especialmente en la muestra de residencia y en el grupo de las mujeres, donde la incidencia fue mayor en 2015 que en 2010.

Smith et al.¹²³ afirman que entre el 17% y el 35% de los usuarios tienen UPP en el momento del ingreso en un centro residencial. Exponen también que los pacientes que tienen mayor riesgo de desarrollar UPP son aquellos que tienen una capacidad de recolocación corporal limitada, presentan incontinencia o tienen limitaciones para alimentarse de forma independiente. Otros autores¹²⁴ constatan en su estudio que más de la mitad de los pacientes (53,6%) que ingresaron presentaban riesgo de desarrollo de UPP y que éste aumentó con la edad y con las patologías médicas relacionadas con el déficit o alteración de la movilidad, siendo la incidencia de riesgo bajo de un 42,3% sin que existan diferencias estadísticas entre géneros. En nuestro estudio, el riesgo bajo de desarrollar UPP también era el que tenía mayor incidencia, tanto en la muestra total (88,9%) como en las muestras divididas por año, por recurso o por género. Es decir, la mayor parte de la muestra presentaba bajo riesgo para desarrollar UPP.

Las personas institucionalizadas y las que no hacen uso de este tipo de recursos tienen características de salud y sociodemográficas diferentes, lo que hace que cuando estudiamos la prevalencia de malnutrición ésta varíe desde un 3-5% en el domicilio al 20-40% en los mayores hospitalizados en servicios médicos, al 40-60% en los hospitalizados por cirugía, hasta alcanzar en algunos estudios el 50-60% en los ingresados en residencias¹²⁵. Jiménez Sanz et al.¹²⁶ destacan en su estudio para valorar el estado nutricional de las personas de 65 y más años de Cantabria el hecho de que el 22,3% de las personas evaluadas en residencias están malnutridas o en riesgo de malnutrición, frente al 14,2% de las que acuden a consultas médicas, y solo el 3,3% de las estudiadas en su domicilio. Nuestro estudio

coincide con estos datos y el 69% de la muestra total está en riesgo de malnutrición, porcentaje que se mantiene similar al estudiar las muestras por separado en relación al recurso, al año de ingreso, o al género.

Según los datos aportados por el INE¹², el 14% de las personas de entre 65 y 69 años presentan limitaciones para el cuidado personal, y el 16,2% para la movilidad. Cifra que va aumentando según lo hace la edad hasta alcanzar valores de 72,2% y 77,8% respectivamente entre las personas de 85 y más años. En el estudio de Damián et al.¹⁹ el 65,7% eran dependientes para realizar la ducha, un 44,2% lo eran para el vestido, y el 37,2% para el uso del retrete. En nuestro estudio, los mayores índices de dependencia también se presentaban en las tareas de autocuidado; un 78,1% era dependiente para la ducha, un 48,2% para el vestido, un 55,5% presentaba incontinencia urinaria y un 44,6% lo era para una correcta utilización del retrete. Estos índices se presentaban de forma similar en la Residencia mientras que en el Centro de Día únicamente se presentaba una incidencia elevada de dependencia en la realización independiente de la ducha. Además, en la distribución por años, en la mayoría de los casos se produce un descenso en la incidencia de dependencia por cada una de las tareas anteriormente mencionadas.

Otro aspecto que llama la atención es el elevado porcentaje de personas que padecen problemas de incontinencia y que también fue tratado en otros estudios como uno de los factores importantes en el estado de salud de los usuarios mayores y como un factor de riesgo para la institucionalización. En un estudio longitudinal realizado en Islandia⁴⁰ entre los años 1996 y 2006, la incidencia de incontinencia vesical fue variando con el paso de los años entre el 17,8% y el 41,6%. Por otro lado, la incontinencia fecal se mantuvo entre el 6% y el 20%. En el estudio de Damián et al.¹⁹ las cifras eran similares y el 53% de la muestra presentaba incontinencia vesical frente al 26% que tenían incontinencia fecal. En otro estudio¹¹⁸ también se trató este tema y la incontinencia afectaba al 73,5% de la muestra, cifra similar a la de nuestro trabajo, en el que un 70,9% de la muestra total padecían incontinencia diurna y un 74,3% nocturna. La incidencia de incontinencia en la Residencia era mayor que en el Centro de Día en lo referido a la muestra total por recurso y por año.

Una variable de especial importancia, por lo que a la buena práctica clínica se refiere, es la utilización de restricciones físicas o sujeciones mecánicas. En un estudio desarrollado por Galán et al.¹²⁷ la prevalencia en el uso de este tipo de sujeciones fue del 20,8%. El 63,4% de las sujeciones eran barandillas y los cinturones o restricciones de tronco suponían el 17,7%. En este sentido, también es llamativo el resultado obtenido por Damián et al.¹⁹ en un

estudio epidemiológico transversal mediante un muestreo en residencias públicas y privadas de Madrid, en el que el 19% de los residentes había requerido algún tipo de restricción de la movilidad por medios mecánicos. Nuestro estudio sigue esta misma tendencia y un 29,1% de la muestra total tenía prescrita alguna sujeción (23,5% en el 2010 y 36,7% en el 2015). En cuanto al análisis por recurso, el uso de este tipo de productos estaba más extendido entre los usuarios de Residencia frente a los del Centro de Día que únicamente tenían prescrita alguna contención en el 2,9% de los casos frente al 54,9% de los primeros.

V.2. En relación al año de ingreso

Damián et al.¹⁹ recogen datos sobre el porcentaje de personas de 85 o más años en la población, encontrando un porcentaje de este grupo etario del 46,9% del total. En nuestro estudio se obtuvieron datos que coinciden con estas cifras y que al igual que en los estudios y proyecciones mencionadas muestran un cambio significativo en la edad de institucionalización, ya que el grupo etario de 85 y más años supone un 44,1% de la muestra total, y pasa del 40,5% en el año 2010 al 49,2% en el 2015. Fenómeno que también se produce de forma significativa en la muestra de Centro de Día, donde el porcentaje va del 40,4% en 2010 al 48,0% en 2015.

Existen pocos estudios que analicen los motivos de ingreso de los usuarios en centros residenciales o centros de día. Algunos de ellos¹¹⁶ hacen referencia a este aspecto e indican que los motivos más representativos son el empeoramiento del estado de salud o la pérdida de independencia, además de aquellos que incluyen la decisión propia del usuario, la sensación de soledad o la falta de cuidador. Para Morris et al.¹²⁸ el mayor riesgo de institucionalización estaba relacionado con el deterioro funcional, las condiciones médicas y la edad avanzada. Sin embargo, en nuestro estudio se observa un cambio de tendencia en la institucionalización, y aunque en el 2010 el porcentaje de ingresos en el Centro de Día por empeoramiento de salud del usuario suponían un 11,4%, en el año 2015 no se registraron ingresos producidos por este motivo, pero sí se produjo un aumento drástico en el número de ingresos cuya motivación era la búsqueda de estimulación (92,0%).

Con respecto a la mortalidad, el 43% de las bajas en centros sociosanitarios como los analizados en este estudio, se producen por fallecimiento de los usuarios, mientras que un 35% tienen lugar por el regreso del usuario a su domicilio, debido a la función rehabilitadora que ejercen muchos de estos centros¹⁰⁴. En nuestro caso, el porcentaje de usuarios que causan baja en la Residencia por regreso a su domicilio ha aumentado entre los años de estudio, aspecto que achacamos a esa función rehabilitadora debido al elevado

número de ingresos que se producen por estancias post-hospitalarias. Además, la mayor parte de las bajas en nuestra muestra se produjeron de forma “voluntaria” o “no registrada”. Las bajas en relación a la mortalidad de los sujetos aumentaron entre los años estudiados, siendo mayor el porcentaje de fallecimientos entre los sujetos de 2015 que entre los de 2010 (13,1% y 10,7% respectivamente).

Los síntomas neuropsiquiátricos están muy asociados con el deterioro cognitivo y las demencias, concretamente la prevalencia de estos síntomas en personas con diagnóstico de Alzheimer ronda el 50%¹²⁹. Song et al.¹³⁰ concluyen que el síntoma más frecuente en el grupo de usuarios que nos ocupa es la “agitación/agresividad” con una incidencia del 52,8%, seguido de la “depresión/disforia” (46,6%) y la “irritabilidad” (42,7%). En nuestro caso, la prevalencia de agresividad y ansiedad en la muestra total también fue la más elevada, sin embargo los cambios significativos encontrados en función del año de ingreso, muestran un aumento en la incidencia de dos tipos de alteraciones: la “ansiedad” y la “conducta motriz anómala”. En el caso de la ansiedad se produce un efecto llamativo, y es que tanto en la muestra total, como en la muestra de Residencia y en la de Centro de Día el aumento va del 13-14% en el 2010 a un 46,7% en el 2015. Por su parte, tanto en la muestra total como en la de Residencia es destacable el aumento en la incidencia de personas que padecen “conducta motriz anómala”, ya que en el 2010 no se registraba ningún caso de usuario con este tipo de alteración y sin embargo en el año 2015 aparece en porcentajes elevados (20,5% y 24,1% respectivamente). Lo mismo ocurre con la “apatía” que pasa de no estar presente en ningún sujeto de la Residencia en el año 2010 a estarlo en el 13,3% de los casos en el año 2015. Otro aspecto destacable, y que guarda relación con los datos obtenidos en otros estudios^{21,130} es la presencia de agresividad en la muestra de Centro de Día. En este caso, la incidencia no se vio incrementada con el paso del tiempo, sino que disminuyó significativamente, pasando de un 45,5% en el 2010 a un 13,3% en 2015.

La prevalencia de polifarmacia en la población de adultos mayores es muy variada, con rangos que van desde el 21% en estudios realizados con la población australiana¹³¹ al 86% en estudios realizados en población de Corea¹³². En Estados Unidos, la prevalencia de polifarmacia en la población envejecida se ha cuadruplicado en los últimos 10 años¹³³. En un estudio realizado en Melilla¹³⁴ para determinar la prevalencia de utilización de fármacos en pacientes institucionalizados para racionalizar su uso y comparar el consumo de fármacos en cuanto al género y grado de dependencia, únicamente un 2,2% no tomaba ninguna medicación, con un consumo medio en la muestra total de 8,12 fármacos por persona. En nuestro estudio la polifarmacia también está presente de forma llamativa, pero

lo que más sorprende son los datos relativos a la hiperpolifarmacia, que se presenta en un 31,5% de la población de residencia (un 24,1% en la muestra total), y aumenta de forma significativa entre el 2010 y el 2015, pasando de un 18,9% a un 44,4% respectivamente. Este aspecto ya se registró en estudios previos¹⁰¹, en los que la polifarmacia estaba presente en un 39,1% pero la hiperpolifarmacia únicamente se manifestaba en un 8,9%. Este contraste refleja la importante variabilidad del colectivo estudiado.

Existen estudios donde se habla acerca del riesgo de malnutrición en la población de personas mayores. Morillas et al.¹³⁵ realizaron un trabajo con el objetivo de detectar el porcentaje de personas mayores no institucionalizadas en Murcia con riesgo de malnutrición y encontraron que el 17% de las personas mayores analizadas presentaba un riesgo probable de malnutrición frente a un 3% que estaban malnutridos. Otros autores^{57,61} estudiaron la incidencia de malnutrición en personas institucionalizadas, obteniendo datos similares a los de este estudio, en el que en el colectivo de los usuarios del Centro de Día se produjo una disminución en los casos de riesgo de malnutrición al pasar de un 92,3% en el año 2010 a un 50% en el 2015, aunque también es importante señalar que se produjo un aumento del porcentaje de personas malnutridas.

En estudios¹¹⁷ desarrollados en residencias y hospitales de Alemania se observó que el nivel de dependencia aumentaba conforme lo hacía la edad. Sin embargo, los residentes de esos centros eran dependientes para muchas de las ABVD, incluida la movilidad. En un estudio llevado a cabo por Turan et al.¹³⁶ se comprobó que el nivel funcional y de movilidad de los usuarios que viven en centros residenciales era peor que el de los usuarios que viven en sus domicilios.

El bajo nivel de movilidad entre las personas mayores reduce la capacidad funcional y afecta negativamente el tiempo de ocio y las actividades cotidianas, además de convertirse en un factor que afecta a la calidad de vida, reduciendo la participación^{137,138}. En nuestro estudio un elevado porcentaje de personas precisaban de la ayuda de un tercero para poder deambular de forma segura (39,9%). Además, este aspecto se ha visto empeorado entre los dos años de estudio, pasando del 32,1% en el 2010 al 50,0% en el 2015.

La incontinencia es uno de los factores asociados al riesgo de institucionalización³⁹. Damián et al.¹⁹ recogen en su estudio una incidencia el 53% en casos de incontinencia urinaria, y el 26% en incontinencia fecal. Por otro lado, Onder et al.¹¹⁸ también recogen este aspecto y en su caso la incidencia de incontinencia asciende al 73,5%, cifra cercana a la encontrada en

nuestro estudio en el que además se observa una disminución entre años en el porcentaje de personas continentales y un aumento de personas con pérdidas de orina ocasionales.

En relación con la incontinencia, el uso de compresas y los programas miccionales son los recursos más comúnmente empleados¹³⁹. En nuestro estudio se produjo una disminución significativa en el uso de “anatómicos” tanto en la muestra general como en los casos de Residencia. Del mismo modo, en los casos de incontinencia nocturna, se produce un aumento del uso de compresas al mismo tiempo que disminuye el uso de anatómicos. Omli et al.¹⁴⁰ estudiaron el uso de compresas y su relación con las infecciones urinarias en centros residenciales, y observaron una incidencia del uso de este producto de apoyo del 77%.

V.3. En relación al recurso

En general, las personas mayores de 65 años están casadas¹. Según los datos de la Encuesta de Población Activa (2016)⁹⁸, una tasa de 90,4 miles de las personas entre 65 y 69 años están casadas, 16,4 viudas, 10,8 solteras y 16,2 separadas o divorciadas. En el rango de edad de 70 y más años, 25,9 miles de personas están casadas, 3,8 viudas, 3,2 solteras y 4,1 divorciadas. En varios trabajos^{31,117} se recogen datos sobre el estado civil de los usuarios estudiados y se obtienen porcentajes similares, alrededor de un 50% estaban casados mientras que los viudos representaban el 44-49%. Siguiendo esta línea, Mondragón et al.¹⁴¹ encontraron que el estado civil más frecuente entre los mayores de 65 años es el matrimonio y según sus datos, en el año 2010 el 62,1% de las personas mayores estaban casadas, el 29,6% viudas, el 6,3% solteras y el 2,1% separadas o divorciadas. En nuestro caso, se encontraron diferencias entre el estado civil de los usuarios de Residencia y Centro de Día, el porcentaje de viudos en ambos recursos era el mismo, mientras que el de casados era prácticamente el doble en Centro de Día (42,3%) que en Residencia (26,9%), del mismo modo que el porcentaje de solteros era de más del doble entre los usuarios de Residencia (14,9%).

En un estudio longitudinal²¹ llevado a cabo en Islandia para investigar las tendencias en la salud de los usuarios de centros residenciales y su estado funcional al ingreso, los sujetos procedían de hogares privados en los que recibían algún tipo de cuidado (15-37,6%) o sin recibir cuidados (7,5-20,4%), de hospitales y residencias de mayores (20-42,1%) o de viviendas tuteladas (10,3-57,5%). En nuestro caso, tal y como cabía esperar, se apreciaron diferencias significativas entre los lugares de procedencia de los sujetos que accedieron a la Residencia en comparación con los que ingresaron en el Centro de Día, los primeros procedían de una mayor variedad de lugares, entre los que destacan el domicilio propio y el

hospital con igual incidencia, mientras que en los segundos únicamente procedían de su propio domicilio o del domicilio de algún familiar. Estas diferencias se asocian con el propio perfil de usuario que accede a estos recursos, sabiendo que el usuario de Centro de Día regresa cada jornada a su domicilio o domicilio de algún familiar, mientras que los motivos de ingreso en una Residencia pueden variar en mayor medida y dar lugar a que la procedencia sea más dispar.

No se han realizado muchos estudios que analicen los motivos aludidos por el usuario o su familiar a la hora de realizar el ingreso o causar una baja en algún centro residencial o Centro de Día, aunque sí que se han estudiado ampliamente los factores que influyen o factores predictores de institucionalización. Scocco et al.¹¹⁶ identificaron como las razones de institucionalización más comunes la falta de un cuidador (72%), el empeoramiento del estado de salud o aumento de la discapacidad del usuario que imposibilita su cuidado en el domicilio (25%) o procedentes de otra institucionalización (3%). Por su parte, otro estudio³⁹ relaciona de forma directa con el ingreso en una institución las limitaciones en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como la presencia de ciertas patologías médicas. En nuestro estudio, se hallaron diferencias entre las razones aludidas por los usuarios de Residencia y Centro de Día a la hora de realizar el ingreso, los primeros acudían principalmente para estancias post-hospitalarias, coincidiendo con el perfil rehabilitador de este tipo de centros, resaltado en algunos informes estadísticos¹⁰⁴, mientras que los usuarios del Centro de Día aludían en mayor medida la búsqueda de estimulación (68,1%). Estas diferencias se mantienen en ambos años estudiados, siendo muy bajo el porcentaje de personas que hace referencia a razones de estimulación para la institucionalización en Residencia, así como el número de personas que acuden al Centro de Día tras estancias hospitalarias.

También se encontraron diferencias entre recursos a la hora de hablar sobre el motivo de baja en el mismo en ambos años estudiados, así como al hacerlo sobre la mortalidad de los sujetos. La mayor parte de los usuarios de Residencia continuaban en el recurso una vez transcurrido un año desde el ingreso y la mortalidad de la muestra se situaba como segundo motivo de baja, siendo un 17,8% el porcentaje de sujetos que fallecieron en el año posterior al ingreso. En el Centro de Día también un elevado porcentaje de usuarios continuaba en el recurso una vez transcurrido un año, pero la incidencia de mortalidad era menor y la segunda causa de baja eran las bajas voluntarias o no registradas (26,4%). Tanto en el 2010 como en el 2015 la incidencia de mortalidad entre los sujetos de ambos recursos era diferente de manera significativa. Había un mayor número de fallecimientos entre los

sujetos de la Residencia que entre los de Centro de Día, diferencia que se incrementa con el paso de los años al ser mayor en el 2015 que en el 2010.

Por otro lado, el porcentaje de personas que en el 2015 aludían otros motivos, entre los que se encontraba la no adaptación al centro, el cambio de domicilio, los periodos vacacionales, ... para causar baja en el Centro de Día suponía casi la mitad del total de bajas. Si reflexionamos acerca de este dato podemos encontrar varias razones que lo justifiquen. La crisis socioeconómica que llevamos atravesando durante los últimos años, ha hecho que el colectivo de personas mayores se vuelva si cabe más vulnerable por diferentes motivos, entre los que se encuentran las situaciones de salud, la pérdida de vínculos sociales y familiares o los motivos económicos. En un estudio llevado a cabo para determinar el nivel de vulnerabilidad y dependencia de las personas mayores a consecuencia de la situación de crisis¹⁴¹, concluyen que existen diferentes situaciones que influyen en las condiciones de vida de este colectivo, tales como las pensiones o la aplicación de la Ley de Dependencia, que en algunos casos han hecho que el cuidado de los mayores sea dividido entre varios hijos y suponga para el mayor múltiples traslados de domicilio durante varios periodos de tiempo al año.

El consumo de fármacos y el número de sujetos con polifarmacia o hiperpolifarmacia en nuestro estudio es un aspecto que se debe resaltar. En un estudio realizado por Carrera et al.¹⁴² en la comunidad de Aragón, el número de recetas se duplicó entre 1994 y 2008, suponiendo 15 recetas por persona/año, por encima de la media de la Unión Europea (UE)¹⁴³. Coincidiendo con esta tendencia al aumento en el consumo de medicamentos, en nuestro caso se observa una diferencia significativa en el número de fármacos consumidos por la muestra de Residencia (31,5% consumen diez fármacos o más) frente a los de Centro de Día (18,1% consumen diez fármacos o más).

El perfil funcional de los usuarios de Centro de Día y Residencia fue uno de los aspectos más estudiados en este trabajo. En estudios previos se identificaron diferentes índices de dependencia en muestras de usuarios institucionalizados. Onder et al.¹¹⁸ aportan datos generalizados sobre la presencia o no de dependencia funcional, llegando a estar presente en el 81,3% de su muestra, mientras que otros autores presentan los porcentajes en función del nivel de dependencia. Rothera et al.¹¹⁵ recogen una incidencia del 34,2% de alta dependencia y un 28,8% de dependencia moderada, Muszalik et al.¹¹⁷ obtienen un 61,2% de personas con altos índices de dependencia y Damián et al.¹⁹ únicamente encuentran un 16,8% de personas con dependencia en su muestra. Por nuestra parte, se confirmó que los niveles de dependencia funcional entre ambos recursos estudiados eran diferentes de

manera significativa. Los usuarios de Residencia presentaban niveles de dependencia severa-total mucho más elevados que los de Centro de Día, que mayoritariamente presentaban una dependencia leve o eran completamente independientes. Además, estas diferencias se mantuvieron presentes en los dos años estudiados, es decir, los usuarios del Centro de Día son más independientes que los usuarios de Residencia y esta tendencia se mantiene en el tiempo.

Los trastornos de conducta no mostraron diferencias entre uno u otro centro, aunque sí que se observa una incidencia significativamente mayor de “agitación/agresividad” en el Centro de Día en el año 2010. Este trastorno ha sido reconocido como uno de los más importantes y frecuentes entre las personas mayores, afectando a su calidad de vida y a la de sus cuidadores, así como aumentando la probabilidad de ingresar en un centro gerontológico. Cohen et al.¹⁴⁴ estudiaron este aspecto en los centros de día del condado de Montgomery, en Maryland, y encontraron una elevada frecuencia de problemas de agitación, concretamente casi dos tercios de los participantes (62,9%) manifestaron al menos un comportamiento de agitación al menos una vez a la semana en el propio centro, y según reportaron los familiares del estudio casi todos los participantes (90,3%) manifestaron algún comportamiento a la semana en el domicilio.

La situación actual en nuestro país refleja que en Atención Primaria la prevalencia de úlceras por presión oscila entre el 7,3% y el 12,9% entre los pacientes que reciben atención domiciliaria¹⁴⁵. En el ámbito hospitalario, la prevalencia tiene un rango entre el 3,8% y el 8,9% y en el nivel sociosanitario entre el 4,8% y el 7,6%^{146,147}. Lago et al.¹²⁴ realizaron un estudio con el objetivo de conocer el riesgo de úlceras por presión en una Unidad de geriatría en Asturias y en su muestra la puntuación media de la escala de Braden al ingreso fue de $17 \pm 3,5$. En nuestro caso, se encontraron diferencias significativas entre recursos al comparar la muestras totales, con puntuaciones medias superiores en el Centro de Día, lo que indica un menor riesgo de sufrir UPP. Esta diferencia se presentó también en la comparación entre recursos en el año 2010.

Asociado al riesgo de desarrollar UPP se encuentra el estado nutricional de los usuarios, en este sentido el 54,5% de los residentes que ingresan en centros gerontológicos padece malnutrición o está en riesgo de padecerla¹⁰⁴. El 71,4% de los usuarios de Residencia en nuestro estudio estaban en “riesgo de malnutrición” o “malnutridos” (26,5%), mientras que en la muestra de Centro de Día el porcentaje de este conjunto no superaba el 74,3%. La diferencia se mantiene en el año 2015, momento en el que el 36,4% de la muestra de Centro de Día tenía un estado nutricional normal frente al 3,1% de los usuarios de

Residencia. Coincidiendo con los resultados obtenidos por Jiménez et al.¹²⁶, donde el 22,3% de las personas que vivían en residencias estaban en riesgo de malnutrición o malnutridos, frente al 17,5% de las personas que fueron valoradas en la consulta médica o en el domicilio y estaban en riesgo de malnutrición o malnutridos.

El estado funcional de las personas mayores es un aspecto ampliamente estudiado, sin embargo no se han llevado a cabo muchos análisis comparativos sobre el estado funcional de los usuarios de centros de día y los de residencias. En nuestro estudio los usuarios de Residencia eran más dependientes en todas las actividades valoradas por el IB, excepto en “arreglarse”. Estas diferencias se presentaban en cada uno de los años estudiados. En el 2010 los usuarios de Residencia eran más dependientes que los de Centro de Día menos a la hora de comer, realizar el aseo personal (arreglarse), ducharse e ir al retrete. Sin embargo en el 2015, los diferentes niveles de dependencia seguían presentándose en todas las actividades antes mencionadas, y la actividad de ir al retrete también mostraba diferencias significativas. De la Fuente et al.²⁹ observan que los usuarios institucionalizados son dependientes para todas las tareas evaluadas por el IB.

El uso de PA en relación con el desarrollo de las ABVD de los usuarios institucionalizados en comparación con aquellos que no lo están fue estudiado por diferentes autores^{136,148,149}, que encontraron que la movilidad de los usuarios institucionalizados era peor que la de aquellos que continuaban viviendo en sus hogares, y que el uso de sistemas de apoyo a la movilidad era mayor en las instituciones que en los hogares de los usuarios. En el presente estudio, los PA para la movilidad más empleados, y en los que se encontró diferencia de uso entre Centro de Día y Residencia son el bastón y el sillón geriátrico. El bastón se utiliza más entre los usuarios del Centro de Día, como en los estudios realizados por Tarsulu et al.¹⁴⁹ y Turan et al.¹³⁶, mientras que en la Residencia el sillón geriátrico es el soporte más empleado. Tanto en el año 2010 como en el 2015, los usuarios de Residencia hacían un mayor uso de sillones geriátricos frente a otros dispositivos en comparación con los usuarios de Centro de Día. Por otro lado, el uso del bastón dejó de ser diferente entre ambos recursos y aunque en el 2010 era el más empleado en el Centro de Día, en el 2015 no se encontraron diferencias significativas en su uso.

Muchos adultos mayores sufren problemas de incontinencia y en consecuencia precisan utilizar PA como absorbentes, compresas, etc. El 77% de la muestra del estudio realizado por Omli et al.¹⁴⁰ utilizaba compresas. En nuestro estudio, los usuarios de Residencia registraron una mayor incidencia de incontinencia, tanto diurna como nocturna. En cuanto a los tipos de PA utilizados para la incontinencia diurna, los usuarios de Residencia

empleaban los absorbentes y los anatómicos de una forma significativamente mayor que los de Centro de Día tanto en el 2010 como en el 2015 donde los absorbentes son el único PA para la incontinencia que reporta diferencias entre uno u otro centro. Para los casos de incontinencia nocturna en el 2010, los usuarios de Residencia empleaban los anatómicos en mayor medida que los de Centro de Día, mientras que en el 2015 es el uso de absorbentes el que refleja diferencias entre ambos recursos.

Quintana et al.¹⁵⁰ estudiaron la prevalencia en el uso de restricciones físicas en función del tipo de centro (corta, media y larga estancia) y encontraron que esta era más elevada a medida que los centros eran de más larga estancia. El tipo de sujeción más habitual en el centro de corta estancia fue el que afecta a las extremidades superiores (59%), mientras que en los otros dos centros estudiados lo fue el cinturón pélvico, con el 81,5% en el centro de media estancia y el 100% en el de larga estancia. En nuestro caso, el uso de sujeciones era significativamente mayor en la Residencia que en el Centro de Día, hecho que se asocia con el uso de barandillas nocturnas, que en muchos casos eran prescritas como producto de apoyo para el usuario y solicitadas por él mismo, aspecto que ya reflejaron Galán et al.¹²⁷ en su estudio al obtener como resultado una prevalencia del uso de sujeciones del 8,4%, que se incrementaba hasta el 20,8% al incluir las barandillas. En otro estudio llevado a cabo por Mamun et al.¹⁵¹, el 23,4% de la muestra estudiada tenía prescrito algún tipo de sujeción física. En el año 2010 ninguno de los usuarios que accedía a Centro de Día precisaba del uso de sujeción, mientras que en la Residencia el uso de barandillas (52,8%) y cinturones diurnos (8,3%) era mayor. En 2015 la situación cambiaba ligeramente, y aunque en sujetos del Centro de Día sí que era necesario el uso de sujeciones, seguía siendo mayor el uso de este tipo de productos entre los usuarios de Residencia, y seguían siendo las barandillas las más empleadas.

Es importante hacer referencia a la necesidad de productos de prevención de UPP en algunos de los usuarios de la muestra a la hora de producirse el ingreso, bien porque ya presentasen úlceras, según otros autores¹²³ este porcentaje sería de 17-35%, o bien como sistemas de prevención. En nuestro estudio, los sistemas antiescaras eran significativamente más utilizados por los usuarios de Residencia que por los de Centro de Día, tanto en el 2010 como en el 2015.

No se encontraron estudios que analicen la prevalencia en el uso de productos de apoyo en el aseo. En nuestro estudio los usuarios de Residencia usaban este tipo de productos en mayor medida que los usuarios de Centro de Día, que en un 70,1% de los casos realizaban

la ducha de pie y sin necesidad de PA. Estas diferencias se mantuvieron en el tiempo, por lo que se siguió esta tendencia tanto en el 2010 como en el 2015.

V.4. En relación al género

Una de las características llamativas del proceso de envejecimiento es la feminización de la población mayor. A principios del siglo XX, el número de mujeres mayores superaba al de varones en un 10,3%. Sin embargo, en el año 2013 esta cifra había ascendido de forma considerable hasta alcanzar el 34%¹. Abellán et al.⁵ señalan que el género predominante en la vejez es el femenino al haber un 33% más de mujeres que de hombres. En nuestro estudio, así como en la mayor parte de los proyectos analizados en este trabajo^{19,21,36,40,115,117,118} la proporción y edad de las mujeres era superior a la de hombres. Esta relación entre géneros se evidenciaba también en la muestra de Centro de Día, pero no en la de Residencia, donde las diferencias de edad entre hombres y mujeres no parecían ser significativas.

El nivel de instrucción disminuye conforme avanza la edad⁵. En algunos estudios^{19,21} se ha tratado este tema, evidenciándose una diferencia clara en cuanto al número de años de escolarización entre hombres y mujeres, siendo los primeros los que suelen tener un nivel educativo más alto. Los hombres de nuestro estudio cumplían esta tendencia, y presentaban un nivel de instrucción significativamente superior al de las mujeres del mismo. Esta diferencia se ponía de manifiesto también en la muestra de Centro de Día donde solo una mujer (2,1%) había tenido acceso a estudios superiores, mientras que entre los usuarios de Residencia parece que no está tan clara esta diferencia educativa. Atendiendo a las tendencias en el perfil de ingreso por años, las diferencias educativas entre hombres y mujeres solo se presentan en el 2010 y no en el 2015.

Desde el año 1970 hasta 2011 ha ido cambiando la distribución del perfil de los mayores españoles⁵ en lo que al estado civil respecta, disminuyendo el porcentaje de solteros y el de viudos a favor del de casados y, en menor medida, del de separados, así el 75,9% de los varones de 65 y más años están casados frente al 47,2% de las mujeres, cifras similares a las que arroja nuestro estudio, en el que el estado civil de los hombres es mayoritariamente el matrimonio y el de las mujeres la viudedad, fenómeno que se puede observar tanto en las muestras comparadas por recurso como en las comparaciones entre años.

En un estudio⁴⁰ se observaron los lugares de procedencia más comunes a la hora de realizarse la institucionalización, el 46,8% procedían del propio domicilio, el 37% del

hospital y el 9,2% de otras residencias. No se encontraron estudios que analicen esta tendencia en función del género pero en nuestro caso sí que encontramos diferencias significativas en el lugar de procedencia entre hombres y mujeres. Ambos accedían a los recursos principalmente desde su propio domicilio, pero los hombres tenían un alto índice de acceso procedentes del hospital, mientras que el segundo lugar de procedencia para las mujeres era el domicilio de algún familiar. Con respecto a los motivos expuestos a la hora de causar baja en los recursos estudiados no se encuentran diferencias significativas, pero sí se puede presumir una tendencia en relación con la incidencia de mortalidad de acuerdo al género. Esto es, la incidencia de fallecimientos era mayor entre los hombres que entre las mujeres en relación a la muestra total y a la muestra de Residencia, mientras que en el Centro de Día eran las mujeres las que tenían un porcentaje más elevado.

Artero et al.¹⁵² concluyen que hombres y mujeres tienen diferentes perfiles de riesgo tanto para el desarrollo de DCL como para la progresión a demencia. En nuestro estudio, no se encontraron diferencias entre géneros en la presencia o no de deterioro cognitivo pero la puntuación media en el MMSE de las mujeres en el año 2015 fue significativamente más baja que la de los hombres, lo que indica un peor estado cognitivo del género femenino de esa muestra.

En un estudio¹⁵³ se concluye que el incremento de la carga del cuidador se ve afectada por los trastornos de conducta que presenta la persona mayor y entre los síntomas más significativos en este proceso están las alucinaciones, la conducta motriz anómala y los trastornos del sueño. En nuestro estudio, los hombres presentaban síntomas de “desinhibición” en mayor medida que las mujeres, aspecto que se puso de manifiesto tanto entre los usuarios de Residencia como los de Centro de Día y en ambos años de estudio.

En cuanto al estado funcional, según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia¹¹ en la población de 65 y más años y en todos los rangos de edad, hay un menor número de hombres con limitaciones o discapacidades que de mujeres. En nuestro estudio, prácticamente no se aprecian diferencias significativas en cuanto a las actividades valoradas por el IB y únicamente parece cobrar importancia la actividad de “arreglarse” en la que los hombres presentan un mayor grado de dependencia que las mujeres y que solo está presente en el año 2010. Uno de los motivos que podrían explicar este hecho es la tarea de afeitado que se incluye en este ítem del IB y que en el caso de las mujeres no se realiza. Los hombres tienen menos problemas a la hora de subir y bajar escaleras y que da lugar a la aparición de diferencias significativas en el año 2015.

A menudo, en la literatura¹⁴⁹ podemos observar que los productos de apoyo están relacionados con la movilidad de los usuarios tanto en el exterior como en el interior del domicilio, o para el soporte de la ABVD (baño, cama, retrete o apoyo de la familia). En nuestro caso, coincidiendo con los resultados de Tarsuslu et al.¹⁴⁹ no se encontraron diferencias en la utilización de productos de apoyo entre géneros, a excepción de que las mujeres de Residencia utilizaban el bastón de forma más asidua que los hombres. Además, estas precisaban la ayuda de una tercera persona para una correcta deambulacion en casi un 40% más de los casos.

Entre los productos de apoyo más utilizados para la incontinencia y tal y como señalan Omil et al.¹⁴⁰, se encuentran las compresas. Esta información concuerda para las mujeres de nuestro estudio, sin embargo, los hombres no las utilizan.

En relación al uso de sujeciones y las posibles diferencias entre géneros, los hombres de Residencia precisaron de la prescripción de cinturones diurnos de una forma significativamente mayor que las mujeres, aspecto que concuerda con lo extraído del estudio de Quintana et al.¹⁵⁰ quienes comprobaron que el tipo de contención más empleado en centros de media y larga estancia era el cinturón pélvico.

Con relación a los productos antiescaras, no se encontraron artículos que analicen su prevalencia entre hombres y mujeres, pero en nuestro estudio los hombres que accedían al complejo en el 2015 los utilizaban en mayor medida que las mujeres.

V.5. Fortalezas y limitaciones

En referencia a las fortalezas de este trabajo, entendemos que se trata del primer estudio llevado a cabo en la Comunidad Autónoma de Galicia acerca de los posibles cambios que se producen en el perfil de ingreso de las personas mayores en centros sociosanitarios.

Cabe destacar también la rigurosidad de las valoraciones recogidas, al ser realizadas siempre por profesionales especializados en cada área a estudiar y no por un mismo profesional.

El conjunto de datos aportados por este trabajo, permite obtener algunas claves para el diseño de protocolos de actuación adaptados a las nuevas necesidades y características individuales de los usuarios, del mismo modo que para la puesta en marcha de nuevos sistemas o planes de formación del personal asistencial de este tipo de centros.

Por otro lado, como limitaciones del presente estudio consideramos que de haber contado con un tamaño muestral más amplio, especialmente en relación a algunas de las

valoraciones recogidas, el estudio contaría con mayor consistencia y rigurosidad que permitirían realizar inferencias estadísticas más claras y representativas a nivel poblacional.

Consideramos interesante realizar la comparación de perfil en un periodo de tiempo más amplio al analizado en este estudio. Este hecho permitiría comprobar si las tendencias observadas en un rango de cinco años de diferencia, pasan a ser cambios estadísticamente significativos en el perfil de ingreso de los usuarios.

Como último punto a tratar, nos parece un aspecto relevante el hecho de que la muestra recogida provenga de un Complejo Gerontológico especializado en demencias. Este aspecto haría interesante la comparación de los resultados obtenidos con muestras provenientes de otros centros a fin de extraer posibles similitudes o diferencias entre ambas y comprobar si se siguen las mismas tendencias.

Una vez conocidas las restricciones de nuestro estudio, nuestro proyecto es profundizar en los aspectos indicados a fin de evitar las citadas limitaciones.

VI. CONCLUSIONES

VI. CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos podemos concluir:

Con respecto al objetivo general:

- Se ha descrito y analizado la situación sociodemográfica, de salud y funcional atendiendo al año de ingreso y al recurso asistencial empleado, encontrándonos con un perfil de ingreso más deteriorado en la Residencia que en el Centro de Día pero similar entre los años estudiados (2010 y 2015).

Con respecto a los objetivos específicos:

- El estado funcional, nutricional y el riesgo de desarrollar úlceras por presión de los usuarios que acceden a una Residencia es peor que el de las personas que acceden a un Centro de Día. El porcentaje de personas independientes o con dependencia leve es mayor en aquellos usuarios que acuden a un Centro de Día en comparación con los que acuden a una Residencia.
- Tras un periodo de 5 años, no se observa un cambio de perfil en cuanto al estado de salud y al estado funcional, pero sí se aprecian ciertas tendencias en relación a estos aspectos. Los usuarios que accedieron al complejo gerontológico en el año 2015 lo hicieron con una edad más avanzada y una mayor incidencia de trastornos conductuales.
- Con respecto a los grupos estudiados en función del recurso utilizado, los cambios en el perfil de ingreso en Residencia hacen alusión a que los usuarios están más polimedicados, tienen una mayor incidencia de trastornos de conducta tales como la ansiedad, la apatía o una conducta motriz anómala, presentan mayores problemas de incontinencia urinaria y a la hora de causar baja en el centro cobran especial importancia las altas por regreso a su domicilio o fin de estancia temporal. Esto puede explicarse por el aumento de los ingresos en las Residencias con un fondo rehabilitador o de convalecencia hospitalaria, y que se pone de manifiesto al ser el motivo de ingreso más frecuente. Por otro lado, los usuarios que acuden a Centros de Día tienen una edad más avanzada, acceden al servicio en busca de estimulación, tienen un peor estado nutricional y presentan una mayor

incidencia de síntomas conductuales como la ansiedad y una menor incidencia de agresividad.

- Se pone de manifiesto la feminización del envejecimiento, con un mayor porcentaje de mujeres que de hombres, que además presentan un nivel de instrucción más bajo. Ambos géneros presentan un estado de salud y funcional similar, sin diferencias en el uso de PA a excepción de los empleados para la incontinencia.
- La incidencia de mortalidad de acuerdo al recurso y comparándola entre años aumenta de forma significativa con respecto a la muestra total y a la de Centro de Día, y afecta en mayor medida a los usuarios de Residencia.

VII. BIBLIOGRAFÍA

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Serie de Documentos Estadísticos: 22029.
2. Instituto Nacional de Estadística. INE Base. Madrid: INE; 2015 [acceso 21 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es>.
3. Instituto Gallego de Estadística. Santiago de Compostela. 2016 [acceso 2 de abril de 2016]. IGE; 2016. Disponible en: <http://www.ige.eu/web/index.jsp?idioma=gl>.
4. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida [acceso 17 de enero de 2017]. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
5. Abellán García A, Ayala García A. Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Portal Mayores CSIC; 2014. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>.
6. Instituto Gallego de Estadística. Santiago de Compostela. 2015 [acceso 25 septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.ige.eu/web/mostrar_actividade_estadistica.jsp?idioma=gl&codigo=0201002003.
7. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud [acceso 15 de marzo de 2017]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>.
8. Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006, de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15-12-2006).
9. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2013. Londres: Journey of caring; 2013. [acceso 16 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013.pdf>.
10. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) 2008. Madrid: INE; 2008 [acceso 21 de septiembre de 2016]. Disponible en:

- http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175.
11. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) 1999. Madrid: INE; 1999 [acceso 24 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736194719&idp=1254735573175.
 12. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Madrid: INE; 2011 [acceso 1 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2011/p01/&file=pcaxis>.
 13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España 2014. Madrid: INE; 2014 [acceso 24 de enero de 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014_datos.htm.
 14. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Marco de Actuación para las Personas Mayores: Propuestas y Recomendaciones para fortalecer el ejercicio de los derechos de las personas mayores. Madrid: IMSERSO; 2016. Serie de documentos Estadísticos.
 15. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre 2011. Madrid: IMSERSO; 2012 [acceso 14 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/opm_ssppmm_dic2011.pdf.
 16. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Sistema Estatal de Información Servicios Sociales (SEISS). Madrid: IMSERSO; 2012 [acceso 22 de septiembre de 2015.] Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/seiss/rec_mayores/res_otros/index.htm.
 17. Xunta de Galicia. Consellería de Política Social. Informe da explotación estadística do Rexistro Único de Entidades Prestadoras de Servizos Sociais. Santiago de Compostela: RUEPSS; 2015 [acceso 23 de febrero de 2017]. Disponible en: http://avepss.traballoeibenestar.xunta.es/documentacion/informe_explotacion_rexistro_unico_2015.pdf.

18. Rodríguez Rodríguez P. La sociedad española y los cuidados de larga duración. En: Ribera Casado JM, Gil Gregorio P, editores. *Atención al anciano en el medio sanitario*. Madrid: Editores Médicos; 1998. pp. 211-22.
19. Damián J, Valderrama-Gama E, Rodríguez-Artalejo F, Martín-Moreno JM. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid. *Gac Sanit*. 2004;18(4):268-74.
20. Millán JC, Maseda A. Envejecimiento. En: Millán JC, editor. *Gerontología y Geriatría: Valoración e Intervención*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011. pp. 1-19.
21. Hjaltadóttir I, Hallberg IR, Ekwall AK, Nyberg P. Health status and functional profile at admission of nursing home residents in Iceland over 11-year period. *Int J Older People Nurs*. 2012;7(3):177-87.
22. Young Y, Kalamaras J, Kelly L, Hornick D. Is aging in place delaying nursing home admission?. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(10):900.e1-6.
23. Millán-Calenti JC, Maseda A, Rochette S, Vázquez GA, Sánchez A, Lorenzo T. Mental and Psychological conditions, medical comorbidity and functional limitation: differential associations in older adults with cognitive impairment, depressive symptoms and co-existence of both. *Int J Geriatr Psychiatr*. 2011;26:1071-9.
24. Larizgoitia I. Approaches to evaluating LTC systems. En: Brodsky J, Habib J y Hirschfeld M, editors. *Key Policy issues in Long-Term Care*. Ginebra: World Health Organization; 2002. pp. 227.
25. Guccione A, Felson D, Anderson J, Anthony M, Zhang Y, Wilson P, et al. The effects of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the Framingham Study. *Am J Public Health*. 1994;84(3):351-8.
26. Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, González-Abraldes I, Lorenzo T, Fernández-Arruty T, et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;50(3):306-10.
27. Leturia Arrazola FJ, Uriarte Méndez A, Yanguas Lezaun JJ. *Centros de día: Atención e intervención integral para personas mayores dependientes y con deterioro cognitivo*. Gipúzcoa: Diputación Foral de Guipúzcoa; 2003.
28. Salgado Alba A, González Montalvo JI. *Centros de Día para personas mayores. Un esquema sobre su funcionamiento*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1999;34:298-304.

29. De la Fuente Sanz MM, Martínez León M, Romero García MJ, Fernández Santiago FJ, Navas Cámara FJ. Perfil del anciano institucionalizado en residencias privadas de la ciudad de Soria. *Fisioterapia*. 2012;34(6):239-44.
30. Tobaruela González JL. Residencias: Perfil del usuario e impacto del ingreso [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 2003.
31. Jette A, Branch L, Sleeper L, Feldman H, Sullivan L. High-risk profiles for nursing home admission. *Gerontologist*. 1992;32(5):634-40.
32. Grundy E, Glaser K. Trends in, and transitions to, institutional residence among older people in England and Wales. *J Epidemiol Community Health*. 1997;51:531-40.
33. Woo J, Ho SC, Lau J, Yuen YK. Age and marital status are major factors associated with institutionalization in elderly Hong Kong Chinese. *J Epidemiol Community Health*. 1994;48:306-9.
34. St.John PD, Montgomery PR, Kristjansson B, McDowell I. Cognitive scores, even within the normal range, predict death and institutionalization. *Age Ageing*. 2002;31:373-8.
35. Haupt M, Kurz A. Predictors of nursing home placement in patients with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1993;8:741-6.
36. Bharucha AJ, Pandav R, Shen C, Dodge H, Ganguli M. Predictors of nursing facility admission: A 12-year epidemiological study in the United States. *JAGS*. 2004;52:434-9.
37. Toot S, Swinson T, Devine M, Challis D, Orrell M. Causes of nursing home placement for older people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 2017;29(2):195-208.
38. Agüero-Torres H, von Strauss E, Viitanen M, Winblad B, Fratiglioni L. Institutionalization in the elderly: The role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. *J Clin Epidemiol*. 2001;54:795-801.
39. Andel R, Hyer K, Slack A. Risk factors for nursing home placement in older adults with and without dementia. *J Aging Health*. 2007;19:213.
40. Hjaltadóttir I, Rahm Hallberg I, Kristensson Ekwall A, Nyberg P. Predicting mortality of residents at admission to nursing home: A longitudinal cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:86.
41. Millán Calenti JC. Asistencia Gerontológica. En: Millán Calenti JC, editor. *Principios de Geriatria y Gerontología*. Madrid: McGraw Hill; 2006. pp. 193-204.
42. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Recursos Sociales dirigidos a personas mayores en España. Madrid: IMSERSO; 2013 [acceso 23 de febrero de 2017]. Disponible en:

- http://espaciomayores.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/recursos_sociales_2012.pdf
43. Sancho MT, Rodríguez P. Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro. *Interv Psicosocial*. 2001;10(3):259-75.
 44. González-Abraldes I, Millán-Calenti JC, Balo A, Tubío J, Lorenzo T, Maseda A. Accesibilidad y usabilidad de las aplicaciones computarizadas de estimulación cognitiva: *Telecognitio®*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45(1):26-9.
 45. Martínez T. Centros de Día para personas mayores con dependencias. Colección Documentos política social n°8. Oviedo: Consejería de Asuntos Sociales, Gobierno del Principado de Asturias; 2000.
 46. Complejo Gerontológico La Milagrosa. A Coruña; 2016 [acceso 2 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.centrolamilagrosa.org>.
 47. Junqué C, Jódar M. Velocidad de procesamiento cognitivo en el envejecimiento. *An Psicol*. 1990;6:199-207.
 48. Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, González-Abraldes I, Lorenzo T, Maseda A. Prevalence of cognitive impairment: effects of level of education, age, sex and associated factors. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2009;28(5):455-60.
 49. Petersen RC. Mild Cognitive Impairment. *CONTINUUM (Minneapolis, Minn)*. 2016;22(2, Dementia):404-18.
 50. Millán-Calenti JC, Maseda A, Rochette S, Vázquez GA, Sánchez A, Lorenzo T. Mental and psychological conditions, medical comorbidity and functional limitation: Differential associations in older adults with cognitive impairment, depressive symptoms and co-existence of both. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;26:1071-9.
 51. Reisberg B, Ferris S, de Leon MJ. Stage-specific behavioral, cognitive, and in vivo changes in community residing subjects with age-associated memory impairment and primary degenerative dementia of the Alzheimer type. *Drug Dev Res*. 1988;15(2-3):101-14.
 52. García F, Ceballos R. *Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida*. 4ª ed. Jaén: Formación Alcalá; 2007.
 53. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Kokmen E, Tangalos EG. Aging, memory, and mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatr*. 1997;9(Suppl. 1):65-9.
 54. Knopman DS, Petersen RC. Mild cognitive impairment and mild dementia: A clinical perspective. *Mayo Clin Proc*. 2014;89(10):1452-9.

55. Montejo Carrasco P, Montenegro Peña M. Memoria cotidiana en los mayores. Madrid: Portal Mayores. Informes Portal Mayores; 2006.
56. López Mongil R, López Trigo A, Castrodeza Sanz F, Tamames Gómez S, León Colombo T, Grupo de Trabajo de At. Sanitaria en Residencias de Ancianos de la SEGG. Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(1):5-11.
57. Camina-Martin MA, de Mateo-Silleras B, Malafarina V, Lopez-Mongil R, Nino-Martin V, Lopez-Trigo JA, et al. Nutritional status assessment in geriatrics: consensus declaration by the Spanish society of geriatrics and gerontology nutrition work group. *Maturitas.* 2015;81:414–9.
58. Chen CC, Schilling LS, Lyder CH. A concept analysis of malnutrition in the elderly. *J Adv Nurs.* 2001;36:131-42.
59. 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(1):S59-65.
60. Ahmed T, Habloubi N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clin Interv Aging.* 2010;5:207-16.
61. Maseda A, Gómez Caamaño S, Lorenzo López L, López López R, Diego Díez C, Sanluís Martínez V, et al. Health determinants of nutritional status in community-dwelling older population: the VERISAÚDE study. *Public Health Nutr.* 2016;19(12):2220-8.
62. Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos.* 2014;25(4):162-70.
63. Sánchez Cabeza A. Discapacidad, deficiencia y estado de salud. En: Millán Calenti JC, editor. *Gerontología y Geriatria. Valoración e Intervención.* Madrid: Medica Panamericana; 2010. pp. 125-47.
64. Larrión JL. Valoración de la capacidad funcional del paciente anciano. *Anales Sis San Navarra.* 1999;22(Supl. 1):1-14.
65. Romero Ayuso D, Moruno Millares P. *Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas.* Barcelona: Masson; 2003.
66. Labrador Toribio C. Valoración funcional. En: Millán Calenti JC, editor. *Gerontología y Geriatria. Valoración e Intervención.* Madrid: Medica Panamericana; 2010. pp. 186-204.
67. Mckeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, O'Brien JT, Feldman H, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology.* 2005;65(12):1863-72.

68. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the age. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychological function. *J Am Med Assoc.* 1963;185:914–9.
69. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal 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(1):32-40.
70. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9:179–86.
71. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH Jr, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol.* 1982; 37(3):323-9.
72. Sánchez Janariz H. Valoración geriátrica integral de la persona con deterioro cognitivo. En: Gobierno de Canarias. Manual de Actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Canarias; 2011. pp. 91-103.
73. Sebastián Herranz M, Valle Gallego I, Vígara Cerrato A. Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de Apoyo para la Autonomía Personal. Madrid: IMSERSO; 2012.
74. Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas. Madrid: IMSERSO. 2016 [acceso 20 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.ceapat.es/ceapat_01/acc_tec_dis/productos_apoyo/index.htm.
75. Rodríguez Delgado J. Mechanical restraints in the elderly: technical proposals recommendations for use in the social environment. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48(4):185-9.
76. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. 2017 [acceso 20 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=contenci%C3%B3n>
77. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. 2017 [acceso 20 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=sujetar>.
78. Centers for Medicare & Medicaid Services. CMS’s RAI Version 2.0 Manual [acceso 19 de marzo de 2017]. Baltimore-EE.UU: U.S. Department of Health & Human Services; 2015. Disponible en: http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/20_NHQIMDS20.asp#TopOfPage.
79. Comité Interdisciplinar de Sujeciones. Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2014.

80. Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth SM, Naganathan V, Waite L, Seibel MJ, et al. Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2012;65(9):989-95.
81. Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Cumming RG, Handelsman DJ, et al. High-risk prescribing and incidence of frailty among older community-dwelling men. *Clin Pharmacol Ther*. 2012;91(3):521-8.
82. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-Mental State». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189-98.
83. Blesa R, Pujol M, Aguilar M, Santacruz P, Bertran-Serra I, Hernández G, et al. Clinical validity of the 'mini-mental state' for Spanish speaking communities. *Neuropsychologia*. 2001;39:1150-7.
84. Vilalta-Franch J, Lozano Gallego M, Hernández Ferrándiz J, Llinàs-Reglà, López Pousa S, López OL. Neuropsychiatric inventory. Propiedades psicométricas de su adaptación al español. *Rev Neurol*. 1999;29(1):15-9.
85. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44(12): 2308-14.
86. Kaufer DI, Cummings JL, Christine D, Bray T, Castellón S, Masterman D, et al. Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: the Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46(2):210-5.
87. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nurs Res*. 1987;36(4):205-10.
88. British Columbia Provincial Nursing Skin and Wound Committee. Guideline: Braden Scale for Predicting Pressure Ulcer Risk in Adults and Children; 2014.
89. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nut Health Aging*. 2006;10(6):456-65.
90. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [acceso 17 de octubre de 2016]. Corea: AMM; 2008. Disponible en: http://www.cgcom.org/noticias/2008/11/08_11_27_helsinki.
91. Esteban Herrera L, Rodríguez Gómez JA. Situaciones de dependencia en personas mayores en las residencias de ancianos en España. *ENE Rev Enfermería*. 2015; 9(2).
92. World Health Organization. Towards a common language for functioning, disability and health: ICF. Ginebra: World Health Organization; 2002.

93. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población 2016-2066. Madrid: INE; 2016 [acceso 7 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176953&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
94. Sistema Estadístico Europeo (EUROSTAT). Population and Social Conditions. 2011 [acceso 19 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/CensusHub2/query.do?step=selectHyperCube&qhc=false>
95. Abellán García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Envejecimiento; 2016.
96. Rodríguez-Laso, Abellán A, Sancho M, Pujol R, Montorio I, Diaz-Veiga P. Perceived economic situation, but not education level, is associated with disability prevalence in the Spanish elderly: observational study. *BMC Geriatrics*. 2014;14:60.
97. Correia R, Nieto A, Ferreira D, Sabucedo M, Barroso J. Fund of information is more strongly associated with neuropsychological functioning than education in older Spanish adults. *Arch Clin Neuropsychol*. 2015;30(4):310-21.
98. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de población activa. Madrid: INE; 2016 [acceso 7 de Marzo de 2017]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=resultados&secc=1254736195128&idp=1254735976595.
99. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta continua de hogares 2015. Madrid: INE; 2016 [acceso 7 de Marzo de 2017]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981.
100. Buhr GT, Kuchibhatla M, Clipp EC. Caregivers' reasons for nursing home placement: clues for improving discussions with families prior to the transition. *Gerontologist*. 2006;46(1):52-61.
101. Saum KU, Schöttker B, Meid AD, Holleczeck B, Haefeli WE, Hauer K, et al. Is polypharmacy associated with frailty in older people? Results from the ESTHER cohort study. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(2):27-32.
102. Venturini CD, Engroff P, Ely LS, Zago LF, Schroeter G, Gomes I, et al. Gender differences, polypharmacy, and potential pharmacological interactions in the elderly. *Clinics (Sao Paulo)*. 2011;66(11):1867-72.

103. Santalucia P, Franchi C, Djade CD, Tettamanti M, Pasina L, Corrao S, et al. Gender difference in drug use in hospitalized elderly patients. *Eur J Intern Med.* 2015;26(7):483-90.
104. Fundación “Instituto Edad & Vida”. Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales. Madrid: Fundación Edad & Vida; 2015.
105. Steward D, Mair A, Wilson M, Kardas P, Lewek P, Alonso A, et al. Guidance to manage inappropriate polypharmacy in older people: systematic review and future developments. *Expert Opin Drug Saf.* 2017;16(2):203-13.
106. Gavrilá D, Antúnez C, Tormo MJ, Carles R, García Santos JM, Parrilla G, et al. Prevalence of dementia and cognitive impairment in Southeastern Spain: The Ariadna study. *Acta Neurol Scand.* 2009;120:300-7.
107. Gómez de Caso JA. Epidemiología del déficit cognitivo y la demencia en una población rural de Segovia [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 1992.
108. Rodríguez-Sánchez E, Mora-Simón S, Patino-Alonso MC, García García R, Escribano-Hernández A, García-Ortiz L, et al. Prevalence of cognitive impairment in individuals aged over 65 in an urban area: DERIVA study. *BMC Neurol.* 2011;11:147.
109. De Pedro-Cuesta J, Virués-Ortega J, Vega S, Seijo-Martínez M, Saz P, Rodríguez F, et al. Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: A reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. *BMC Neurol.* 2009;9:55.
110. Au B, Dale McGrath S, Tierney MC. Sex differences in the prevalence and incidence of mild cognitive impairment: A meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2017;35:176-99.
111. Escalona CY, Roca AC, Blanco K. Deterioro cognitivo, demencia y estado funcional de residentes en un hogar de ancianos: estudio descriptivo de corte transversal con abordaje cuantitativo. *Medwave.* 2012;12(11):5570.
112. Fernández Guerra N, González H. Factores de riesgo vascular y función cognoscitiva en ancianos institucionalizados y de la comunidad. *Rev Cubana Med.* 2008;47(1):1-16.
113. Abellán García A, Esparza C. Las personas mayores con dependencia. En: Puyol Antolín R, Abellán García A. *Envejecimiento y Dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española.* Madrid: Mondial Assistance; 2006.
114. Pérez Salanova M, Yanguas Lezaun JJ. Dependencia, personas mayores y familiar. De los enunciados a las intervenciones. *An Psicología.* 1998;14(1):95-104.
115. Rothera I, Jones R, Harwood R, Avery A, Waite J. Health status and assessed need for a cohort of older people admitted to nursing and residential homes. *Age Ageing.* 2003;32:303-9.

116. Scocco P, Rapattoni M, Fantoni G. Nursing home institutionalization: a source of eustress or distress for the elderly?. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21:281-7.
117. Muszalik M, Kornatowski T, Zielinska-Wieczkowska H, Kedziora-Kornatowska K, Dijkstra A. Functional assessment of geriatric patients in regard to health-related quality of life (HRQoL). *Clin Interv Aging*. 2014;10:61-7.
118. Onder G, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Frijters D, Henrard JC, et al. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long Term Care (SHELTER) study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:5.
119. Hacıhasanoğlu R, Yildirim A, Karakurt P. Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;54(1):61-6.
120. Zhang Y, Jia H, Li A, Liu J, Li H. Study on prediction of activities of daily living of the aged people based on longitudinal data. *Procedia Comput Sci*. 2016;91:470-7.
121. Magaziner J, German P, Zimmerman SI, Hebel JR, Burton L, Gruber-Baldini AL, et al. The prevalence of dementia in a statewide sample of new nursing home admissions aged 65 and older: diagnosis by expert panel. *Epidemiology of Dementia in Nursing Homes Research Group. Gerontologist*. 2000;40(6):663-72.
122. Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M, Eimicke J. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2001;36(12):613-20.
123. Smith DM. Pressure ulcers in the nursing home. *Ann Intern Med*. 1995;123(6):433-42.
124. Lago González ML. Valoración del riesgo de úlceras por presión en una unidad geriátrica. *Gerokomos*. 2007;18(3):135-9.
125. Ramos Cordero P. Guía de alimentación y nutrición. Factores de Riesgo Nutricional en los Mayores Institucionalizados: Recomendaciones prácticas. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología [acceso 9 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.segg.es/download.asp?tipo=1&pag=1>
126. Jiménez Sanz M, Sola Villafranca M, Pérez Ruiz C, Turienzo Llata MJ, Larrañaga Lavin G, Mancebo Santamaría MA, et al. Estudio del estado nutricional de los ancianos de Cantabria. *Nutr Hosp*. 2011;26(2):345-54.
127. Galán Cabello CM, Trinidad Trinidad D, Ramos Cordero P, Gómez Fernández JP, Alastruey Ruiz JG, Onrubia Pecharroman A, et al. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43(4):208-13.

128. Morris JN, Sherwood S, Gutkin CE. Inst-Risk II: an approach to forecasting relative risk of future institutional placement. *Health Serv Res.* 1988;23(4):511-36.
129. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, Norton MC, Steffens DC, Breitner JC, et al. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry.* 2000;157:708-14.
130. Song JA, Oh Y. The Association between the burden on formal caregivers and behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Korean elderly in nursing homes. *Arch Psychiatr Nurs.* 2015;29(5):346-54.
131. Haider SI, Ansari Z, Vaughan L, Matters H, Emerson E. Prevalence and factors associated with polypharmacy in Victorian adults with intellectual disability. *Res Dev Disabil.* 2014;35(11):3071-80.
132. Kim HA, Shin JY, Kim MH, Park BJ. Prevalence and predictors of polypharmacy among Korean elderly. *PLoS One.* 2014;9(6):e98043.
133. Aparasu RR, Mort JR, Brandt H. Polypharmacy trends in office visits by the elderly in the United States, 1990 and 2000. *Res Soc Adm Pharm.* 2005;1(3):446-59.
134. Herrador Martínez P, Castillo Polo A. Estudio del consumo de fármacos en la residencia del IMSERSO de Melilla. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2002;37(3):134-40.
135. Morillas J, García Talavera N, Martín Pozuelo G, Reina AB, Zafrilla P. Detection of hyponutrition risk in non-institutionalised elderly. *Nutr Hosp.* 2006;21(6):650-6.
136. Turan E, Yenardag M, Aras O. Functional independence, quality of life, and level of mobility of elderly people living at home and nursing home. *Top Geriatr Rehabil.* 2012;28(3):201-7.
137. Mollenkopf H, Marcellini F, Ruoppila I, Flaschenträger P, Gagliardi C, Spazzafumo L. Outdoor mobility and social relationships of elderly people. *Arch Gerontol Geriatr.* 1997;24(3):295-310.
138. Çivi S, Tanrıku MZ. An epidemiological study to evaluate the level of dependence and physical disability with the prevalence of chronic diseases in the elderly. *Turkish J Geriatr.* 2000;3(3):85-90.
139. Roe B, Flanagan L, Jack B, Barrett J, Chung A, Shaw C, et al. Systematic review of the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes: descriptive studies with urinary incontinence as primary focus. *J Adv Nurs.* 2010;67(2):228-50.

140. Omli R, Skotnes LH, Romild U, Bakke A, Mykletun A, Kuhry E. Pad per day usage, urinary incontinence and urinary tract infections in nursing home residents. *Age Ageing*. 2010;39(5):549-54.
141. Mondragón MJ, Santamaría E, Izaola A. Las personas mayores en el contexto de crisis: entre la dependencia y el sostenimiento familiar. *Inguruak*. 2015;59:157-73.
142. Carrera Lasfuentes P, Aguilar Palacio I, Clemente Roldán E, Malo Fumanal S, Rabanaque Hernández MJ. Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo. *Aten Primaria*. 2013;45(10):528-35.
143. López Casasnovas G. Regulación, innovación y mejora de las prestaciones sanitarias. El sector del medicamento. *Gac Sanit*. 2008;22(1):52-7.
144. Cohen Mansfield J, Werner P, Watson V, Pasis S. Agitation among elderly persons at adult day-care centers: The experiences of relatives and staff members. *Int Psychogeriatr*. 1995;7(3):447-58.
145. Torra JE, Rueda J, Soldevilla JJ, Martínez F, Verdú J. 1er Estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos*. 2003;14(1):37-47.
146. Heras Fortuny R, Morros Torné C, Álvarez Carrera A, Moix Manubens I, Sabria Martínez I, Santaaulàlia Potrony L. Prevalencia de úlceras por presión en atención primaria en dos comarcas catalanas. *Enferm Clin*. 2006;13(1):49-58.
147. Silvestre Busto C, Domenech L, Elizondo A, Erro JI, Esparza C, Merino A, et al. Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en el hospital de Navarra. *Anales Sis San Navarra*. 1998;21(3):401-6.
148. Tütüm Yümin E, Tarsuslu Smesek T, Sertel M, Öztürk A, Yümin M. The effect of functional mobility and balance on health-related quality of life (HRQoL) among elderly people living at home and those living in nursing home. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;52(3):80-4.
149. Tarsuslu T, Tütüm Yümin E, Sertel M, Öztürk A, Yümin M. Assistive device usage in elderly people and evaluation of mobility level. *Top Geriatr Rehabil*. 2012;28(3):190-4.
150. Quintana S, Font R. Medidas de restricción física en un hospital de agudos y en dos centros de media y larga estancia: estudio de prevalencia y análisis de aspectos éticos relacionados con su indicación y puesta en práctica. *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18(1):33-8.
151. Mamun K, Lim J. Use of physical restraints in nursing homes: Current practice in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*. 2005;34(2):158-62.

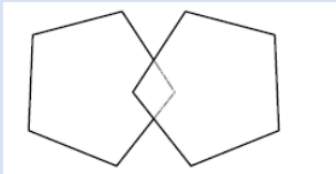
152. Artero S, Ancelin ML, Portet F, Dupuy A, Berr C, Dartigues JF, et al. Risk profiles for mild cognitive impairment and progression to dementia are gender specific. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2008;79(9):979-84.
153. Allegri Rf, Sarasola D, Serrano CM, Taragano FE, Arizaga RL, Butman J, et al. Neuropsychiatric symptoms as a predictor of caregiver burden in Alzheimer's disease. *Neuropsychiatric Dis Treat*. 2006;2(1):105-10.

ANEXOS

ANEXO I: ÍNDICE DE BARTHEL

ÍNDICE DE BARTHEL ⁶⁹	
1.- COMER	
<input type="checkbox"/> 10. Independiente: Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona. <input type="checkbox"/> 5. Necesita ayuda: para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo. <input type="checkbox"/> 0. Dependiente: Necesita ser alimentado por otra persona.	
2.- LAVARSE (BAÑARSE)	
<input type="checkbox"/> 5. Independiente: Capaz de levantarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo en pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede ser realizarlo todo sin estar una persona presente. <input type="checkbox"/> 0. Dependiente: Necesita alguna ayuda o supervisión.	
3.- VESTIRSE	
<input type="checkbox"/> 10. Independiente: Capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo, braguero, corsé, etc.) sin ayuda. <input type="checkbox"/> 5. Necesita ayuda, pero realiza solo, al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable. <input type="checkbox"/> 0. Dependiente	
4.- ARREGLARSE	
<input type="checkbox"/> 5. Independiente: Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y limpiarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona. <input type="checkbox"/> 0. Dependiente: Necesita alguna ayuda.	
5.- DEPOSICIÓN	
<input type="checkbox"/> 10. Continente: Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrarlos por sí solo. <input type="checkbox"/> 5. Accidente ocasional: Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios. <input type="checkbox"/> 0. Incontinente: Incluye administración de enemas o supositorios por otro.	
6. MICCIÓN (VALORAR LA SITUACIÓN EN LA SEMANA PREVIA)	
<input type="checkbox"/> 10. Continente: Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo. <input type="checkbox"/> 5. Accidente ocasional: Máximo uno en 24 horas, incluye necesita ayuda en la manipulación de sondas o dispositivos. <input type="checkbox"/> 0. Incontinente: Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.	
7. IR AL RETRETE	
<input type="checkbox"/> 10. Independiente: Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barreras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar. <input type="checkbox"/> 5. Necesita ayuda: Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete. <input type="checkbox"/> 0. Dependiente: Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.	
8. TRASLADARSE SILLÓN-CAMA	
<input type="checkbox"/> 15. Independiente: Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyapiés, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba y puede volver a la silla sin ayuda. <input type="checkbox"/> 10. Mínima ayuda: Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento. <input type="checkbox"/> 5. Gran ayuda: Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir/entrar en la cama o desplazarse. <input type="checkbox"/> 0. Dependiente: Necesita de la grúa o complemento alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.	
9. DEAMBULACIÓN	
<input type="checkbox"/> 15. Independiente: Puede caminar al menos 50 m. o su equivalente en su casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.) excepto andador. Si utiliza prótesis, es capaz de ponérsela y quitársela solo. <input type="checkbox"/> 10. Necesita ayuda: Supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 m. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador). <input type="checkbox"/> 5. Independiente en la silla de ruedas en 50 m: Deber ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo. <input type="checkbox"/> 0. Dependiente: Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.	
10. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
<input type="checkbox"/> 10. Independiente: Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas etc.) y el pasamanos. <input type="checkbox"/> 5. Necesita ayuda: Supervisión física o verbal. <input type="checkbox"/> 0. Dependiente: Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor).	
PUNTUACIÓN TOTAL:	
OBSERVACIONES:	

ANEXO II. MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE ⁸³) Versión NORMACODEM ⁸⁴	PUNTOS
1. ORIENTACIÓN TEMPORAL A) Año..... B) Estación del año..... C) Día del mes..... D) Día de la semana..... E) Mes del año.....	.....(5)
2. ORIENTACIÓN ESPACIAL A) País..... B) Provincia..... C) Ciudad..... D) Lugar..... E) Piso/Planta.....	.....(5)
3. FIJACIÓN Repita estas 3 palabras: BICICLETA, CUCHARA, MANZANA (Repetir a intervalos de 1 s hasta que las aprenda). N° de intentos (máx. 5) _____	.....(3)
4. ATENCIÓN Y CÁLCULO A. Series de 7. Reste desde 100 de 7 en 7 B. Deletree al revés la palabra MUNDO (Parar después de 5 respuestas y puntuar la mejor de las dos opciones)	.....(5)
5. MEMORIA ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? BICICLETA, CUCHARA, MANZANA	.....(3)
6. LENGUAJE (Nominación) Señalar un LÁPIZ y un RELOJ y hacer que los denomine	.....(2)
7. LENGUAJE (Repetición) Repita esta frase: “NI SÍ, NI NO, NI PEROS”	.....(1)
8. LENGUAJE (Comprensión de órdenes) COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO	.....(3)
9. LECTURA Lea esto y haga lo siguiente: CIERRE LOS OJOS	.....(1)
10. ESCRITURA Escriba una frase (sujeto, verbo y objeto). No puntuar faltas de ortografía	.....(1)
11. DIBUJO (Praxis constructiva) Copie el dibujo (dos pentágonos en intersección)	.....(1)
	.....(1)
Puntuación TOTAL (Máximo 30)	.....
Corrección por edad y escolaridad ⁸⁴	.....
Puntuación AJUSTADA	.....

ANEXO III. INVENTARIO NEUROPSIQUIÁTRICO (NPI-NH)⁸⁴⁻⁸⁶

A continuación voy a hacerle unas preguntas sobre su familiar. Usted tiene que contestar si las conductas que yo le diga han estado o no presentes durante el último mes. En caso afirmativo profundizaremos un poco más

	No	Sí	NS	Frecuencia				Gravedad			F x G	Interrupción Ocupacional					
				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
A. Delirios				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
¿El residente cree en cosas que usted sabe que no son ciertas? Por ejemplo, ¿Dice que la gente trata de hacerle daño o robarle? ¿Dice que sus familiares o personas conocidas no son quienes dicen ser, o cree que su esposo/a le está siendo infiel? ¿Tiene el residente algún otro tipo de creencias	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cree el residente que está en peligro, que toros están planeando hacerle daño o le han estado haciendo daño? 2. ¿Cree el residente que otras personas le están robando? 3. ¿Cree el residente que su esposo/a le está siendo infiel? 4. ¿Cree el residente que su familia, personas del trabajo u otros no son quienes dicen ser? 5. ¿Cree el residente que los personajes de la televisión o las revistas están en realidad presentes en la habitación? (Trata de hablarles o interactuar con ellos?) 6. ¿Cree el residente en otras cosas inusuales que no se le hayan preguntado? <p>Comentarios: ¿Ha quedado confirmada la pregunta de selección? NO Si la respuesta es SI, determinar frecuencia y gravedad de los delirios</p>																
B. Alucinaciones				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
¿El residente tiene alucinaciones, es decir, ve, oye o experimenta cosas que no se encuentran presentes? (Si la respuesta es sí, pregunte por un ejemplo para ver si se trata en realidad de una alucinación). ¿Habla el residente con personas que no están presentes?	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿El residente actúa como si oyera voces o describe oír voces? 2. ¿El residente habla a personas que no se encuentran presentes? 3. ¿El residente dice ver cosas que los demás no ven o actúa como si viera cosas que los demás no ven (gente, animales, luces, etc.)? 4. ¿El residente dice percibir olores que los demás no pueden oler? 5. ¿El residente dice sentir algo en la piel o parece que siente que algo le sube o le toca? 6. ¿El residente dice percibir sabores sin que tenga nada en la boca con ese sabor? 7. ¿El residente dice percibir alguna otra experiencia sensorial inusual? <p>Comentarios: ¿Ha quedado confirmada la pregunta de selección? NO Si la respuesta es SI, determinar frecuencia y gravedad de las alucinaciones</p>																

ANEXO III. INVENTARIO NEUROPSIQUIÁTRICO (NPI-NH)

(Cont.)

	No	Sí	NS	Frecuencia				Gravedad			F x G	Interrupción Ocupacional					
				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
C. Agitación/Agresión																	
<p>¿El residente tiene períodos en los que rechaza colaborar o en los que no deja que lo ayuden? ¿Es difícil de manejar? ¿Es ruidoso o se niega a cooperar? ¿El residente intenta hacer daño o pegar a los demás?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿El residente se enfada con las personas cuando intentan cuidarlo o se resiste a llevar a cabo actividades como bañarse o cambiarse de ropa? 2. ¿El residente se muestra testarudo, queriendo que las cosas se hagan a su manera? 3. ¿El residente se muestra poco dispuesto a colaborar y se resiste a recibir ayuda por parte de los demás? 4. ¿El residente presenta algún otro comportamiento que lo haga difícil de manejar? 5. ¿El residente da portazos, da patadas a los muebles, lanza objetos? 6. ¿El residente intenta hacer daño o pegar a los demás? 7. ¿El residente presenta algún otro tipo de comportamiento agresivo o agitado? <p>Comentarios: ¿Ha quedado confirmada la pregunta de selección? NO Si la respuesta es SI, determinar frecuencia y gravedad de la agitación/agresión</p>																
D. Depresión/Disforia																	
<p>¿El residente parece triste o deprimido? ¿Dice sentirse triste o deprimido? ¿El residente llora a veces?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿El residente llora a veces? 2. ¿El residente habla o actúa como si estuviera deprimido? 3. ¿El residente se menosprecia o dice sentirse fracasado? 4. ¿El residente dice ser una mala persona o que merece ser castigado? 5. ¿El residente parece desanimado o dice que no tiene futuro? 6. ¿El residente dice ser una carga para la familia o que su familia estaría mejor sin él/ella? 7. ¿El residente habla sobre querer morirse o suicidarse? 8. ¿El residente presenta algún otro tipo de comportamiento depresivo o triste? <p>Comentarios: ¿Ha quedado confirmada la pregunta de selección? NO Si la respuesta es SI, determinar frecuencia y gravedad de la depresión/disforia</p>																
E. Ansiedad																	
<p>¿El residente está muy nervioso, preocupado o asustado sin razón aparente? ¿Parece inquieto o nervioso? ¿Tiene miedo de ser separado de usted o de aquellos en quien confía?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿El residente dice estar preocupado por lo que tiene programado hacer, como citas o visitas familiares? 2. ¿El residente tiene períodos en los que se siente tembloroso, incapaz de relajarse o en los que se siente excesivamente tenso? 3. ¿El residente tiene períodos en los que le falta la respiración (o se queja de ello), en los que respira entrecortadamente o suspira sin otra razón aparente más que el nerviosismo? 4. ¿El residente se queja de tener un nudo en el estómago o de tener palpitaciones o fuertes latidos de corazón asociados al nerviosismo (síntomas que no se explican por un problema de salud)? 5. ¿El residente evita ciertos lugares o situaciones que le ponen nervioso/a, como encontrarse con amigos o participar en actividades del centro? 6. ¿El residente se pone nervioso y se altera cuando se separa de usted o de aquellos en quien confía? (¿Se le aferra para evitar que le separen de usted?) 7. ¿El residente muestra algún otro signo de ansiedad? <p>Comentarios: ¿Ha quedado confirmada la pregunta de selección? NO Si la respuesta es SI, determinar frecuencia y gravedad de la ansiedad.</p>																

ANEXO III. INVENTARIO NEUROPSIQUIÁTRICO (NPI-NH) (Cont.)

	No	Sí	NS	Frecuencia				Gravedad			F x G	Interrupción Ocupacional					
				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
F. Exaltación/Euforia				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
<p>¿El residente parece demasiado alegre o demasiado contento sin razón aparente? No me refiero a la alegría normal sino al encontrar divertidas cosas que a los demás no les hace gracia</p>	<ol style="list-style-type: none"> ¿El residente parece sentirse demasiado bien o demasiado feliz? ¿El residente encuentra divertido o se ríe de cosas que los demás no encuentran graciosas? ¿El residente parece tener un sentido del humor infantil, con tendencia a reír tontamente o a reírse de forma inadecuada (como cuando alguien le ocurre una desgracia)? ¿El residente cuenta chistes o hace comentarios que sólo le hacen gracia a él/ella? ¿El residente gasta bromas infantiles como pellizcar o quitar cosas y negarse a devolverlas para divertirse? ¿El residente muestra algún otro signo de sentirse demasiado bien o estar demasiado feliz? <p>Comentarios: ¿Ha quedado confirmada la pregunta de selección? NO Si la respuesta es SI, determinar frecuencia y gravedad de la exaltación/euforia.</p>																
G. Apatía/Indiferencia				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
<p>¿El residente permanece sentado silenciosamente sin prestar atención a las cosas que están ocurriendo a su alrededor? ¿Ha perdido interés en hacer cosas o ha perdido motivación para participar en actividades? ¿Es difícil involucrar al residente en una conversación o en actividades de grupo?</p>	<ol style="list-style-type: none"> ¿El residente ha perdido interés en el mundo que le rodea? ¿El residente se muestra menos dispuesto a iniciar una conversación? (puntuar solamente si le es posible conversar) ¿El residente se muestra falto de emociones ante situaciones en que se esperaría una reacción emocional (felicidad por la visita de un amigo o familiar, interés por las noticias o deportes, etc.)? ¿El residente ha perdido interés por sus amigos y miembros de la familia? ¿El residente se muestra menos entusiasta con las cosas que le solían interesar? ¿El residente muestra algún otro signo que indique que no tiene interés en hacer cosas nuevas? <p>Comentarios: ¿Ha quedado confirmada la pregunta de selección? NO Si la respuesta es SI, determinar frecuencia y gravedad de la apatía/indiferencia.</p>																
H. Desinhibición				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
<p>¿El residente hace o dice cosas que normalmente no se hacen o dicen en público? ¿Parece actuar impulsivamente y sin pensar? ¿El residente dice cosas insensibles o hiere los sentimientos de los demás?</p>	<ol style="list-style-type: none"> ¿El residente actúa de forma impulsiva sin importarle las consecuencias? ¿El residente habla con extraños como si los conociera? ¿El residente le dice cosas a los demás que pueden herir su sensibilidad o sus sentimientos? ¿El residente dice cosas ordinarias o hace comentarios de tipo sexual? ¿El residente habla abiertamente sobre temas muy personales o de asuntos privados que habitualmente no se comentarían en público? ¿El residente se tome ciertas libertades, toca o abraza a otras personas de forma que no corresponde con su carácter? ¿El residente muestra algún otro signo de pérdida de control de sus impulsos? <p>Comentarios: ¿Ha quedado confirmada la pregunta de selección? NO Si la respuesta es SI, determinar frecuencia y gravedad de la desinhibición.</p>																

ANEXO III. INVENTARIO NEUROPSIQUIÁTRICO (NPI-NH) (Cont.)

	No	Sí	NS	Frecuencia				Gravedad			F x G	Interrupción Ocupacional					
				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
I. Irritabilidad/Labilidad				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
<p>¿El residente se irrita o se molesta con facilidad? ¿Es muy variable su estado de ánimo? ¿Se muestra anormalmente impaciente?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿El residente tiene mal genio y pierde fácilmente los estribos por nada? 2. ¿El residente cambia de humor rápidamente, pasando de estar bien a estar irritado en menos de un minuto? 3. ¿El residente sufre ataques de ira repentinos? 4. ¿El residente se muestra impaciente, con problemas para aguantar los retrasos de las actividades programadas o esperar a que éstas se inicien? 5. ¿El residente se irrita con facilidad? 6. ¿El residente tiende a discutir y es difícil llevarse bien con él/ella? 7. ¿El residente muestra algún otro signo de irritabilidad? <p>Comentarios: ¿Ha quedado confirmada la pregunta de selección? NO Si la respuesta es SI, determinar frecuencia y gravedad de la irritabilidad/labilidad</p>																
J. Conducta motora aberrante				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
<p>¿El residente hace actividades repetitivas o “hábitos” que realiza una y otra vez como ir de un lado a otro, haciendo cosas una y otra vez, como abrir armarios o cajones, o tocar cosas de forma repetitiva o enrollar hilos o cordones? (No incluir temblores simples o movimientos de la lengua?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿El residente da vueltas por el centro/residencia sin motivo aparente? 2. ¿El residente abre cajones y armarios, revolviendo las cosas y sacándolas de su sitio? 3. ¿El residente se pone y se quita repetidamente la ropa? 4. ¿El residente lleva a cabo actividades repetitivas como jugar con botones, toquetear o enrollar cordones, cambiar las sábanas de las camas de sitio, etc.? 5. ¿El residente lleva a cabo actividades repetitivas o “hábitos” que repite una y otra vez? <p>Comentarios: ¿Ha quedado confirmada la pregunta de selección? NO Si la respuesta es SI, determinar frecuencia y gravedad de la conducta motora aberrante</p>																

ANEXO III. INVENTARIO NEUROPSIQUIÁTRICO (NPI-NH) (Cont.)

K. Alteraciones del sueño	No	Sí	NS	Frecuencia				Gravedad			F x G	Interrupción Ocupacional					
				1	2	3	4	1	2	3		0	1	2	3	4	5
<p>Este grupo de preguntas deben dirigirse solamente a cuidadores que trabajan en el turno de noche y observan al residente directamente o tienen un conocimiento aceptable un informe por la mañana regularmente) de las actividades del paciente durante la noche. Si el cuidador no tiene conocimiento sobre el comportamiento del paciente durante la noche, marque esta categoría como N/A.</p> <p>¿Tiene el residente dificultades para dormir (no tenga en cuenta si el paciente simplemente se levanta una o dos veces durante la noche o sólo para ir al baño y se vuelve a dormir inmediatamente)? ¿Se levanta por la noche? ¿Deambula por la noche, se viste o va a las habitaciones de otros?</p>																	
<p>1. ¿El residente tiene dificultades para quedarse dormido?</p> <p>2. ¿El residente se levanta durante la noche (no tenga en cuenta si se levanta sólo una o dos veces para ir al baño y vuelve a dormir inmediatamente)?</p> <p>3. ¿El residente deambula, anda de un lado a otro o se dedica a actividades inapropiadas durante la noche?</p> <p>4. ¿El residente se despierta durante la noche, se viste y se dispone a salir pensando que ya es de día y el momento de empezar la jornada?</p> <p>5. ¿El residente se levanta demasiado temprano por la mañana? (antes que otros residentes)?</p> <p>6. ¿El residente tiene algún otro comportamiento durante la noche del que no hayamos hablado?</p> <p>Comentarios: ¿Ha quedado confirmada la pregunta de selección? NO Si la respuesta es SI, determinar frecuencia y gravedad de la conducta durante la noche</p>																	
<p>L. Apetito y alimentación</p>																	
<p>¿El residente ha experimentado algún cambio en su apetito, peso o hábitos alimentarios (contar como N/A si el residente está incapacitado y debe ser alimentado)? ¿Se ha producido algún cambio en el tipo de comida que prefiere?</p>																	
<p>1. ¿El residente ha perdido el apetito?</p> <p>2. ¿El residente ha aumentado su apetito de forma inusual?</p> <p>3. ¿El residente ha perdido peso?</p> <p>4. ¿El residente ha ganado peso?</p> <p>5. ¿El residente ha experimentado algún cambio en su comportamiento alimentario como ponerse demasiada comida en la boca de una vez?</p> <p>6. ¿El residente ha experimentado algún cambio en el tipo de comida que le gusta, como comer demasiados dulces u otro tipo específicos de comida?</p> <p>7. ¿El residente ha desarrollado algún tipo de conducta alimentaria como comer exactamente el mismo tipo de alimentos o comerlos exactamente en el mismo orden?</p> <p>8. ¿Se ha producido algún otro cambio en su apetito o en la comida del que no hayamos hablado?</p> <p>Comentarios: ¿Ha quedado confirmada la pregunta de selección? NO Si la respuesta es SI, determinar frecuencia y gravedad de los trastornos alimentarios y del apetito</p>																	

ANEXO IV. INVENTARIO NEUROPSIQUIÁTRICO (NPI-NH) (Resumen)

Frecuencia:

- 1 = Casi nunca (menos de una vez por semana)
 2 = A veces (una vez a la semana aproximadamente)
 3 = Con frecuencia (varias veces por semana pero menos de cada día)
 4 = Con mucha frecuencia (diariamente o continuamente presente)

Gravedad:

- 1 = Leve (produce poca angustia en el residente)
 2 = Moderada (más molesta para el residente pero puede ser controlada por el cuidador)
 3 = Grave (muy molesta para el residente y difícil de controlar)

Interrupción ocupacional.

- 0 = No interrupción
 1 = Mínima (casi no hay cambio en la rutina del trabajo)
 2 = Leve (algún cambio en la rutina de trabajo pero requiere poca inversión de tiempo)
 3 = Moderada (interrumpe la rutina de trabajo, requiere inversión de tiempo)
 4 = Moderadamente grave (interrupción, mayor fuente de estrés para el personal y los otros residentes, mayor inversión de tiempo)
 5 = Muy grave o extrema (mucha interrupción, mayor fuente de estrés para el personal y otros residentes, requiere tiempo habitualmente dedicado a otros residentes o actividades)

Trastorno	N/A	Ausente	Frecuencia	Gravedad	Total (Frecuencia x Gravedad)	Interrupción Ocupacional
Delirios		0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Alucinaciones		0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Agitación		0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Depresión/Disforia		0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Ansiedad		0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Euforia/Júbilo		0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Apatía/ Indiferencia		0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Desinhibición		0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Irritabilidad/Labilidad		0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Conducta motora sin finalidad		0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Trastornos del sueño		0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Trastornos del apetito		0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Rigidez		0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Temblor		0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Otros		0	1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Puntuación total						

ANEXO V. ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM

ALTO RIESGO: Puntuación total <13 puntos.

RIESGO MODERADO: Puntuación 13-14 puntos.

BAJO RIESGO: Puntuación total 15-16 (menores de 75 años) o 15-18 (mayores de 75 años).

ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM ⁸⁸			
PERCEPCIÓN SENSORIAL: Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.			
<u>1. Completamente limitada</u>	<u>2. Muy limitada</u>	<u>3. Ligeramente limitada</u>	<u>4. Sin limitaciones</u>
Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose), O Capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte de su cuerpo.	Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar, excepto mediante gemidos o agitación, O Presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	Reacciona ante órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición, O Presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en, al menos, una de las extremidades.	Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD: Nivel de exposición de la piel a la humedad.			
<u>1. Constantemente húmeda</u>	<u>2. A menudo húmeda</u>	<u>3. Ocasionalmente húmeda</u>	<u>4. Raramente húmeda</u>
La piel está constantemente expuesta a la humedad por: sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama, aproximadamente una vez al día.	La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD: Nivel de actividad física.			
<u>1. Encamado</u>	<u>2. En silla</u>	<u>3. Deambula ocasionalmente</u>	<u>4. Deambula frecuentemente</u>
Paciente constantemente encamado	Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	Deambula ocasionalmente con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en una silla.	Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.

ANEXO V. ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM (Cont.)

MOVILIDAD: - Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.			
<u>1. Completamente inmóvil</u>	<u>2. Muy limitada</u>	<u>3. Ligeramente limitada</u>	<u>4. Sin limitaciones</u>
<p>Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.</p>	<p>Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios de posición frecuentes o significativos por sí solo.</p>	<p>Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo.</p>	<p>Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.</p>
NUTRICIÓN: – Patrón usual de ingesta de alimentos.			
<u>1. Muy pobre</u>	<u>2. Probablemente inadecuada</u>	<u>3. Adecuada</u>	<u>4. Excelente</u>
<p>Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos,</p> <p>O</p> <p>Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.</p>	<p>Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo tres servicios de carne o productos lácteos por día.</p> <p>Ocasionalmente toma un suplemento dietético,</p> <p>O</p> <p>Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda, nasogástrica.</p>	<p>Toma más de la mitad de la mayoría de comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos).</p> <p>Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece,</p> <p>O</p> <p>Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.</p>	<p>Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida.</p> <p>Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos.</p> <p>Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.</p>
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS			
<u>1. Problema</u>	<u>2. Problema potencial</u>	<u>3. No existe problema aparente</u>	
<p>Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido.</p> <p>Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas.</p> <p>Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en una silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda.</p> <p>La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.</p>	<p>Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama aunque, en ocasiones, puede resbalar hacia abajo.</p>	<p>Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve.</p> <p>En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.</p>	

ANEXO VI. MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT MNA-SF® ⁸⁹		
<input type="checkbox"/> Ligera	Talla, cm: ()	
<input type="checkbox"/> Pesada		
CRIBAJE		
A) ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual		<input type="checkbox"/>
B) Pérdida reciente de peso (< 3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso		<input type="checkbox"/>
C) Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio		<input type="checkbox"/>
D) ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 1 = no		<input type="checkbox"/>
E) Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos		<input type="checkbox"/>
F1) Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla) ² en kg/m ²) <input type="checkbox"/> 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC <21 2 = 21 ≤ IMC <23 3 = IMC ≥ 23		<input type="checkbox"/>
SI EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL NO ESTÁ DISPONIBLE, POR FAVOR SUSITITUYA LA PREGUNTA F1 CON LA F2 NO CONTESTE A LA PREGUNTA F2 SI HA PODIDO CONTESTAR A LA F1		
F2) Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 3 = CP ≥ 31		<input type="checkbox"/>
Evaluación del cribaje		
(máx. 14 puntos) 12-14 puntos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal 8-11 puntos <input type="checkbox"/> riesgo de malnutrición 0-7 puntos <input type="checkbox"/> malnutrición		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ANEXO VII: INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE GALICIA



Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia
EDIFICIO ADMINISTRATIVO DE SAN LÁZARO
15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Tlf: 881 346423 Fax: 881 341834
ceic@sergas.es

DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE GALICIA

Dña. Paula M. López Vázquez, Secretaria suplente del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia

CERTIFICA:

Que este Comité evaluó en su reunión del día 30/11/2010 el estudio:

Título: Avaliación e seguimento a medio prazo dunha poboación de persoas maiores: residencia vs. centro de día

Promotor: José Carlos Millán Calenti

Versión: Documentos de consentimiento versión 0.1 data 29/07/2010

Código do Promotor: IN 825H

Código de Registro CEIC de Galicia: 2010/292

Y que este Comité de conformidad con sus Procedimientos Normalizados de Trabajo y tomando en cuenta los requisitos éticos, metodológicos y legales exigibles a los estudios de investigación con seres humanos, sus muestras o registros, emite un **DICTAMEN FAVORABLE** al estudio propuesto y que se llevará a cabo en:

Centros	Investigadores principales
Universidade da Coruña	José Carlos Millán Calenti

En Santiago de Compostela a 09 de diciembre de 2010
La Secretaria suplente



Paula M. Lopez Vázquez