

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTONOMÍA FUNCIONAL Y DEL DETERIORO COGNITIVO EN PERSONAS MAYORES EN RESIDENCIA

ASSESSMENT OF THE FUNCTIONAL AUTONOMY LEVEL AND COGNITIVE IMPAIRMENT OF ELDERLY PEOPLE FROM A NURSING HOME

M.^a ELENA BERNAL MUÑOZ* Y M.^a ISABEL BARBERO GARCÍA**

* Residencia Asistida de Ancianos, Diputación Provincial Almería. ** Facultad de Psicología de la UNED¹

Resumen

El fenómeno demográfico denominado *envejecimiento de la población* ha sobrepasado las previsiones de los profesionales, investigadores, políticos, etc., y todos ellos convergen en un intento de aportar soluciones para atender las necesidades de este sector de la población. En este trabajo, que forma parte de una investigación más amplia, se ha analizado, mediante un estudio longitudinal, la evolución del nivel de autonomía funcional y del deterioro cognitivo de las personas ingresadas en la Residencia Asistida de Ancianos de la Diputación Provincial de Almería. Han participado 73 sujetos de ambos sexos, y a cada uno de ellos se le han hecho cuatro valoraciones a lo largo de 32 meses. Como instrumentos de valoración se han utilizado la Escala Multidimensional de Observación de la Autonomía Funcional de Ancianos en Residencias (EMOAFAR; Bernal, 2002) y el Philadelphia Geriatric Center Questionnaire (PGCQ; Fishback, 1977). El análisis de los datos puso de manifiesto que existen diferencias significativas en la forma de evolucionar en relación a la categoría de edad, el grado de autonomía funcional previo y, especialmente, en relación al nivel de funcionamiento cognitivo previo. Constatamos la hipótesis de Maddox y Douglas (1974) acerca de la heterogeneidad de la vejez, lo que implica la necesidad de diversificar y aumentar los re-

Abstract

This study, which is part of a more important work, presents the evaluation of the functional and cognitive change that takes place in the elderly people living in nursing homes in Almería (Spain). In this longitudinal study, we administered the Escala Multidimensional de Observación de la Autonomía Funcional de Ancianos en Residencias (EMOAFAR; Bernal, 2002) (Multidimensional Scale of Observation of the Functional Autonomy of Elderly People Living in Nursing Homes) and the Philadelphia Geriatric Centre Questionnaire (PGCQ; Fishback, 1977). 73 participants took part in the study, both men and women. Each one was evaluated four times within 32 months. We found differences related to their previous cognitive level. We tested the Maddox and Douglas' hypothesis (1974), about the heterogeneity of aging. The results show that it is necessary to improve the resources in nursing homes in order to promote psychological intervention programs that prevent and palliate functional and cognitive impairment.

¹ Correspondencia a: Apto. correos 132. 04738 Vicar. // E-mail mebernal@dipalme.org // Tfno: 950 - 21 14 33 / 950 - 21156.

cursos en las Residencias Asistidas para, de esta manera, facilitar la puesta en marcha de programas de intervención psicológica que palien el deterioro tanto funcional como cognitivo.

Palabras Clave

Desarrollo cognitivo, Estudio Longitudinal, Residencias Asistidas.

Key Words

Cognitive Development Aging, Longitudinal Studies, Nursing Homes.

Introducción

Las teorías psicológicas del envejecimiento, a pesar de sus distintos enfoques, tienen en común el considerar que éste hace referencia a los cambios regulares que ocurren en la madurez, reconociendo que al igual que existen unos cambios que reflejan decremento de determinadas funciones, otros cambios van dirigidos al desarrollo de otras. En esta línea destacan las investigaciones de Baltes (1993) y su interés por el estudio del proceso del envejecimiento de la mente y de los atributos positivos de la edad tardía, como pueden ser las estrategias que se van desarrollando como consecuencia de la experiencia de vida y lo que conocemos como la *sabiduría* de los ancianos.

La aceptación del envejecimiento como un proceso natural e inevitable en los seres vivos, que transcurre en el continuo devenir de la experiencia humana con el nacimiento en un extremo y la muerte en otro, implica que el envejecimiento viene caracterizado por los cambios que se manifiestan de forma diferente en los individuos (Busse, 1996).

Aunque ya Hayflic (1961) puso de manifiesto que las modificaciones relacionadas con la edad no son enfermedades sino pérdidas naturales de función, aún existe la tendencia a equiparar envejecimiento a enfermedad (Fernández-Ballesteros, 1992). Este error hace que consideremos de mayor importancia la distinción que Ferrri (1997) retoma de Yoshikawa acerca del envejecimiento al dividirlo en: óptimo, normal y patológico. La dificultad está en distinguir lo que se considera normal dentro de cada grupo de edad.

Las aportaciones de las teorías psicológicas en la investigación actual han permitido mejorar sustancialmente la comprensión del envejecimiento humano, poniendo de manifiesto la complejidad del proceso. Todas ellas subrayan que la actividad social es un factor importante en la vida de las personas mayores. Por otra parte, merece destacar la teoría de Maddox y Douglass (1974) por abordar una de las características más aceptada desde todos los planteamientos teóricos, físicos, psíquicos y sociales, *la heterogeneidad en la vejez*. La cuestión que se plantean estos autores es si los individuos llegan a ser más parecidos, o más diferentes, con la edad.; es decir, si a la hora de envejecer los ancianos muestran unas características similares o, por el contrario, existen diversas formas de envejecimiento. Una consideración interesante que plantean es que aquellos que sobreviven más allá de los 85 años muestran unas características similares e identificables y, sin embargo, hasta alcanzar esa edad los ancianos muestran características, tanto físicas como psicológicas y sociales, que pueden llegar a ser muy diferentes. Este planteamiento se extiende también a grupos distintos; por ejemplo, se plantean si hombres y mujeres se comportan de manera similar ante las variables homogeneidad / heterogeneidad en el desarrollo de la vida.

En la actualidad hay varios proyectos que se ocupan del estudio del desarrollo psicológico y sobre todo del desarrollo cognitivo mediante estudios longitudinales; entre ellos mencionaremos el *Betula Project* dirigido por Lars- Göran Nilsson en Umea (Suecia) y los trabajos que provienen del *Seattle Longitudinal Study* dirigido

por Schaie. Las investigaciones de Schaie (1978) dieron lugar a lo que él denominó *etapas teóricas del desarrollo cognitivo adulto*, planteando un esquema que comprendía cuatro posibles estados cognitivos: *adquisitivo, consecución, responsabilidad-ejecución, y de reintegración* en la vejez. Actualmente Schaie continúa como investigador principal del proyecto denominado: *Longitudinal Studies of Adult Cognitive Development*.

Objetivo

Los estudios basados en diseños transversales son mucho más frecuentes y menos costosos en todos los aspectos que los estudios longitudinales. Sin embargo los resultados que se obtienen a partir de estos últimos pueden ser mucho más enriquecedores. En el campo que nos ocupa, el de la gerontología, entre las ventajas que se pueden obtener merecen destacar las posibilidades que ofrecen para describir la heterogeneidad del envejecimiento, para detectar tempranamente los signos de enfermedad y empeoramiento funcional, comprender la relación entre características del envejecimiento y la posibilidad de poner en relación envejecimiento con factores genéticos y/o ambientales y, analizar la evolución de su nivel de autonomía funcional y deterioro cognitivo tal y como se ha intentado en este trabajo. Esta posibilidad ya fueron señaladas por Nathan Sock, fundador de la moderna gerontología, tal y como señaló Fozard (1997) en el Congreso Mundial de Gerontología.

A pesar de la importancia de este tipo de estudios, la mayoría de las teorías acerca del envejecimiento se derivan de estudios transversales, con una amplia variación de la edad de la muestra, existiendo múltiples razones potenciales para la existencia de discrepancias entre los estudios transversales y longitudinales que se ocupan del envejecimiento (Sliwinski y Buschke, 1999). Es a partir de los años 90 del siglo pasado cuando se ha reconocido la posibilidad de realizar estudios longitudinales con intervalos de tiempo cortos, cuyos resultados han puesto de manifiesto la existencia de nuevos constructos psicológicos para la comprensión del desarrollo psicológico.

Siguiendo las consideraciones de Schaie, de que el envejecimiento es un fenómeno dinámico, y por tanto la unidad de análisis debería ser el seguimiento de la persona en el tiempo (Schaie, 2001), realizamos un estudio longitudinal, descriptivo y exploratorio para analizar los cambios que se producen en aspectos tan importantes del envejecimiento como son el *Nivel de Autonomía Funcional* y el *Nivel de Deterioro Cognitivo* de las personas mayores que viven en una residencia asistida, donde la evolución y heterogeneidad continúan presentes. Aspectos importantes, por ser factores fundamentales que determinan que un anciano tenga que ser ingresado en una residencia asistida, e importantes también porque en torno al eje *Independencia - Dependencia* fluctúa toda la problemática asistencial, el equipo interdisciplinario y las intervenciones de los profesionales de las residencias asistidas de ancianos. La importancia del estado funcional la resalta la Organización Mundial de la Salud, OMS, cuando manifiesta que «*como mejor se mide la salud en el anciano es en términos de función*», haciendo referencia a que las medidas generales de salud poseen un valor limitado para indicar el grado de independencia que puede conseguir un individuo a pesar de la enfermedad (Martín, 1998).

Metodología

La dificultad de este estudio estriba en que a la mortandad estadística característica de los estudios longitudinales hay que añadir la morbilidad de la población objeto de estudio; teniendo en cuenta, además, que su ingreso en la residencia es motivado, en gran medida, por presentar características de dependencia psicofísicas y sociales, y una pluripatología.

Características de la muestra

La muestra estuvo formada por 73 sujetos a los que se evaluó tanto su nivel de autonomía funcional como su nivel de deterioro cognitivo en 4 momentos diferentes. Entre la primera y segunda evaluación transcurrieron 8 meses, 15 meses entre la segunda y tercera, y entre ésta última y la cuarta transcurrieron 9 meses.

Edad y sexo

De los 73 sujetos el 38,4% fueron varones y el 61,6% mujeres. La distribución de los mismos en función de las distintas categorías de edad, elaboradas siguiendo los criterios de Maddox y Douglas (1974), se recoge en la tabla 1.

TABLA 1. Distribución de la muestra por categorías de edad y sexo

Categorías Maddox	Edad	% Varones	% Mujeres	% Total
1	< 55	3,6	4,4	4,1
2	56-70	53,6	24,4	35,6
3	71-85	28,6	40,0	35,6
4	86-100	14,3	28,9	23,3
5	>100	—	2,2	1,4

Observando la tabla se puede destacar que la moda en la distribución de las mujeres está en la categoría 3 de edad (71-85 años), mientras que en la distribución de varones está en la categoría 2 (56-70 años).

Nivel educativo

Sólo el 2,7% de la muestra tiene estudios superiores, un 17,8% tiene un nivel educativo alto, el 30,1% nivel medio, el 31,5% nivel bajo y el 17,8% nivel muy bajo.

Años de residencia

El 4,1% llevaba menos de un año en la residencia, el 24,7% entre 2 y 3 años y el 71,2% llevaba más de 3 años de residencia cuando se realizó la primera evaluación.

Procedencia

Cuando ingresaron en la residencia el 50,7% procedían del ámbito familiar; un 17,8% vivían en sus casas con apoyo social y un 31,5% procedían de otras instituciones como consecuencia

de la desinstitucionalización de hospitales psiquiátricos y asilos.

Estado civil

El 56,2% eran solteros, un 12,3% casados, un 27,4% viudos y un 4,1% separados. Como se puede apreciar hay un alto porcentaje de personas solteras.

Instrumentos de Valoración

Para la evaluación del nivel de autonomía funcional de los sujetos de la muestra se utilizó la Escala Multidimensional de Observación de la Autonomía Funcional del Anciano en residencia (EMOAFAR) elaborada por Bernal (2002). Se trata de una escala que evalúa la capacidad de los ancianos para llevar a cabo las actividades de la vida diaria o habilidades funcionales, y permite poder conocer el tipo de recursos que son necesarios para el mantenimiento de su autonomía funcional. En la escala se consideran tres dimensiones del funcionamiento personal autónomo: Física, Interacción Social y Psíquica. Cada una de las dimensiones incluye un número de variables que son evaluadas mediante 5 ítems. Estos ítems se refieren a actividades y procesos y/o interacciones que se consideran relevantes por su papel decisivo en la evaluación del nivel funcional. Cada uno de estos 5 ítems lleva asignado un valor numérico que indica, en una escala ordinal, el mayor o menor grado de autonomía funcional.

La *dimensión física* evalúa la funcionalidad para la realización de las actividades de la vida diaria en la residencia. Contiene 11 variables: alimentación, continencia, sueño, higiene, vestido, sentidos, movilidad, uso de restricciones, medicación, estado dental y úlceras por presión.

Por ejemplo:

Alimentación:

- a) Come solo, correctamente, a tiempo.
- b) Come solo pero hay que estimularle.
- c) Necesita ayuda para partir los alimentos, abrir envases, pelar...
- d) Hay que darle de comer.
- e) Alimentación por sonda, jeringa, sueros...

La *dimensión de interacción social* evalúa la funcionalidad en aquellos aspectos de la vida diaria relacionados con la interacción del sujeto con el entorno, su capacidad de comunicación y su comportamiento social. Está formada por 8 variables: actividad, dinero, relación con otros residentes, implicación en el plan terapéutico, adecuación a la normativa institucional, futuro, familia y reacciones a la frustración.

Por ejemplo:

Relación con otros residentes

- a) Le gusta relacionarse, ayuda a otros...
- b) Se relaciona pero no toma iniciativa.
- c) Le incomoda relacionarse pero se resigna.
- d) Se relaciona con otros pero discute con ellos.
- e) Vive aislado y/o altera la vida de los que le rodean.

La *dimensión psíquica* evalúa, mediante 12 variables, la funcionalidad de los ancianos en relación a aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales; permitiendo detectar síntomas psicopatológicos básicos o neuropsicológicos. Estas variables son: memoria, lenguaje, comprensión, orientación espacial, orientación temporal, juicio, atención, estado de ánimo, inquietud, ejecución, ideación y reflejos.

Por ejemplo:

Orientación espacial

- a) Se orienta en el interior y en el exterior.
- b) Se orienta sólo dentro de la casa, residencia, hospital..
- c) Se equivoca pero puede ser consciente y rectifica.
- d) No puede encontrar la cama y los lavabos.
- e) Completamente desorientado, confuso...

La asignación de números a cada uno de los ítems se efectúa de manera que el 1 corresponde a aquél que refleje un mayor grado de autonomía funcional y el valor 5 al que refleje un mayor grado de dependencia.

Esta escala proporciona una serie de índices por cada una de las dimensiones evaluadas, pero el que se ha utilizado en este trabajo es el

índice global de autonomía obtenido a partir de la media de los valores medios que cada sujeto obtuvo en cada una de las tres dimensiones. Este valor se asimila a tres categorías diferentes de programas de intervención, así:

Índice Global	Categoría	Nivel asistencial
1 - 1,4	1	Autonomía - Prevención
1,5 - 3,4	2	Frágil o Crítico - Rehabilitación
3,5 - 5	3	Dependencia - Paliativos

Para la evaluación del funcionamiento cognitivo se utilizó el *Philadelphia Geriatric Centre Questionnaire (PGCQ)*. Esta prueba contiene todos los ítems del *Mental Status Questionnaire (MSQ)* y, además, contiene los ítems de mayor relevancia en relación a las personas mayores ingresadas en asilos o residencias, haciendo referencia a la capacidad de desenvolvimiento del anciano en ella, y algunos ítems sobre la capacidad de realizar algunas funciones de las actividades de la vida diaria (AVD), así como a la capacidad de control sobre sus pertenencias, siendo el trabajo de Fishback (1977) el referente. La prueba está compuesta por 35 ítems (Ver apéndice final).

Para la corrección de la prueba se asigna un punto por cada respuesta correcta o positiva. El baremo correspondiente sería: 0 = pérdida total; 1-10 = pérdida severa; 11 - 20 = pérdida moderada; 21 - 33 = pérdida leve y 34 - 35 = sin pérdida.

Administración de las pruebas

La administración de las pruebas fue llevada a cabo por una de las autoras del trabajo, Elena Bernal, psicóloga del centro y los resultados consensuados con diferentes miembros del personal de enfermería, especialmente auxiliares de clínica, ya que por ser el personal de atención directa a los ancianos de la residencia disponían de un mayor conocimiento de los mismos. Se hizo mediante entrevista individual estructurada de unos 45 minutos aproximadamente de duración ya que la diversidad en el modo de responder produjo gran variabilidad. Desde sujetos que «no hablan» a sujetos que consideraban el

momento de la administración de las pruebas como una oportunidad para hacer alusión a todos sus síntomas e historia personal.

Hipótesis

Dado que se trata de un estudio exploratorio y descriptivo no se parte de unas hipótesis concretas; no obstante, se espera encontrar que a medida que pasa el tiempo se producirá un deterioro progresivo tanto en el grado de autonomía funcional como en el funcionamiento cog-

nitivo, y que no existirán diferencias entre los hombres y las mujeres en su modo de evolucionar. Así mismo se espera encontrar que a partir de una determinada edad se tiende a la homogeneización de la vejez.

Análisis de datos y resultados

La tabla 2 recoge la evolución del funcionamiento cognitivo, a lo largo de las distintas evaluaciones realizadas, en función de la edad de los sujetos de la muestra.

TABLA 2. Evolución del Funcionamiento Cognitivo según la edad

Categorías de edad establecidas por Maddox			Sin deterioro	Leve	Moderado	Severo	Total
1	T1	%	33,3%	33,3%		33,3%	
	T2	%	33,3%	33,3%		33,3%	
	T3	%	33,3%	33,3%		33,3%	
	T4	%	33,3%	33,3%		33,3%	
2	T1	%	34,6%	46,2%	15,4%	3,8%	
	T2	%	34,6%	50,0%	11,5%	3,8%	
	T3	%	34,6%	50,0%	11,5%	3,8%	
	T4	%	34,6%	46,2%	15,4%	3,8%	
3	T1	%	30,8%	38,5%	19,2%	11,5%	
	T2	%	38,5%	30,8%	19,2%	11,5%	
	T3	%	34,6%	34,6%	15,4%	15,4%	
	T4	%	15,4%	46,2%	15,4%	19,2%	3,8%
4	T1	%	11,8%	41,2%	23,5%	23,5%	
	T2	%	5,9%	47,1%	23,5%	23,5%	
	T3	%	5,9%	47,1%	17,6%	29,4%	
	T4	%	5,9%	35,3%	23,5%	29,4%	5,9%
5	T1	%			100,0%		
	T2	%			100,0%		
	T3	%			100,0%		
	T4	%				100,0%	

En esta tabla 2, se recogen en la primera columna las 5 categorías establecidas por Maddox y Douglas (1974) en relación a la edad. En la categoría 1 se incluirían las personas de 55 años o menos, en la categoría 2 las que tuvieran entre 56 años y 70, la categoría 3 incluiría todas aquellas que tuvieran entre 71 y 81 años, en la 4

las que tuvieran entre 85 y 100 y, finalmente en la categoría 5 se incluirían aquellas personas mayores de 100 años. En la segunda columna, T1, T2, T3 y T4 hace alusión a las diferentes evaluaciones realizadas a los sujetos a lo largo del tiempo de duración del estudio; por último, en las columnas siguientes se recogen los por-

centajes de personas que hay en función de su nivel de deterioro cognitivo.

La observación de la tabla permite hacer los siguientes comentarios. Los sujetos que al comienzo del trabajo, es decir en la primera evaluación, pertenecen a la categoría 1 de edad (< de 55 años) se encuentran repartidos de la siguiente manera en función de su nivel de deterioro cognitivo: Un 33,3% no manifiesta deterioro cognitivo, un 33,3% manifiesta un deterioro cognitivo leve y un 33,3% manifiesta un deterioro cognitivo severo. Esta distribución se mantiene, sin ningún cambio, a lo largo de las cuatro evaluaciones realizadas.

Analizando lo que ocurre con la muestra de sujetos perteneciente a la categoría 2 de edad (56 - 70 años), su situación en la primera evaluación fue la siguiente: el 34,6% no presentaba síntomas de deterioro cognitivo, el 46,2% mostraron deterioro cognitivo leve, un 15,4% deterioro cognitivo moderado y el 3,8% deterioro cognitivo severo. A lo largo de las siguientes evaluaciones, no se encontró variación alguna en los sujetos que no mostraron deterioro cognitivo en la primera evaluación, ni en los que mostraron un nivel de deterioro severo. Sin embargo, en aquellos que en la primera evaluación mostraron un deterioro moderado pareció existir una mejoría en las evaluaciones segunda y tercera, disminuyó el porcentaje de sujetos con deterioro moderado y aumentó el de aquellos que tenían deterioro leve; no obstante, en la cuarta evaluación se volvió a la distribución obtenida en la primera.

En el grupo perteneciente a la categoría 3 de edad (71 - 85 años) se observa cómo en la se-

gunda evaluación aparece una mejoría en el nivel de deterioro cognitivo respecto a la primera, parece que algunos sujetos que mostraron en la primera un nivel de deterioro leve han conseguido mejorar, quizás gracias a los programas de rehabilitación de la residencia, y no mostrar en la segunda síntomas de deterioro. No se encontraron diferencias entre los sujetos que mostraban deterioro moderado o severo. A partir de la tercera evaluación se observa un aumento en el nivel de deterioro, parece haber un mayor porcentaje de personas que muestran un deterioro leve a expensas del grupo que no mostraba deterioro cognitivo en las evaluaciones anteriores y un aumento de personas con deterioro severo a expensas del grupo con deterioro moderado.

En la muestra perteneciente a la categoría 4 de edad (85 - 100 años) se observa un aumento progresivo del deterioro a lo largo de las distintas evaluaciones. Finalmente, las personas incluidas en la categoría 5 de edad, aquellas que eran mayores de 100 años, que en la primera evaluación mostraban un deterioro moderado, en la cuarta evaluación mostraron un deterioro severo.

Se constata, por tanto, el empeoramiento en el funcionamiento cognitivo con la edad, lo cual es lógico, y cómo este empeoramiento lleva como consecuencia una homogeneización de la muestra a partir de los 85 años, tal y como había propuesto Maddox y Douglass (1974).

Una vez analizada la evolución del deterioro cognitivo de la muestra en función de la edad, se estudió su evolución en función del grado de autonomía - dependencia mostrada en la escala EMOAFAR. Los resultados se recogen en la tabla 3.

TABLA 3. Evolución en nivel de funcionamiento cognitivo según el grado de autonomía funcional en la escala EMOAFAR

	T1 - PGCQ categorías funcionamiento cognitivo															
	Sin deterioro				Leve				Moderado				Severo			
	T1 - Grado	T2 - Grado	T3 - Grado	T4 - Grado	T1 - Grado	T2 - Grado	T3 - Grado	T4 - Grado	T1 - Grado	T2 - Grado	T3 - Grado	T4 - Grado	T1 - Grado	T2 - Grado	T3 - Grado	T4 - Grado
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Supervisión	40,0	35,0	45,0	45,0	23,3	16,7	13,3	13,3	7,1		7,1	7,1				
Rehabilitación	60,0	65,0	55,0	55,0	76,7	80,0	80,0	76,7	92,9	100	64,3	71,4	55,6	55,6	55,6	55,6
Paliativo						3,3	6,7	10,0			28,6	21,4	44,4	44,4	44,4	44,4

La observación de la tabla pone de manifiesto que los sujetos que en la prueba PGCO se incluyeron en la categoría de *Sin deterioro* o *Deterioro severo*, no sufren grandes variaciones en cuanto a su nivel de autonomía funcional a lo largo de las distintas evaluaciones realizadas. En el primer caso, se reparten en las categorías asistenciales de supervisión y rehabilitación que se corresponden con niveles de buena autonomía o autonomía frágil; mientras que en el segundo caso se reparten en las categorías de rehabilitación y paliativos correspondientes a una autonomía frágil o a dependencia total.

En los sujetos que presentan un nivel de deterioro cognitivo leve o moderado se observa cómo a lo largo de las distintas evaluaciones aparece un desplazamiento hacia la categoría de personas que necesitan cuidados paliativos, hay una tendencia hacia la dependencia total.

Conclusiones

Los resultados han puesto de manifiesto que a medida que pasa el tiempo, lineal y progresivamente va aumentando la dependencia funcional y el deterioro cognitivo. Por otra parte evolucionan en mayor medida hacia el deterioro las personas que en la primera evaluación manifestaban un nivel de «deterioro leve» o «moderado»; mientras que permanecen más estables las personas que no presentaron deterioro o el deterioro era severo.

Estos resultados podrían hacernos pensar, que en un recurso tan complejo como son las Residencias Asistidas de Mayores los tratamientos específicos rehabilitación y mejora del funcionamiento cognitivo pueden ser insuficientes hoy en día, especialmente si se consideran los factores emocionales, comportamentales y neurológicos que influyen en el funcionamiento psíquico. Puede que alguno de ellos esté interviniendo en este decremento. Otros estudios más específicos podrían plantearse para medir cómo la influencia de la institucionalización, la pérdida de control de las circunstancias asociadas a los problemas de convivencia con-

dicionada y el grado de satisfacción, pueden estar influyendo en el empeoramiento del funcionamiento cognitivo.

Ritchie, Touchn y Lederst, (1998) encontraron, en la realización de un estudio longitudinal de 3 años, que de 397 sujetos el 11% desarrollaron demencia sin depresión y el 5% demencia con depresión.

Maaskant, Akker, Kessels, Haveman, (2000) en otro estudio longitudinal de 3 años, encontraron que el grupo de personas con discapacidad intelectual menores de 60 años, no mostraron diferencias a nivel funcional con el paso del tiempo, mientras que el grupo de personas de más de 80 años mostraron un declinar significativo en independencia así como en habilidades intelectuales.

Willis (1997) examinando las competencias cognitivas diarias, en un estudio longitudinal de 7 años, utilizando el Everyday Problems Test (ETP) encontró que en ancianos no dementes hay un declinar modesto en las tareas diarias desde los 60 años pero que los patrones paran entre los 70 y 80 años, encontrándose patrones de normalidad en el declinar. En este estudio no se aprecian diferencias entre grupos de edad en el modo de declinar cognitivo, siendo éste modesto y progresivo.

Los resultados han puesto de manifiesto la heterogeneidad de la vejez, ya detectada por otros autores, situación que debería cuestionar la uniformidad de los recursos, planteándonos desde aquí la necesidad de diversificación y especialización de recursos muy especialmente en las residencias de ancianos asistidas, de donde procede nuestra muestra de personas mayores.

La vejez, es una etapa en la que convergen muy diversas circunstancias, pero además se extiende por un amplio rango de edad. Esto nos hace considerar las diferencias entre grupos así como la heterogeneidad de la población anciana. Del mismo modo no se puede pasar por alto la individualización de los planes de intervención terapéutica y el abordaje conceptual del envejecimiento en sí mismo en una residencia asistida de ancianos.

Apéndice

Philadelphia Geriatric Centre Questionnaire - PGCQ

1. ¿Cómo se llama usted?
2. ¿Quién soy yo?
3. ¿Quién es ella?
4. Está casado/a, soltero/a...
5. Si está casado/a ¿tiene hijos?
6. Si es así ¿cómo se llaman?
7. ¿Dónde está su habitación?
8. ¿Cuál es el número de su habitación?
9. ¿Cómo se llama este lugar?
10. ¿En qué piso nos encontramos?
11. ¿Dónde está el cuarto de baño?
12. ¿Dónde come usted?
13. ¿Qué comió la última vez?
14. ¿En qué día estamos hoy y qué fecha es?
15. ¿En qué mes estamos?
- 16.-En qué año estamos?
17. ¿En qué estación del año estamos?
18. ¿Qué tiempo hace fuera?
19. ¿Cuál es su edad?
20. ¿En qué mes nació?
- 21.-En qué año nació?
22. ¿Cuál es el primer apellido de su madre?
23. ¿Cuál es el primer apellido de su padre?
24. ¿Quién es el presidente del Gobierno español?
25. ¿Quién fue presidente antes que él?
26. Usa usted gafas?
27. ¿Dónde están ahora?
28. ¿Conserva usted sus dientes?
29. Si no es así, ¿usa dentadura postiza?
30. ¿Dónde está ahora?
31. Se viste usted sólo?
32. ¿Se alimenta usted sólo?
33. Continencia vesical y anal
34. Reconocimiento de la familia
35. ¿Es por la mañana o por la tarde?

Referencias bibliográficas

- Baltes, P.B. (1993). The aging mind: potential and limits. *Gerontologist*, 33, 580-594.
- Bernal, E. (2002). «Construcción, Evaluación y Aplicación de una Escala Multidimensional de Observación de la Autonomía funcional de Ancianos en Residencia». *Tesis Doctoral*. UNED. Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Editores SG. Madrid: Fundación Caja Madrid.
- Fishback, D.B. (1977). Mental Status Questionnaire for Organic Brain Syndrome, with a New Visual Counting Test. *Journal of the American Geriatric Society*, 25, 167-170.
- Maaskant, M.A., Akker, M., Kessels, A. y Haveman, M.J. (2000). Care Dependence and activities of daily living in relation to ageing. Results of a longitudinal study. *Journal of Intellectual Disability Research*.
- Maddox, G.L. y Douglas E.B. (1974) Aging and individual differences. *Journal of Gerontology*, 29, 555-563.
- Ritchie, K., Touchn, J. y Ledesrt, B. (1998). Mixed cognitive and affective disorders in the elderly: A longitudinal study of related disability. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, suppl 6, 443-450.
- Schaie, K.W. (1978). Toward a stage theory of adult cognitive development, *Journal of Aging and Human Development*, 8, 129-138.
- Schaie, K.W. (2001). Longitudinal Studies in Aging Research. *Handbook of the Psychology*, 53-73.
- Sliwinski, M. y Buschke, H. (1999). Cross-sectional and longitudinal relationships. *Psychology and Aging*, 14, 18-33.
- Willis, S.L. (1997). Everyday cognitive competence in elderly persons: Conceptual issues and empirical findings. *Gerontologist*, 36, 5, 595-601.