

Autonomía en ancianos institucionalizados: relación con el género, la escolaridad y el tiempo de institucionalización

Autonomy in elderly people living in residences: relationship with gender, education level and time of institutionalization

Marta Martín Carbonell^{1*}
 Elveny Laguado Jaimes²
 Etilvia Campo Torregroza³
 Katherine del Consuelo Camargo-Hernández⁴
 Lady Johana Pereira Moreno⁵

1. Doctora en Ciencias de la Salud. Especialista en Psicología de la Salud. Investigadora Senior. Docente-Investigadora. Facultad de Psicología. Universidad Cooperativa de Colombia, sede Santa Marta. Colombia.
2. Magíster en Enfermería. Especialista en Salud Ocupacional. Especialista en Docencia Universitaria. Enfermera. Investigadora Asociada. Profesora Asistente. Facultad de Enfermería. Universidad Cooperativa de Colombia, sede Bucaramanga. Colombia.
3. Enfermera Magíster en Enfermería con énfasis en el Cuidado para la Salud Cardiovascular. Especialista en Epidemiología. Especialista en Médico-quirúrgica. Docente a tiempo completo en la Facultad de Enfermería. Universidad Cooperativa de Colombia, Seccional Santa Marta. Colombia.
4. Enfermera. Magíster en Ciencias en Enfermería. Docente en la Facultad de Enfermería. Universidad Cooperativa de Colombia, sede Bucaramanga. Colombia.
5. Magíster en Neuropsicología y Educación, especialista en docencia universitaria, especialista en Gerencia de la salud ocupacional. Profesora Investigadora a tiempo completo. Facultad de Psicología. Universidad Cooperativa de Colombia sede Bucaramanga. Colombia.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martha.martinc@campusucc.edu.co (M. Martín Carbonell).

Recibido el 26 de febrero de 2018; aceptado el 15 de mayo de 2018

RESUMEN

Objetivo: El envejecimiento patológico se asocia con la pérdida de autonomía, por lo que se investigaron las relaciones entre variables sociodemográficas y de la institucionalización con autonomía funcional, dependencia y deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados.

Metodología: Los participantes fueron 78 ancianos de tres centros en dos ciudades de Colombia (Bucaramanga y Santa Marta). Los instrumentos utilizados fueron el Mini-Examen de Estado Mental, el índice de Barthel y la escala de valoración de la autonomía funcional (EVA). **Resultados:** Aunque se encontraron más ancianos con baja dependencia y buena autonomía general, se halló que el 56% presentaba deterioro cognitivo, con afectación de las actividades instrumentales y las funciones mentales. Se encontró significativamente más deterioro cognitivo ($\chi^2 = 6,69$ [gl = 1], $p = 0,010$) y dependencia ($\chi^2 = 0,9,22$ [gl = 2], $p = 0,010$) en las mujeres. Las personas con mayor nivel de estudios tuvieron más autonomía general (prueba de Kruskal-Wallis: $\chi^2 = 6,79$ [gl = 1], $p = 0,009$). Se halló que, a mayor tiempo de institucionalización, menor autonomía (Rho de Spearman = $-0,346$, $p = 0,003$). **Conclusiones:** El género se relacionó significativamente con la dependencia y el deterioro cognitivo, mientras que la autonomía, especialmente en las actividades instrumentales de la vida diaria, se relacionó con el nivel de estudios, así como con el tiempo de institucionalización, lo que debe tenerse en cuenta en la planificación y organización de las intervenciones.

PALABRAS CLAVE: Ancianos, hogares para ancianos, centros de bienestar del anciano, autonomía personal, institucionalización.

ABSTRACT

Purpose: Pathological aging is associated with the loss of autonomy, so the relationships between sociodemographic variables and institutionalization with functional autonomy, dependence and cognitive deterioration in institutionalized elderly were investigated. **Method:** Participants were 75 old persons from three centers in two cities of Colombia (Bucaramanga and Santa Marta). The instruments used were Mini-Mental State Examination (MMSE), the Barthel Index, and the Functional Autonomy Rating Scale (EVA). **Results:** Although more elderly people were found with low dependency and good autonomy, 56% had cognitive impairment. The major problems were in the instrumentals activities and mental functions. Women had significant more cognitive impairment ($\chi^2=6.69$ [gl=1], $p=.010$) and dependence ($\chi^2=,9.22$ [gl=2], $p=.010$) than men. People with high educational level had better general autonomy (Prueba de Kruskal-Wallis: $\chi^2=6.79$ [gl=1], $p=.009$) Time of institutionalization was correlated with low autonomy in daily instrumental activities. **Conclusions:** The autonomy were related with institutionalization and education, while dependence and cognitive impairment were related with gender, so is important design appropriate organization of the activities for elderly who is living in a geriatric home for a long time.

KEYWORDS: Aged, homes for the aged, personal autonomy, institutionalisation.

■ INTRODUCCIÓN

Una de las consecuencias del envejecimiento poblacional es el incremento de la demanda de instituciones de larga estancia para ancianos, especialmente en los países latinoamericanos^{1,2}. La institucionalización se ha asociado a la pérdida de autonomía, ya sea como causa, como consecuencia o en ambos sentidos³⁻¹².

El término autonomía ha tenido diferentes sentidos, lo que ha generado confusión, pues incluso puede llegar a concebirse la autonomía personal y la dependencia funcional como polos opuestos; sin embargo, en el curso del envejecimiento se interrelacionan y se afectan mutuamente¹³⁻¹⁸. La autonomía desde una concepción amplia tiene en cuenta todas aquellas actividades instrumentales (AIVD) y avanzadas de la vida diaria, que hacen que la persona pueda vivir en comunidad de manera independiente, asociadas a la capacidad de tomar decisiones e interactuar de manera más compleja con el entorno^{14,15,18}.

En un estudio publicado recientemente¹⁹, en el que se investigó la dependencia y la autonomía de los adultos mayores residentes en dos instituciones de Santander, Colombia, las autoras de esta comunicación encontramos diferencias en autonomía relacionadas con el género. Con el trabajo que se presenta, se ha buscado profundizar en la comprensión de cómo se manifiestan la autonomía y dependencia en ancianos institucionalizados e identificar su relación con variables sociodemográficas (ciudad, edad, nivel de estudios y género) y de la institucionalización (hogar geriátrico donde reside, tiempo de institucionalización y presencia/ausencia de contacto familiar).

■ METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal en tres centros de bienestar: dos de la ciudad de Bucaramanga y uno de la ciudad de Santa Marta, en Colombia. Los participantes fueron adultos mayores institucionalizados, seleccionados por su disposición a ofrecer la información y que cumplieron los criterios de inclusión (edad mayor o igual a 60 años, ser residente permanente de los hogares geriátricos involucrados en la investigación, disposición a colaborar y capacidad de responder las escalas). Se excluyeron las personas que presentaban enfermedad psiquiátrica grave invalidante. La muestra quedó integrada por 78 ancianos: 42 (52%) de Bucaramanga (hogar geriátrico 1 = 23 y hogar 2 = 19), y 36 (48%) de Santa Marta, del hogar geriátrico 3.

La información sociodemográfica, de salud y sobre la institucionalización se obtuvo mediante una entrevista estructurada elaborada para la presente investigación. Para evaluar el funcionamiento cognitivo se utilizó la versión recomendada por la Organización Panamericana de la Salud del Mini-Examen de Estado Mental (MMSE, Mini-Mental State Examination)^{20,21}. Para la evaluación de la dependencia se utilizó el índice de Barthel²², que es uno de los instrumentos más utilizados²³, con la interpretación sugerida por Shah et al.²⁴. Para caracterizar la autonomía funcional se trabajó con la escala de valoración de la autonomía funcional (EVA) de Pedraza et al.^{25,26}, que tiene dos subescalas: la primera valora la autonomía teniendo en cuenta 12 necesidades (alimentación e hidratación, capacidad para tomar correctamente los medicamentos, sintomatología, tareas domésticas, deambulación, sueño, higiene, eliminación vesical e intestinal, ocio-tiempo libre y uso de recursos). La segunda subescala valora cinco funciones mentales: sentido, memoria, comprensión, orientación y comportamiento. A cada ítem se le asigna una puntuación de 0 a 3, donde: autonomía completa = 0; necesidad de estímulo/supervisión = 1; necesidad de ayuda = 2 y dependencia total/supervisión = 3. La puntuación total de la subescala de necesidades fun-

cionales va de 0 a 36 y de la subescala funciones mentales de 0 a 15. Para determinar el grado de autonomía se combinan las puntuaciones de cada subescala tal como se muestra la tabla 1. Se obtiene así una puntuación de autonomía general que va de 1 a 10, siendo 10 el menor nivel de autonomía general.

Los cuestionarios fueron aplicados por estudiantes de enfermería y psicología de las sedes universitarias de Bucaramanga y Santa Marta de la Universidad Cooperativa de Colombia. Los datos fueron tomados de febrero a noviembre de 2015 y pertenecen a un estudio más amplio*.

Esta investigación fue aprobada previamente por el Comité de Bioética de la institución universitaria y se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los participantes. El estudio se consideró de riesgo mínimo y se fundamentó en la normatividad relacionada con pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos y las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud de la República de Colombia^{27,28}.

El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS 20 licenciado por la Universidad Cooperativa de Colombia. Se investigó la estadística descriptiva y la distribución de frecuencias y porcentajes. Se utilizaron: la prueba de la χ^2 , las pruebas de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney, ANOVA de un factor, prueba de *t* y Rho de Spearman.

■ RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 78 personas, de las cuales 42 eran hombres (56%). La edad promedio fue de 80,8 años, con una desviación típica igual a 8,78; la edad máxima fue de 103 años. El 21,3% de los ancianos no alcanzaron a escolarizarse; el 56% hizo estudios primarios; el 14,7%, enseñanza media, y el 8%, superior. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en estas variables entre los tres hogares geriátricos ni entre las dos ciudades involucradas en el estudio.

El tiempo promedio de institucionalización fue de 45,72 meses, siendo la moda 36, la desviación típica igual a 49,44, pues el mínimo fue 1 mes y el máximo 240 meses. El 61,3% de los ancianos dijeron que mantenían contacto habitual con sus familiares. No se encontraron diferencias significativas entre los hogares geriátricos y las ciudades investigadas con respecto a las variables de institucionalización investigadas.

El 56% de los ancianos obtuvieron puntuaciones sugestivas de deterioro cognitivo en el MMSE. Predominó la independencia total (46,7%); el 22,7% tenía moderada dependencia; el 21,3%, escasa dependencia; el 8%, dependencia severa, y 1 persona (1,3%) tenía dependencia total. Con respecto a la autonomía general, la puntuación promedio fue igual a 2,58, con una moda igual a 3 y una desviación típica igual a 1,39, siendo el valor máximo igual a 6. Esto indica, en general, buenos niveles de autonomía general en la muestra total, si tenemos en cuenta que el valor máximo es de 10 y representa el menor nivel de autonomía.

La tabla 1 muestra la distribución de frecuencias de las categorías diagnósticas de las subescalas de la EVA. Como puede observarse, predomina la autonomía total o escasa incapacidad en las ABVD; sin embargo, para actividades más complejas (como por ejemplo, tomar las medicinas o hacer las tareas domésticas) aumenta la cantidad de personas que necesitan estímulo/supervisión o ayuda e incluso que presentan una dependencia total. También fue mayor la proporción de personas con autonomía parcial para las funciones mentales.

Proyecto: "Atención Integral del Adulto Mayor para la optimización de su funcionalidad y calidad de vida". Financiado por el Comité Nacional para el Desarrollo de la Investigación (CONADI) de la Universidad Cooperativa de Colombia.

Tabla 1. Distribución de frecuencias de los grados de autonomía según subescalas de la escala visual analógica

| | Autonomía completa | Autonomía parcial | | |
|--|--------------------|----------------------|-------|-------------------|
| | | Estímulo/supervisión | Ayuda | Dependencia total |
| Subescala necesidades funcionales | | | | |
| Alimentación | 74 | 0 | 1 | 0 |
| Hidratación | 74 | 0 | 1 | 0 |
| Toma de las medicinas | 38 | 13 | 9 | 15 |
| Síntomas | 51 | 16 | 8 | 0 |
| Tareas cotidianas | 23 | 0 | 8 | 44 |
| Deambulaci3n | 59 | 7 | 6 | 3 |
| Descanso/sueño | 66 | 4 | 5 | 0 |
| Aseo/higiene | 64 | 2 | 7 | 2 |
| Evacuaci3n intestinal | 70 | 2 | 0 | 3 |
| Evacuaci3n vesical | 64 | 5 | 1 | 5 |
| Ocio/tiempo libre | 54 | 10 | 5 | 6 |
| Uso/recursos | 20 | 7 | 4 | 44 |
| Subescala funciones mentales | | | | |
| FM sentido | 46 | 24 | 5 | 0 |
| FM memoria | 34 | 38 | 2 | 1 |
| FM comprensi3n | 60 | 9 | 5 | 1 |
| FM orientaci3n | 42 | 22 | 11 | 0 |
| FM comportamiento | 75 | 0 | 0 | 0 |

FM: funciones mentales.

Se encontraron diferencias significativas ($\chi^2 = 6,69$ [gl = 1], $p = 0,010$) en el MMSE entre hombres y mujeres, con significativamente mayor proporci3n de f3minas con posible deterioro cognitivo (72,7% de las mujeres evaluadas con posible deterioro cognitivo frente al 42,9% de los hombres). No se encontraron diferencias significativas entre personas con diferentes niveles de estudios ($\chi^2 = 0,087$ [gl = 2], $p = 0,957$) ni en el promedio de edad ($t = 226$ [gl = 73], $p = 0,882$).

Tambi3n se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = ,9,22$ [gl = 2], $p = 0,010$) entre mujeres y hombres con relaci3n a la dependencia, pues solo el 30% de las mujeres frente al 59,5% de los hombres fueron diagnosticadas como independientes, sin que las diferencias fueran significativas por nivel de estudios ($\chi^2 = 6,2$ [gl = 4], $p = 0,179$) ni por edad ($F = 0,065$ [gl = 2], $p = 0,937$).

Sin embargo, con respecto a la autonomía general, fue el nivel de estudios la variable que mostr3 diferencias estadísticamente significativas (prueba de Kruskal-Wallis: $\chi^2 = 6,79$ [gl = 1], $p = 0,009$), sin que las hubiera entre las calificaciones de mujeres y hombres (U de Mann-Whitney = 687,000, $p = 0,994$) ni correlaciones significativas con la edad

(Rho de Spearman = 0,028, $p = 0,813$). Como se observa en la figura 1, las personas con mayor nivel de estudios tienen m3s autonomía general.

El nivel de estudios estableci3 diferencias significativas específicamente para la autonomía en las tareas dom3sticas ($\chi^2 = 8,33$ [gl = 2], $p = 0,015$), pues el 58,8% de los ancianos con estudios de nivel medio y superior tenían autonomía completa, en contraste con el 23,8% de los que tenían estudios de nivel primario y el 18,8% de los que no estaban escolarizados. Tambi3n se encontraron diferencias en el uso de recursos ($\chi^2 = 11,8$ [gl = 2], $p = 0,003$) con autonomía completa para el 58,8% de los ancianos con nivel medio-superior frente al 19% de los que tenían estudios primarios y el 12,5% de los ancianos sin escolarizar.

En funci3n mental, no se encontraron diferencias significativas en las variables sociodemogr3ficas investigadas.

No se hall3 relaci3n entre la calificaci3n obtenida en el MMSE y la ciudad ($\chi^2 = 0,734$ [gl = 1], $p = 0,372$), el hogar ($\chi^2 = 1,006$ [gl = 2], $p = 0,605$), el contacto familiar ($\chi^2 = 2,43$ [gl = 1], $p = 0,118$) ni el tiempo de institucionalizado ($t = 0,113$ [gl = 72], $p = 0,181$). Tampoco la dependencia estuvo relacionada con las variables de institucionalizaci3n: ciudad (U de Mann Whitney = 638,000, $p = 0,471$), hogar (U de Mann Whitney = 614,000, $p = 0,932$), contacto familiar (prueba de Kruskal-Wallis, $\chi^2 = 0,519$ [gl = 1], $p = 0,471$) ni tiempo de institucionalizado ($F = 0,600$ [gl = 4], $p = 0,664$). En cambio, se encontraron diferencias significativas (prueba de Kruskal-Wallis: $\chi^2 = 29,65$, [gl = 2], $p = 0,000$) en el nivel de autonomía general entre los ancianos de los diferentes hogares, estando la mayor cantidad de ancianos con mayor autonomía en el hogar 3 (ubicado en la ciudad de Santa Marta), como se puede visualizar en la figura 2. Tambi3n se encontr3 una correlaci3n significativa y positiva (Rho de Spearman = -0,346, $p = 0,003$) entre el tiempo de institucionalizaci3n y la autonomía general, que indica que a mayor tiempo menos autonomía. Esta relaci3n se encuentra específicamente para la toma de medicinas (Rho de Spearman = -0,255, $p = 0,028$), uso de recursos (Rho de Spearman = -0,487, $p = 0,000$) y tareas dom3sticas (Rho de Spearman = -0,538, $p = 0,000$). No se encontraron diferencias en relaci3n con los contactos con la familia (U de Mann-Whitney = 551, $p = 0,376$).

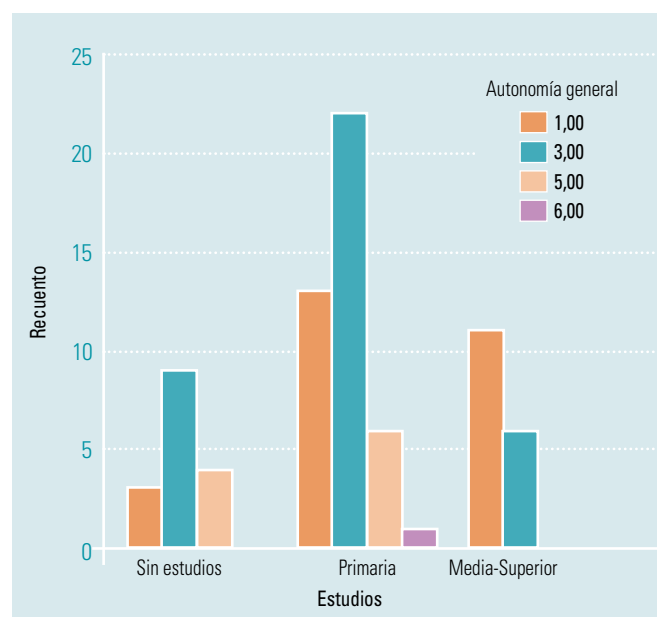


Figura 1. Distribuci3n de los niveles de autonomía general seg3n el nivel de estudios.

Profundizando en el análisis de las diferencias en la autonomía en necesidades funcionales, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los hogares (prueba de Kruskal Wallis: $\chi^2 = 26,52$ [gl = 2], $p = 0,000$) con mayor autonomía para los ancianos del hogar geriátrico de Santa Marta y una correlación significativa y positiva entre el deterioro en la autonomía para las necesidades funcionales y el tiempo de institucionalización (Rho de Spearman = 0,361, $p = 0,002$) (fig. 3). No había diferencias atribuibles al contacto familiar (U de Mann-Whitney = 594,000, $p = 0,756$).

Específicamente, las diferencias se localizaron en las siguientes actividades: toma de medicamentos ($\chi^2 = 20,69$ [gl = 2], $p = 0,000$), pues el 77,8% de los ancianos del hogar de Santa Marta tenían autonomía total en esta variable, en contraste con los de los dos hogares de Bucaramanga (21,7% y 31,2%); realización de las tareas domésticas ($\chi^2 = 30,26$ [gl = 2], $p = 0,000$), pues el 61,1% de los mayores de Santa Marta tenían autonomía total frente a solo el 4,3% de los ancianos del hogar 1 de Bucaramanga y el 0% del hogar 2. Igualmente, en el uso de recursos ($\chi^2 = 29,45$ [gl = 2], $p = 0,000$), ya que el 55,6% de los pacientes de Santa Marta tenían autonomía total, mientras que en los hogares de Bucaramanga el 100% de los ancianos tenían autonomía parcial.

No se encontraron diferencias en función mental entre los hogares (prueba de Kruskal Wallis: $\chi^2 = 3,92$ [gl = 2], $p = 0,141$), ni relacionadas con el contacto (prueba de Kruskal Wallis: $\chi^2 = 731$ [gl = 1], $p = 0,393$) ni con el tiempo de institucionalización (Rho de Spearman = 0,023, $p = 0,845$).

■ DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que en las residencias investigadas predominaban los ancianos con independencia total o escasa dependencia para las ABVD. Este dato es consecuente con el hecho de que este es un requisito para admitir a los usuarios en muchos hogares geriátricos⁵. También se corresponde con la información reportada en la última Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en 2016.²⁹

Con relación al deterioro cognitivo, en la muestra del presente estudio se encontró una proporción similar a la reportada por la encuesta nacional SABE²⁹ para la población adulta mayor de 80 años, lo que tiene lógica, pues en la muestra predominan los ancianos de este rango de edad.

La alta prevalencia de deterioro cognitivo en los ancianos institucionalizados ha sido reportada en numerosos estudios^{30,31} y se ha considerado tanto como agente causal de la institucionalización⁷ (por las dificultades para el cuidado en el hogar de la persona con deterioro cognitivo severo) como consecuencia de factores asociados a la institucionalización³² (como un ambiente poco estimulante o depresión).

De las variables sociodemográficas estudiadas, la única que se asoció significativamente con la dependencia fue el género, ya que se encontraron mayores niveles de dependencia en las mujeres. Esto coincide con lo reportado en el estudio SABE-Colombia y en otras investigaciones nacionales^{33,34} e internacionales³⁵⁻³⁷. Consideramos que no se halló relación entre la dependencia y la edad porque era una muestra homogénea con relación a esta variable (54,7% mayores de 81 años y 36% entre 70 y 80 años).

Al igual que en el estudio SABE, encontramos mayor cantidad de personas con deterioro cognitivo entre las mujeres, lo que podría explicarse porque la incidencia es mayor en mujeres de mayor edad^{30,38}.

A diferencia de lo que se plantea en la literatura científica^{34,38}, no encontramos diferencias en deterioro cognitivo asociadas a la escolaridad, posiblemente por la homogeneidad de la muestra en esta variable (más del 75% de los mayores tenían una baja escolaridad), lo que coincide con lo reportado en el estudio SABE-Colombia²⁹, que encontró un predominio de nivel básico primario para más del 50% de la población adulta mayor colombiana.

Resulta interesante que ninguna de las variables investigadas de la institucionalización se relaciona con el deterioro cognitivo ni con la dependencia. Merece la pena señalar que en el estudio SABE²⁹ no se incluyeron ancianos institucionalizados, solamente a los residentes en la comunidad; en ese sentido, nuestros datos apuntan a que quizás la dependencia y el deterioro cognitivo en los ancianos institucionalizados

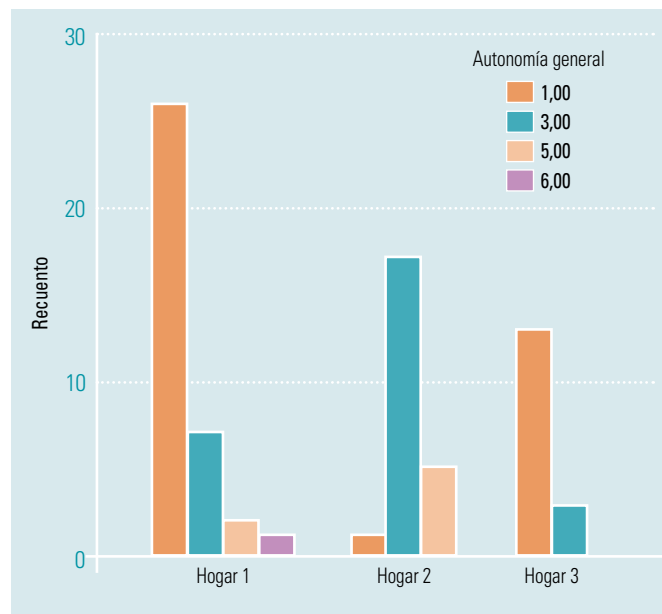


Figura 2. Distribución de los niveles de autonomía general en los hogares geriátricos investigados.

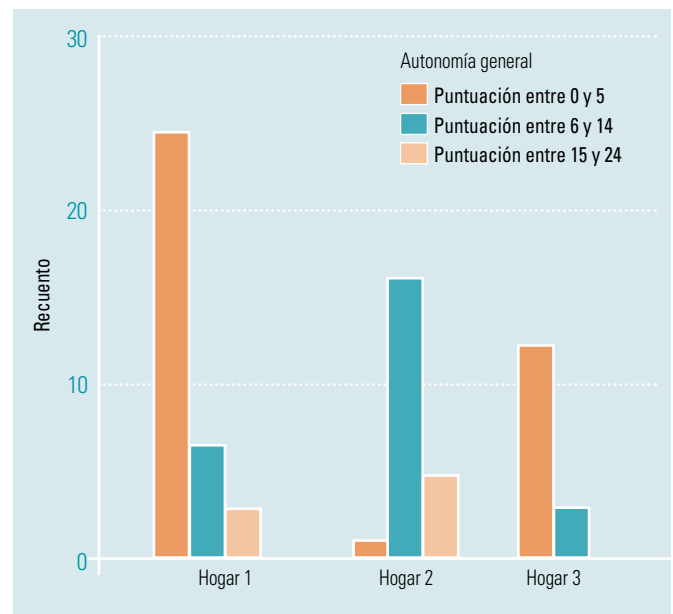


Figura 3. Distribución de los niveles de autonomía en necesidades funcionales en los hogares geriátricos investigados.

se expliquen mejor por la manera en que se distribuyen en la población y/o por aspectos administrativos y socioeconómicos relacionados con la admisión en un centro de larga estancia; sin embargo, esto deberá estudiarse en futuras investigaciones.

Aunque en general los ancianos presentaron autonomía total para las ABVD (como, por ejemplo, alimentación), para otras actividades como realizar las tareas domésticas, el uso de recursos y medicinas se encontró una mayor cantidad de personas con autonomía parcial. También fue mayor la afectación en las funciones mentales, especialmente para las funciones relacionadas con los sentidos, la memoria y la orientación.

La EVA, al igual que otras escalas para valorar las ABVD, se basa en el juicio del evaluador acerca de la capacidad de la persona para realizar de manera independiente las actividades y no en la observación³⁹, por lo que sería interesante contrastar con otros instrumentos, lo que se hace particularmente necesario dadas las críticas teóricas y metodológicas que se han hecho a este instrumento²⁶, aunque debe señalarse que nuestros datos coinciden con lo reportado por Yisel y Prieto⁶ para geriátricos en Barranquilla, Colombia.

De las variables sociodemográficas, fue el nivel de estudios la que estableció diferencias significativas en el grado de autonomía general, específicamente en la autonomía para las tareas domésticas y uso de recursos. Este resultado coincide con lo reportado en otras investigaciones⁴⁰.

En relación con las variables de institucionalización, se encontró que el nivel de autonomía general, y especialmente en las necesidades funcionales (toma de medicamentos, tareas domésticas y uso de recursos) fue mayor para los ancianos del asilo de Santa Marta, posiblemente porque es un requisito de ingreso a esta institución para los ancianos sin recursos económicos para pagar cuidados personales.

El tiempo institucionalizado también se asoció a menor autonomía general, a costa del empeoramiento de actividades como la toma de me-

dicinas, el uso de recursos y la capacidad de realizar tareas domésticas, lo que coincide con lo reportado por diferentes estudios de manera consistente a lo largo del tiempo y en diferentes países^{31,32,34}.

Dado que esta investigación se realizó solo en dos hogares de Santander y en uno de Santa Marta, los datos obtenidos no deben generalizarse más allá de estos centros y se debe tener en cuenta que posiblemente cambien en un tiempo relativamente breve, ya que el envejecimiento, por definición, se relaciona con el deterioro progresivo de la capacidad funcional.

El aporte de este estudio está en línea con que un mejor conocimiento de los factores que influyen en la pérdida de autonomía de los ancianos institucionalizados permitirá programar intervenciones para disminuir y retrasar la dependencia de los ancianos, fomentar su autonomía y mejorar o mantener su calidad de vida.

■ CONCLUSIONES

De las variables sociodemográficas, solo el género se relacionó significativamente con la dependencia y el deterioro cognitivo; mientras que la autonomía, especialmente en las actividades más complejas, se relacionó con el nivel de estudios y con el tiempo de institucionalización ■

Agradecimientos

Las autoras desean expresar su gratitud al Comité Nacional para el Desarrollo de la Investigación (CONADI) de la Universidad Cooperativa de Colombia que financió el proyecto de investigación, y a las estudiantes de enfermería y psicología que colaboraron en la obtención de los datos.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

■ BIBLIOGRAFÍA

- Naciones Unidas. La situación demográfica en el mundo. Nueva York: ONU, 2015 [acceso 30 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>
- Lima Fagundes K, Vitorelli D, Esteves M, de Moraes Ribeiro JH, Tadeu Stepierski C, da Silva JV, et al. Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. *Rev. salud pública* [Internet]. 2017 Apr [citado 30 de enero de 2018];19(2):210-4. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000200210&lng=en <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v19n2.41541>
- Alcaraz EA, Baños MA, Martínez JB, Muir BR, Vila CN. Situación de nuestros mayores institucionalizados en residencias y necesidades para su integración social. *Azarbe*. 2014;3:6.
- Huang Y-C, Chu C-L, Ho C-S, Lan S-J, Hsieh C-H, Hsieh Y-P. Decision-making factors affecting different family members regarding the placement of relatives in long-term care facilities. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:21.
- Björk S, Juthberg C, Lindkvist M. Exploring the prevalence and variance of cognitive impairment, pain, neuropsychiatric symptoms and ADL dependency among persons living in nursing homes; a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2016;16(1):154. doi:10.1186/s12877-016-0328-9.
- Yisel PP, Prieto E. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *J Public Health*. 2012;14(3):436-45.
- Bejines-Soto M, Velasco-Rodríguez R, García-Ortiz A, Barajas-Martínez L, Aguilar-Núñez LM, Rodríguez ML. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2015;23(1):3-8.
- González-Velásquez BM, Carhuapoma-Acosta ME, Zuñiga-Chura E, Mocarro-Aguilar MR, Aleixo-Diniz M, Silva-Fhon JR. Estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor en dos Centros de Día-Lima, Perú. *Rev Fac Cien Med (Quito)*. 2013;38:11-6.
- Rosibel O, Hernández X. Evaluación del grado de autonomía física y cognitiva en actividades avanzadas de la vida diaria en adultos mayores residentes en hogares de ancianos de la región Central Norte de Nicaragua (tesis doctoral). Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016.
- Muñoz Cruz R. Diferencias en la autopercepción entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Gerokomos*. 2015;26(2):43-7.
- Requena Hernández C, González Fernández V, Vila Abad E. Relación entre los índices de funcionalidad cardíaca y cognitiva en personas mayores institucionalizadas. *Gerokomos*. 2014;25(4):144-7.
- Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014;25(2):57-62.
- Principado de Asturias, Consejería de Vivienda y Bienestar Social. Buena praxis profesional en algunos asuntos relacionados con la promoción de la autonomía y autodeterminación de las personas usuarias con discapacidad o dependencia. Informe SERIE Docs. ZonaCalidad [2015] [acceso 30 de enero de 2018]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/GobiernoAsturias-seriedocs-zonacalidad1-03-2015.pdf>
- Dabove MI. Autonomy, Self-determination, and Human Rights: Legal Safeguards in Argentina to Prevent Elder Abuse and Neglect. *Int J Law Policy Family*. 2018;32:80-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/lawfam/ebx017>
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: IMSERSO; 2001.
- Querejeta M. Discapacidad/Dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: IMSERSO; 2004.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2005.
- Asociación Vasca de Geriatria y Gerontología Zahartzaroa. Respeto a la autonomía de las personas: decisiones de representación. Colección casos prácticos bioética n.º 1, 2015. [Acceso 30 de enero de 2018]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=59793>
- Laguado Jaimes E, del Consuelo Camargo K, Campo Torregraza E, Martín Carbonell M. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*. 2017;28(3):135-41.
- Organización Panamericana de la Salud. Parte I: Módulos de Valoración Clínica. Módulo evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf>
- Protocolo 2. Atención general de la persona adulta mayor en Atención Primaria de la Salud. OPS, 2011 [acceso 23 enero de 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pubblicaciones-con-contrapartes&alias=187-protocolo-2-atencion-de-la-persona-adulta-mayor-en-aps&Itemid=253
- Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71:127-37.
- González-Rodríguez R, Gandoy-Crego M, Clemente Díaz M. Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. *Gerokomos*. 2017;28(4):184-8.
- Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*. 1989;42:703-9.
- Pedraza M, Germán C, Luna JD, Aranda M, Peralta M, Pedro R, et al. EVA Escala de valoración de autonomía funcional para el autocuidado. *Index de Enfermería* [Internet] 1992 [acceso 24 de enero de 2018];1(2): 35. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/258222593_EVA_Escala_de_valoracion_de_autonomia_funcional_para_el_autocuidado.
- Clares Martínez I, Castellote Varona FJ. Valoración de la EVA (Escala de valoración funcional de la autonomía para el autocuidado). *Gerokomos*. 1997;21:119-16.
- Ministerio de Salud. Resolución 008430 por la cual se establece las Normas Académicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.

28. República de Colombia, Tribunal Nacional ético de Enfermería, TNEE. Ley 911 de 2004, Octubre 5. Por el cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinar correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Ministerio de Protección Social, El Abedul, Diario Oficial; 2004.
29. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento en 2016 [acceso 14 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://url.minsalud.gov.co/publicaciones-encuesta-sabe-2015>
30. Vallejo Sánchez JM, Rodríguez Palma M. Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. *Gerokomos*. 2010;21(4):153-57.
31. Leiva-Saldaña A. Factores predictores de deterioro cognitivo en población mayor de 64 años institucionalizada y no institucionalizada. *Enferm Clin*. 2016;26(2):129-36.
32. Lai CK. Factores asociados con la calidad de vida en residencias de mayores en Hong Kong. *Int Nurs Rev*. 2015;62:129-38.
33. Ocampo JM, Reyes-Ortiz CA, González REE, Casanova ME, Ocampo MB, Urrea JK. Colesterol total y discapacidad en ancianos hospitalizados: más allá de la enfermedad cardiovascular. *Rev Col Cardiol [Internet]*. 2017 [acceso 30 de enero de 2017]. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0120563317301882/1-s2.0-S0120563317301882-main.pdf?_tid=f0387242-05dd-11e8-917a-00000aacb35d&acdn_t=1517331321_7b3af59d81cbb7a66a20a8da652284d
34. Vinaccia S. Relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en adultos mayores colombianos. *Psicología y Salud*. 2018;28:73-83.
35. Wei, M, Jun L, Hongman W. Impact of the disability trajectory on the mortality risk of older adults in China. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018;74:174-83.
36. Brenner AB, Philippa JC. Understanding socioenvironmental contributors to racial and ethnic disparities in disability among older americans. *Res Aging*. 2018;40:103-30.
37. Querejeta González M. Discapacidad y Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. *Imsero*, 2012. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf>
38. McCarrey A, An Y, Kitner-Triolo MH, Ferrucci L, Resnick SM. Sex differences in cognitive trajectories in clinically normal older adults *Psychol Aging*. 2016;31:166-75.
39. Ferrín M, Ferreira L, Mejjide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicía Clínica*. 2011;72:11-6.
40. Tello Y, Bayarre H, Hernández Y, Herrera H. Prevalencia de discapacidad física en ancianos: Municipios "Amancio Rodríguez" y "Jobabo" 1999. *Rev Cubana Salud Pública [Internet]*. 2001 Jun [citado 29 de enero de 2018];27(1):19-25. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100003&lng=es.