

## Deterioro cognitivo y autonomía personal básica en personas mayores

Joaquín Álvarez Hernández<sup>1\*</sup> y Mercedes Sicilia Molina<sup>2</sup>

Universidad de Almería (España); <sup>1</sup>Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, <sup>2</sup>Vicerrectorado de Estudiantes

**Resumen:** Este estudio pretende conocer el estado mental de personas mayores y qué actividades de la autonomía personal básica forman parte de su repertorio, comparando estas variables en función del sexo y la edad. También se ha querido investigar sobre el grado de relación entre el deterioro cognitivo en las personas mayores y su nivel de autonomía en actividades básicas (vestirse, lavarse, comer...). El propósito de la presente investigación es el de detectar las áreas más deficitarias que pudieran ser objeto de futuras intervenciones psicosociales en este sector.

Los resultados obtenidos en esta investigación nos proporcionan un conocimiento fiable, hasta ahora inexistente, sobre las necesidades básicas que presentan estos sujetos, con edades comprendidas entre los 60 y los 102 años.

**Palabras clave:** Deterioro cognitivo; autonomía personal básica; vejez; senectud.

**Title:** Cognitive impairment and basic personal autonomy in old age adults.

**Abstract:** This study pretends to meet the mental condition of aged and what activities of the basic personal autonomy area part of its repertoire, comparing these variables, attending to sex and age. Also it has wanted to be investigated on the degree of relation between the cognitive impairment in the major persons and his level of autonomy in basic activities. The purpose of this investigation is to detect the most deficit areas, which could be the object in the future for psychological, social and sanitary interventions in this field.

The results of this investigation provide us with a reliable knowledge, till now unknown, about the real situation of these persons, aged between 60 and 102.

**Key words:** Cognitive impairment; basic personal autonomy; oldness; old age.

### Introducción

La segunda parte del siglo XX se ha caracterizado por un envejecimiento de la población en los países desarrollados, debido básicamente al aumento de la esperanza de vida, y la importante caída de la fecundidad.

La senectud es una etapa difícil de definir, y el envejecimiento plantea ciertos límites más o menos universales.

Junqué y Jódar (1990), citando a otros, dicen que la naturaleza de los cambios en el estado mental durante el envejecimiento ha recibido especial atención en los últimos años. Diversos trabajos recientes sugieren que el envejecimiento normal se caracteriza por cambios lentos y continuos en las funciones intelectuales.

Y concluyen estas autoras, a través de su investigación, que el envejecimiento conlleva, además de un enlentecimiento en el tiempo de reacción, un enlentecimiento del proceso mental.

Cuando nos referimos al proceso de envejecimiento e intentamos comprender por qué se produce una determinada disminución en una u otra capacidad cognitiva de una persona mayor, se hace necesario averiguar, no sólo las características cerebrales que se han modificado, sino también el efecto de las interacciones entre las condiciones biológicas y ambientales (Román y Sánchez, 1998).

Izal y Fernández-Ballesteros (1990), postulan la importancia del ambiente en la explicación del comportamiento humano, e incorporan el campo de la vejez para explicarla desde planteamientos interactivos.

Por lo tanto, se postula que el individuo humano es un organismo con historia, por lo que se envejece como se ha vivido. Y, en definitiva, es lógico suponer que las distintas

oportunidades culturales, sociales, de salud, etc., han mediado en distintos repertorios básicos que, a su vez, van a determinar la conducta de la persona mayor.

En este sentido podemos decir que la autonomía funcional disminuye progresivamente en el curso del envejecimiento (Neugarten, 1982).

Para autores como Schulz, Heckhausen y O'Brien (1994), la mayoría de los individuos ancianos experimentan declives funcionales en dominios o situaciones de la vida bastante importantes. Estos declives minan la habilidad para permanecer independientes en la comunidad y comprometen seriamente la calidad de vida.

Es necesario subrayar la necesidad de realizar una evaluación comprensiva de la salud de los ancianos, en la que se distingan la enfermedad o deterioro en sí mismo, del impacto que éstos pueden tener sobre la capacidad individual de funcionamiento en un contexto determinado.

Pero, además de evaluar la salud física (en términos de condición física) en las personas mayores, hay que hacer análisis y concreción de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), englobando tanto actividades básicas de cuidado personal y actividades básicas de índole doméstico, como otras actividades más complejas de vida independiente.

La capacidad de funcionamiento real de un anciano sería definida de una forma incompleta si tan sólo se utilizaran indicadores de salud en general. Por tanto, no es suficiente enumerar, conocer y tratar de forma aislada los problemas médicos que presenta el anciano, sino que es necesario considerar además cómo esos problemas afectan a la capacidad funcional del individuo. Por ello, parece preciso considerar el concepto de AVD.

Baltes, Mayr, Borchelt, Maas y Wilms (1993), han podido demostrar cómo el grado de competencia de la vida diaria influye en la independencia de una persona y en el dominio acerca de las actividades de la vida diaria.

Levi (1980) las define como las capacidades del individuo para llevar a cabo las actividades cotidianas esenciales.

\* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Joaquín Álvarez Hernández. Universidad de Almería. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Cañada de San Urbano, s/n 04120 Almería (España). E-mail: [jalvarez@ual.es](mailto:jalvarez@ual.es)

Pero hay que tener presente que estas actividades son producto tanto del contexto donde habita el anciano como el nivel de deterioro físico y sus características personales.

Las AVD son importantes en la vejez, pero no lo son por igual para todos los ancianos, por lo que vamos a diferenciar a través de la distinción de Neugarten (1973) entre:

- Viejo-joven (65 – 75 años).
- Viejo-viejo (más de 75 años).

La necesidad de evaluación de las AVD en la vejez, especialmente en el grupo de ancianos de más edad, plantea cuáles son los contenidos y cuántos elementos deben quedar englobados bajo tal concepto.

Al revisar diversas escalas de actividades de la vida diaria, se encuentra que todos los elementos utilizados en ellas pueden integrarse en las siguientes nueve dimensiones:

- Actividad locomotriz.
- Aseo e higiene.
- Vestirse.
- Continencia.
- Comer.
- Orientación-confusión.
- Comunicación.
- Mediación.
- Otras que son actividades instrumentales menos básicas.

Todo lo expuesto justifica la necesidad de la valoración de determinados aspectos de la vejez, siendo necesario conocer el estado de dependencia del anciano, relacionándolo con las esferas psicológicas y sociales, ya que éstas condicionan la capacidad funcional de las personas mayores.

### Objetivos del estudio

La importancia de la valoración social de los ancianos viene dada por el funcionamiento social que se correlaciona con el funcionamiento físico y mental. Así, el bienestar social mejora la capacidad de manejar problemas de salud y persevera la autonomía, a pesar de las limitaciones funcionales. Por lo tanto, el funcionamiento social adecuado es en sí mismo un resultado importante.

En este sentido, planteamos como propósitos de esta investigación los siguientes objetivos:

- Conocer el estado mental de los usuarios de nuestra muestra y comprobar si existen diferencias en función del sexo y edad.
- Conocer qué componentes de la autonomía personal básica (levantarse/acostarse, vestirse/desvestirse, cuidar su aspecto físico, bañarse/ ducharse, ir al baño, comer, quedarse sólo durante la noche) forman parte del repertorio de los usuarios de nuestra muestra y comprobar si existen diferencias en función del sexo y edad.
- Conocer la relación entre el estado mental de los sujetos de nuestra muestra y el factor de autonomía, considerando su edad, género

## Método

### Sujetos

Los sujetos que componen la muestra objeto de estudio, han sido 472, 163 varones y 309 mujeres, de edades comprendidas entre 60 y 102 años, residentes en la provincia de Almería. La muestra abarca la población total de usuarios de Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD) de la provincia de Almería, que cubren los Servicios Sociales de la Diputación de Almería.

La muestra del estudio se presenta a continuación en la Tabla 1, describiéndola en función de las variables sociodemográficas: edad y sexo.

**Tabla 1:** Distribución de la muestra por edad y sexo.

Edad	Hombres	Mujeres	Total	Porcentajes
<b>60/69 años</b>	39	44	83	17.6
<b>70/79 años</b>	84	142	226	<b>47.6</b>
<b>80/89 años</b>	35	99	134	28.7
<b>+ de 90 años</b>	5	24	29	6.2
<b>Total</b>	163	309	472	100

La tabla muestra que el grueso de la población se encuentra en las edades comprendidas entre 70/79 años, seguidos del grupo edad 80/89 años, viendo la diferencia en la Figura 1.

### Instrumento de evaluación

Tras la pertinente revisión, se pasó a la selección y elaboración de los instrumentos necesarios.

Para cubrir el objetivo principal de nuestra investigación, se utilizó el SPSMQ para la medida del estado mental y se elaboró “ad hoc” la Escala de Evaluación de Necesidades Psicosanitarias.

El *Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer* (SPSMQ, 1975) se desarrolló a partir de la Escala de Memoria de Wechsler (Wechsler, 1945). Forma parte del instrumento multidimensional OARS (Olders Americans Resources and Services Questionnaire, Duke University, 1978), aunque se puede administrar de manera independiente al resto del instrumento.

El objetivo era la creación de un instrumento breve, de fácil manejo y de puntuación sencilla para la valoración de la presencia e intensidad de deterioro intelectual secundario a trastornos orgánicos cerebrales en los ancianos. Sus ventajas se resumen en que puede ser administrado por personal sanitario no especializado en neuropsicología y no es necesario un entrenamiento especial previo; así como el tiempo de administración que es muy breve, durando aproximadamente unos dos minutos.

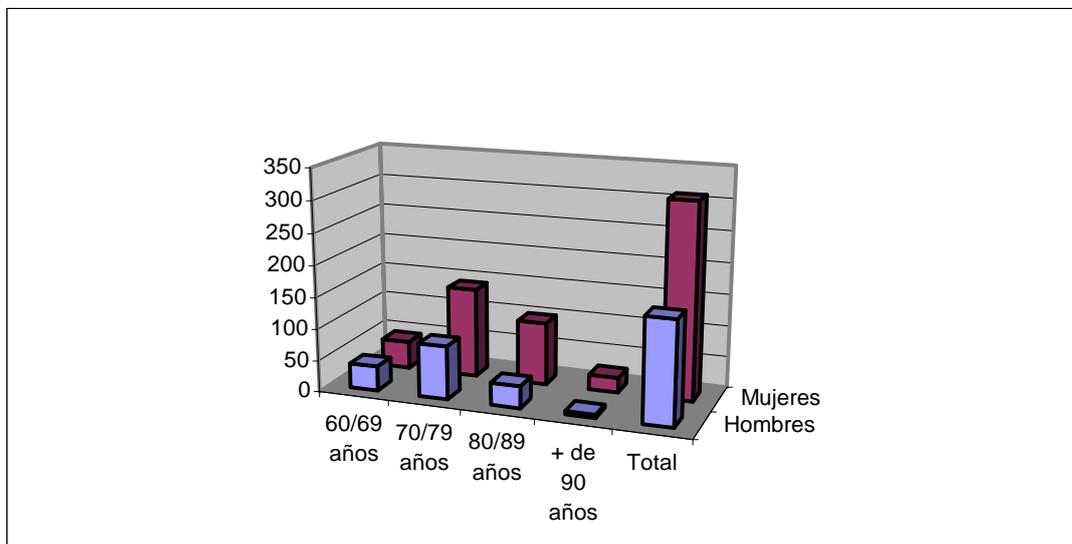


Figura 1: Diferencias en los grupos de edad y sexo en la muestra.

La fiabilidad también es bastante adecuada, presentando unos índices de correlación test-retest entre .82 y .83.

En cuanto a la sensibilidad y especificidad el SPSMQ tiene una sensibilidad entre el 50% y el 87%, una especificidad entre el 90% y el 96%, su valor predictivo positivo se sitúa entre el 60% y el 93% y el valor predictivo entre el 77% y el 95%.

El SPSMQ consta de diez elementos que valoran la memoria, la orientación, y la capacidad de ejecutar tareas seriales aritméticas, y permite, a través de la cuantificación del número de errores, establecer el nivel de estado mental cognitivo (0-2 intacto, 3-4 deterioro intelectual leve, 5-7 deterioro intelectual moderado y 8-10 deterioro intelectual severo). Por otra parte, existen unas modificaciones según el nivel cultural, así se permite un error más, si el anciano sólo tiene educación primaria o forma parte de un grupo segregado y se permite un error menos, si el anciano tiene una educación de grado medio y más. En este estudio se utiliza la adaptación española realizada por la Cátedra de Psicodiagnóstico de la Universidad Autónoma de Madrid, (Fernández Ballesteros, 1992).

Con base en la estandarización original y dependiendo del número de errores, es posible clasificar al usuario como "intacto", con deterioro intelectual "leve", "moderado" y "severo".

Para garantizar la calidad de los datos, hemos estimado la fiabilidad de los nuestros mediante el modelo de dos mitades. Así, el modelo divide la escala y examina la correlación entre estas dos partes. Sobre 470 casos y 10 ítems, la correlación entre las partes (*correlation between forms*) es de .784 y en la *Equal-length Spearman-Brown* es de .8789, o sea, el coeficiente es lo suficientemente elevado para considerar aceptable el nivel de fiabilidad.

El segundo instrumento es la *Escala de Evaluación de Necesidades Psicosociales* (ESEN). Este instrumento consta de 54 elementos integrados en un total de 8 dimensiones, junto con las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, estudios, etc.), incluyen las siguientes:

1. Variables relacionadas con el ocio de tipo doméstico y de tipo externo.
2. Hábitos de vida.
3. El área de apoyo social recoge aspectos relativos a la atención que reciben por parte de la familia, de la comunidad y del equipo asistencial.
4. La dimensión actividades de la vida diaria intenta reunir en dos grupos bien definidos, las actividades personales y domésticas que pueden realizar los usuarios, así como aquellas que no pueden realizar o lo hacen con dificultad.
5. El área denominada de ayuda a domicilio pretende aglutinar todas las acciones propias del servicio de tipo domésticas, personales y educativas, así como horas y días a la semana que reciben el servicio, en que período del día y la satisfacción que obtienen al recibirlo.
6. La variable salud describe las posibles enfermedades padecidas por los usuarios, de qué tipo son y si estas son invalidantes.
7. La dimensión económica explica los recursos económicos que tienen los usuarios.
8. Para terminar el área denominada de habitabilidad de la vivienda nos da a conocer la situación en que se encuentra su vivienda y del equipamiento que carece.

De todos los aspectos que con este cuestionario se evalúan, para esta investigación nos hemos centrado en la autonomía personal básica, que se evalúa a través de las respuestas que dan los usuarios SAD sobre conductas como: levantarse/acostarse, vestirse/desvestirse, cuidar su aspecto físico,

bañarse/ ducharse, ir al lavabo, comer, quedarse sólo durante la noche. Presenta una fiabilidad  $\alpha = .822$

### Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se realizó por parte de los propios trabajadores de los centros de las zonas de la provincia de Almería, Trabajadores sociales, Psicólogos..., por lo que fue necesario iniciar contactos previos con ellos para garantizar su participación y facilitarles toda la información que fuera necesaria.

Quisimos que estos mayores se sintieran más tranquilos y seguros contestando las preguntas a personas conocidas de su entorno, para evitar las reticencias que pudieran presentar frente a preguntas más íntimas

Se le encargó a cada técnico de zona la tarea de pasar unos 20-25 cuestionarios a los usuarios, dándoles un tiempo de 6 meses para la recogida, es decir 3-4 usuarios al mes, para que realizaran tranquilamente su labor y seleccionaran el momento más adecuado del usuario.

Tras la recepción de los cuestionarios, mantuvimos el contacto con los técnicos por considerar importante conocer pequeños detalles de primera mano, y meditar sus apreciaciones personales para conocer el contexto de algunos resultados.

### Diseño

El diseño se corresponde con un estudio descriptivo correlacional de investigación evaluativa para conocer y diagnosticar las dimensiones de una realidad concreta, valorarla y determinar una toma de decisiones.

## Resultados

### Análisis del estado mental de los usuarios del SAD

La vejez parece llevar unida un incremento en la probabilidad de sufrir determinados padecimientos, así como experimentar un relativo declive intelectual.

Wechsler (1956) definió el deterioro intelectual como toda disminución o pérdida manifiesta de las aptitudes intelectuales.

La evaluación del funcionamiento intelectual durante la vejez es uno de los principales objetivos, puesto que va asociado con otros padecimientos físicos y conductuales.

El cuestionario utilizado en esta investigación evalúa aspectos como: memoria a corto y largo plazo, orientación, datos sobre cuestiones de la vida diaria y la capacidad de utilizar series aritméticas.

Las Actividades de la Vida Diaria: la habilidad para cuidar de uno mismo y del entorno presenta un factor de bienestar en los mayores. Por ello la falta de capacidad de los mayores para realizar (desarrollar) tareas de cuidado personal

es la principal causa de atención institucionalizada y ayuda domiciliaria.

Para conocer el grado de dependencia de los usuarios del servicio, es preciso averiguar en qué grado o nivel intelectual se encuentran. Para ello se les pasó la siguiente prueba (SPSMQ) obteniéndose lo siguiente:

Las puntuaciones obtenidas en la prueba de deterioro cognitivo indican, tal y como se pueden apreciar en la Figura 2, que un 57% de la población general no presenta ningún tipo de deterioro, pero el resto, un 43%, si lo presenta. De esta forma, los porcentajes revelan que un 18% de los usuarios padecen un deterioro intelectual moderado, seguido de un 16% cuyo deterioro es leve y de un 8% cuyo deterioro es considerado severo.

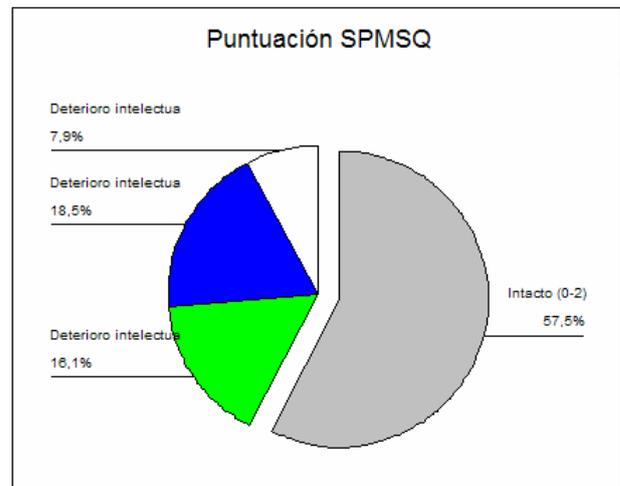


Figura 2: Distribución de las puntuaciones en el SPSMQ.

Así, como se puede observar, la mayoría de los sujetos de la muestra no presentan deterioro mental.

Y como el análisis se va a centrar en las comparaciones entre sexo y edad, se apuntan resultados en función de estas variables.

### Sexo

Para analizar estos mismos datos en función del sexo, hemos usado la prueba chi-cuadrado que nos va a permitir comprobar que entre las dos variables existe o no algún tipo de relación.

Con el *chi-cuadrado* se mide la independencia o dependencia de las variables entre sí de forma global. La Significación de .049 nos permite rechazar la hipótesis de independencia. Por lo tanto podemos afirmar que existe relación entre ser hombre o mujer y el grado de deterioro cognitivo.

Para cuantificar este grado de asociación entre estas dos variables usamos el índice de asociación del *coeficiente de contingencia*, obteniendo las siguientes puntuaciones, que se reflejan en la Tabla 2.

**Tabla 2:** Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	.129 .049
N de casos válidos	468	

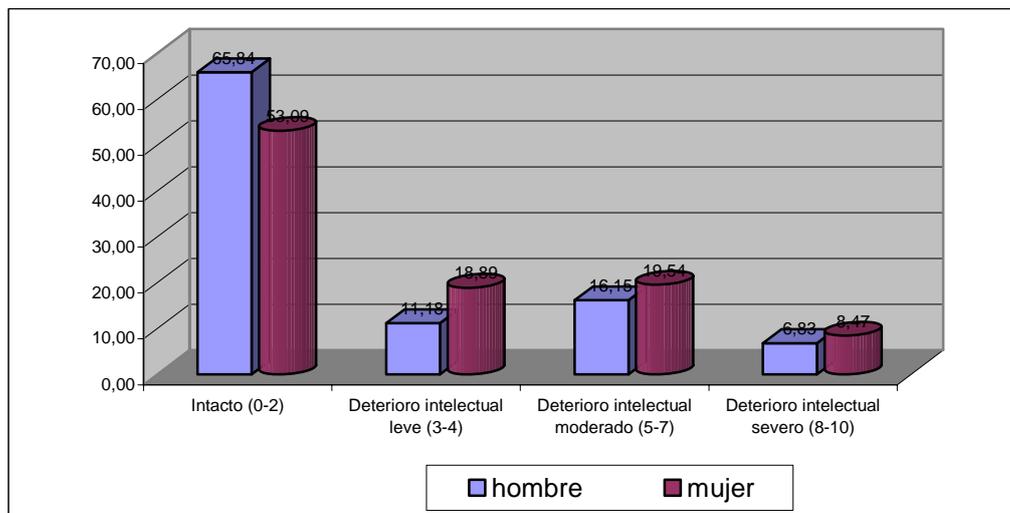
a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

El coeficiente de contingencia siempre toma un valor de entre 0 y 1, cuanto más cerca de 1 se encuentra, indica mayor dependencia entre las dos variables y cuando toma el

valor 0, indica que las dos variables son independientes. En nuestro caso con un valor de .129 y un nivel de significación de .049 afirmamos que son dos variables relacionados aunque están muy cerca de ser dos variables independientes.

Para poder interpretar con precisión el significado de la asociación detectada, y teniendo en cuenta la Figura 3, hemos usado el estadístico de los *residuos tipificados corregidos*, obteniendo los siguientes resultados en la Tabla 3.

**Figura 3:** Relación deterioro cognitivo y sexo**Tabla 3:** Datos de contingencia Sexo \* Puntuación SPMSQ.

		Puntuación SPMSQ				
		Intacto (0-2)	Deterioro leve (3-4)	Deterioro moderado (5-7)	Deterioro severo (8-10)	Total
Hombre	Recuento	106	18	26	11	161
	Frecuencia esperada	92.5	26.1	29.6	12.7	161.0
	Residuos corregidos	2.6	-2.1	-9	-6	
Mujer	Recuento	163	58	60	26	307
	Frecuencia esperada	176.5	49.9	56.4	24.3	307.0
	Residuos corregidos	-2.6	2.1	.9	.6	

Estos datos nos indican que la proporción de hombres sin deterioro es mayor que la de mujeres (2.6 frente a -2.6), que la proporción de mujeres con un leve es superior a la de los hombres (2.1 frente a -2.1) y que no hay diferencias entre hombres y mujeres en los otros niveles.

### Edad

Para analizar estos mismos datos en función de la edad, hemos usado la prueba chi-cuadrado que nos va a permitir comprobar que entre las dos variables existe o no algún tipo de relación.

Con la prueba de *chi-cuadrado* hemos obtenido una Significación de .000 que nos permite rechazar la hipótesis de independencia. Por lo tanto podemos afirmar que existe relación entre la edad y el grado de deterioro cognitivo.

Para cuantificar este grado de asociación entre estas dos variables usamos el índice de asociación del *coeficiente de contingencia*, obteniendo las siguientes puntuaciones, que se reflejan en la Tabla 4.

**Tabla 4:** Medidas simétricas.

	Valor	Sig. aproximada
Coficiente de contingencia	.256	.000
	471	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

El coeficiente de contingencia siempre toma un valor de entre 0 y 1, cuanto más cerca de 1 se encuentra, indica mayor dependencia entre las dos variables y cuando toma el valor 0, indica que las dos variables son independientes. En nuestro caso con un valor de .256 y un nivel de significación

de .000 afirmamos que son dos variables relacionadas, con un valor importante de relación.

Para poder interpretar con precisión el significado de la asociación detectada, y teniendo en cuenta las Figuras 4, 5, 6

y 7, hemos usado el estadístico de los *residuos tipificados corregidos*, obteniendo los siguientes resultados que se reflejan en la Tabla 5.

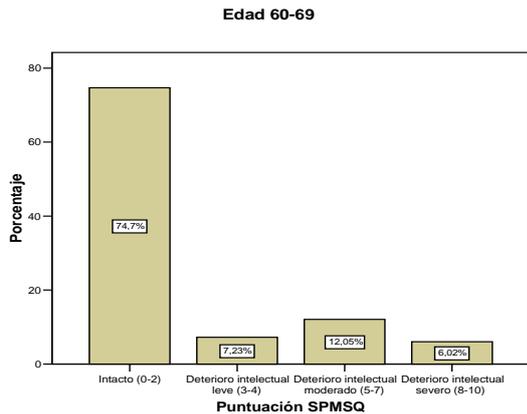


Figura 4: Deterioro cognitivo y edad (60-69)

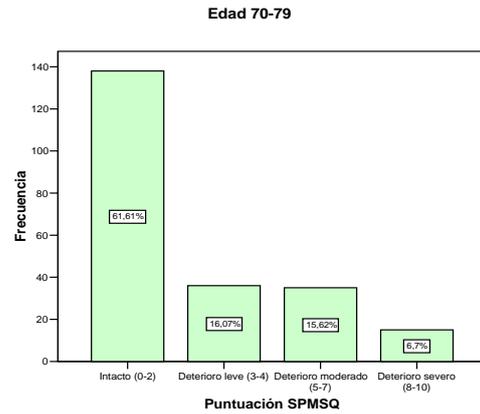


Figura 5: Deterioro cognitivo y edad (70-79)

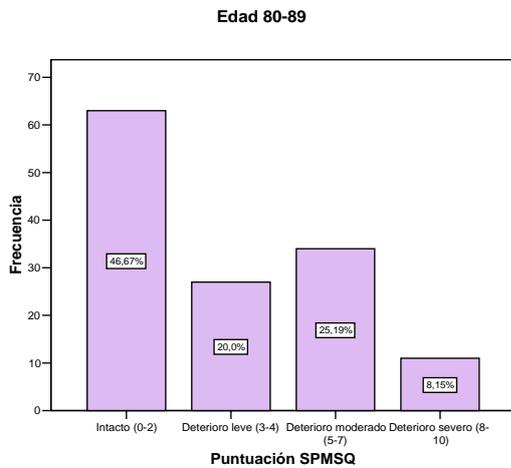


Figura 6: Deterioro cognitivo (80-89)

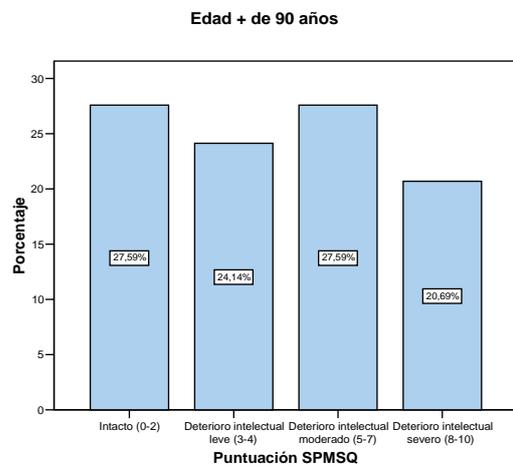


Figura 7: Deterioro cognitivo (+90)

Tabla 5: Datos de contingencia Edad \* Puntuación SPMSQ.

		Puntuación SPMSQ				Total
		Intacto (0-2)	Deterioro leve (3-4)	Deterioro moderado (5-7)	Deterioro severo (8-10)	
60-69 años	Recuento	62	6	10	5	83
	Frecuencia esperada	47.8	13.4	15.3	6.5	83.0
	Residuos corregidos	3.5	-2.4	-1.7	-7	
70-79 años	Recuento	138	36	35	15	224
	Frecuencia esperada	128,9	36,1	41,4	17,6	224,0
	Residuos corregidos	1,7	,0	-1,5	-9	
80-89 años	Recuento	63	27	34	11	135
	Frecuencia esperada	77.7	21.8	24.9	10.6	135.0
	Residuos corregidos	-3.0	1.4	2.4	.1	
+ de 90 años	Recuento	8	7	8	6	29
	Frecuencia esperada	16.7	4.7	5.4	2.3	29.0
	Residuos corregidos	-3.4	1.2	1.3	2.7	

Con estos resultados podemos concluir que con respecto a un deterioro intacto los sujetos donde hay más casos de los esperados en la edad de 60-69 años, con respecto al deterioro moderado donde hay más casos de los esperados es en la edad 80-89 años y con respecto al deterioro severo donde se dan mas casos de los esperados en sujetos de más de 90 años.

### Análisis de la Autonomía Personal Básica

En cuanto a la autonomía personal básica, consideramos como tal las actividades propias de la vida diaria que tienen como fin la independencia en el cuidado íntimo y personal necesario para realizar tareas básicas sin ayuda de nadie. Estas tareas son imprescindibles realizarlas a diario y necesarias para una vida digna.

De todas las actividades mencionadas las que pueden hacer bien y las que hacen con dificultad son:

- *Levantarse y acostarse solos* lo puede realizar un 49.5% y un 32.6% lo realiza con dificultad.
- *Vestirse y desvestirse* un 49.7% lo puede realizar, y un 31.5% también aunque sea con dificultad.
- *Cuidar su aspecto físico* un 56% lo puede realizar y un 21.8% lo realiza con dificultad.
- *Bañarse o ducharse* lo puede realizar un 33.5% y un 26% lo realiza con dificultad.
- *Ir al lavabo* un 61.3% lo puede realizar y un 19.1% lo realiza con dificultad.
- *Comer* un 78.5% lo puede realizar y un 97 % lo realiza con dificultad.

- *Quedarse solo durante la noche* un 59.9% lo puede realizar y un 11.2% lo realiza con dificultad.

De las actividades personales que no pueden realizar solos:

- Un 17.9% no puede levantarse o acostarse solo.
- Un 18.8% no puede vestirse o desvestirse solo.
- Un 21.8% no puede cuidar su aspecto físico.
- Un 40.5% no puede bañarse o ducharse solo.
- Un 19.1% no puede ir al lavabo solo.
- Un 11.9% no puede comer solo.
- Un 28.9% no puede quedarse solo durante la noche.

De todos estos datos se puede comprobar como un porcentaje amplio de los usuarios de Asistencia Domiciliaria necesitan ayuda para las actividades de tipo personal que se realizan a diario, sobre todo en lo referente al aseo personal.

Analizados los datos en función del sexo y la edad obtenemos los siguientes resultados:

#### En función del sexo

Para ello hemos usado la prueba de chi-cuadrado que nos va a permitir comprobar que entre las dos variables existe o no algún tipo de relación.

La Significación de .000 nos permite rechazar la hipótesis de independencia. Por lo tanto existe relación entre ser hombre o mujer y la autonomía personal básica.

Para cuantificar este grado de asociación entre estas dos variables usamos el índice de asociación del *coeficiente de contingencia*, como se aprecia en la Tabla 6.

Tabla 6: Datos de contingencia Sexo.

CONDUCTA	Chi-cuadrado	Valor coeficiente de contingencia	Sig Aprox.	R-I
LEVANTARSE/ ACOSTARSE	.000	.289	.000	R
VESTIRSE/ DESVESTIRSE	.000	.278	.000	R
CUIDAR SU ASPECTO	.000	.218	.000	R
BAÑARSE/ DUCHARSE	.000	.309	.000	R
IR AL LAVABO	.002	.167	.002	R
COMER	.033	.122	.033	R
QUEDARSE SOLO DURANTE LA NOCHE	.000	.235	.000	R

Como se puede observar todas las conductas que determinan el grado de autonomía básica se muestran relacionadas con la variable sexo, con valores muy parecidos, siendo la de menor valor la conducta de comer, y la mas relacionada con el sexo es la de bañarse, ducharse, y la de levantarse-acostarse.

Para poder interpretar con precisión el significado de la asociación detectada hemos usado el estadístico de los *residuos tipificados corregidos*, obteniendo unos resultados que nos permiten concluir que *en todas las conductas hay más hombres de los esperados que mujeres que desarrollen esta conducta de forma autónoma*.

#### En función de la edad

Cuando analizamos estas mismas conductas en función de la edad obtenemos los siguientes resultados:

Para ello hemos usado la prueba de chi-cuadrado que nos va a permitir comprobar que entre las dos variables existe o no algún tipo de relación.

La Significación de .000 nos permite rechazar la hipótesis de independencia. Y por lo tanto podemos afirmar que existe relación entre la edad y la autonomía personal básica.

Para cuantificar este grado de asociación entre estas dos variables usamos el índice de asociación del *coeficiente de contingencia*, como se ve en la Tabla 7.

Como se puede observar todas las conductas que determinan el grado de autonomía básica se muestran relacionadas con la variable edad, con valores muy parecidos, siendo la de menor valor la conducta de quedarse solo durante la noche.

Tabla 7: Datos de contingencia Edad

CONDUCTA	Chi-cuadrado	Valor coeficiente de contingencia	Sig Aprox.	R-I
LEVANTARSE/ ACOSTARSE	.000	.256	.000	R
VESTIRSE/DESVESTIRSE	.000	.223	.000	R
CUIDAR SU ASPECTO	.001	.214	.001	R
BAÑARSE/ DUCHARSE	.001	.219	.001	R
IR AL LAVABO	.001	.222	.001	R
COMER	.001	.223	.001	R
QUEDARSE SOLO DURANTE LA NOCHE	.019	.180	.019	R

Para poder interpretar con precisión el significado de la asociación detectada hemos usado el estadístico de los *residuos tipificados corregidos*, obteniendo unos resultados que nos permiten concluir que son las personas mayores de 90 años los que menor autonomía personal básica tienen.

*Conocer la relación entre el estado mental de los sujetos de nuestra muestra y el factor de autonomía.*

Queremos saber, por lo tanto, si existe relación entre estas dos variables existe relación, y si además esta relación es

de dependencia, o sea, que los sujetos con menor deterioro cognitivo tienen mayor autonomía personal básica y mayor autonomía personal avanzada y al contrario.

Para ello hemos usado la prueba de chi-cuadrado que nos va a permitir comprobar que entre las dos variables existe o no algún tipo de relación.

La Significación de .000 nos permite rechazar la hipótesis de independencia.

Para cuantificar este grado de asociación entre estas dos variables, como vemos en la Tabla 8, usamos el índice de asociación del *coeficiente de contingencia*.

Tabla 8: Asociación entre deterioro cognitivo y autonomía.

CONDUCTA DE AUTONOMÍA PERSONAL BÁSICA	Chi-cuadrado	Valor coeficiente de contingencia	Sig Aprox.	R-I
Levantarse/acostarse	.000	.421	.000	R
Vestirse/desvestirse	.000	.405	.000	R
Cuidar su aspecto físico	.000	.423	.000	R
Bañarse/ ducharse	.000	.365	.000	R
Ir al lavabo	.000	.423	.000	R
Comer	.000	.403	.000	R
Quedarse sólo durante la noche	.000	.387	.000	R

Como se puede observar todas las conductas que forman parte de la autonomía personal básica están relacionadas con el deterioro cognitivo de las personas que forman parte de nuestra muestra. Como indica la prueba de chi-cuadrado, observando las puntuaciones que se obtienen en el coeficiente de contingencia las conductas que más relación tienen con el deterioro cognitivo son: **ir al lavabo, cuidar el aspecto físico** en lo que hace referencia a la autonomía personal básica y **tomar medicamentos, usar el teléfono, llevar la contabilidad** en lo que hace referencia al autonomía personal avanzada.

Para poder interpretar con precisión el significado de la asociación detectada hemos usado el estadístico de los *residuos tipificados corregidos*, obteniendo unos resultados que nos permiten concluir que en las siete conductas estudiadas (levantarse / acostarse, vestirse / desvestirse, cuidar su aspecto físico, bañarse / ducharse, ir al lavabo, comer, quedarse sólo

durante la noche) *hay más sujetos de los esperados entre los sujetos sin deterioro y hay menos de los esperados entre los que tienen un deterioro cognitivo severo.*

## Discusión y conclusiones

La discusión de los resultados obtenidos, hay que enmarcarlos, necesariamente, en los objetivos que nos planteamos para la presente investigación.

Como ya se explicó anteriormente, nos centramos en los objetivos:

1. Conocer el estado mental de los usuarios de nuestra muestra y comprobar si existen diferencias en función del sexo y edad.
2. Conocer qué componentes de la autonomía personal básica (levantarse/acostarse, vestirse/desvestirse, cuidar su aspecto físico, bañarse/ducharse, ir al baño, comer,

quedarse sólo durante la noche) forman parte del repertorio de los usuarios de nuestra muestra y comprobar si existen diferencias en función del sexo y edad.

3. Conocer la relación entre el estado mental de los sujetos de nuestra muestra y el factor de autonomía.

En cuanto al **primer objetivo**, lo hemos desglosado en dos más específicos, con la finalidad de concretar nuestra investigación y estructurar esta discusión.

*En primer lugar*, quisimos conocer el estado mental de los usuarios de nuestra muestra.

Considerando la prueba de deterioro cognitivo empleada, nos centramos en las puntuaciones obtenidas, indicando que, de nuestra muestra, algo más de la mitad (57%) no presenta deterioro cognitivo. Y de la población que presenta dificultades (43%), sólo se enfrentan a un deterioro severo un 8% de los individuos.

*En segundo lugar*, se quiso comprobar si, conociendo el estado mental de los usuarios, había diferencias en función del sexo.

Del análisis de estos datos, se comprueba que el estado mental y el sexo son dos variables que se encuentran relacionadas.

Podemos concluir, a través de los datos obtenidos, que la proporción de hombres sin deterioro es mayor que la de mujeres, que la proporción de mujeres con un deterioro leve es superior a la de los hombres, y que no hay diferencias entre hombres y mujeres en los otros niveles.

Siguiendo con el primer objetivo, *en tercer lugar*, se quiso comprobar si hay diferencias en el estado mental en función de la edad.

Tomando en cuenta, como se ha apuntado con anterioridad, que hemos estructurado en cuatro grupos de edad (60-69, 70-79, 80-89, +90 años), interpretamos, a través de los datos obtenidos, que el deterioro cognitivo se relaciona con la edad del sujeto. Pero si es cierto que no presenta un valor alto de relación.

A través de estos datos podemos comentar que, con respecto a un deterioro intacto, los sujetos donde hay más casos de los esperados son en el grupo de edad de 60-69 años. Con respecto al deterioro moderado, donde hay más casos de los esperados es en el grupo de 80-89 años. Y resaltar también que, con respecto al deterioro severo, es donde se dan más casos de los esperados en sujetos de más de 90 años.

Con respecto al **segundo objetivo** nos planteamos conocer qué componentes de la autonomía personal básica forman parte del repertorio de los usuarios de nuestra muestra y comprobar si existen diferencias en función del sexo y edad.

*En primer lugar*, focalizamos sobre qué componentes de la autonomía personal básica forman parte del repertorio de los usuarios de la muestra.

Analizando los datos obtenidos, podemos decir que hay un porcentaje muy amplio de sujetos que necesitan ayuda

para aquellas actividades que son de tipo personal que se realizan a diario, sobre todo en lo referente al aseo personal.

*En segundo lugar*, hay que decir que existe relación entre sexo y autonomía personal, siendo las conductas: “levantarse/acostarse”, “vestirse/desvestirse”, “cuidar su aspecto”, “bañarse/ducharse”, “ir al lavabo”, “comer” y “quedarse sólo durante la noche”, donde hay más hombres de los esperados que mujeres que pueden llevar a cabo esta conducta.

*En tercer lugar*, queríamos comprobar si también existían diferencias en función de la edad a la hora de realizar estas actividades de autonomía personal básicas.

Podemos decir que todas las conductas evaluadas están relacionadas con la variable edad, con una significación de .000. Llama la atención que la actividad que menos relación presenta es la de “quedarse sólo por la noche”.

Por lo tanto, la edad si condiciona el grado de autonomía básica, planteando que en las conductas evaluadas los sujetos que presentan menor autonomía son los mayores de 90 años, resaltando que en estas conductas los que tienen mayor autonomía son los de 60-69 años.

Finalmente con respecto al **tercer objetivo** observamos que existe relación entre el deterioro cognitivo y el grado de autonomía personal básica. En general podemos decir que los sujetos con mayor deterioro son los que menos autonomía tienen.

Por último, los resultados obtenidos en esta investigación nos proporcionan un conocimiento fiable, hasta ahora inexistente, sobre la realidad de una población usuaria de una prestación proporcionada por los Servicios Sociales de la Diputación de Almería.

Los resultados obtenidos han permitido aproximarnos al conocimiento de una realidad compleja, como son las variables estudiadas, de las que resaltamos conclusiones básicas:

1. Una proporción amplia no presenta deterioro cognitivo, estando los hombres en mejor situación que las mujeres. Sin embargo en la población que sí se da deterioro es mayor la proporción de mujeres que lo padecen de nivel leve, pero sin que halla diferencias en el resto de niveles, es decir, en el moderado y en el severo.
2. En cuanto a la edad, resulta que el deterioro se va agravando según aumentan los años, siendo los mayores de 90 años quienes padecen un deterioro más severo. La población mayoritaria sin deterioro se halla en el grupo de edad 60-69 años. De los que presentan deterioro de grado moderado está representado por población de 80-89 años. En el deterioro leve no hay diferencias significativas.
3. Sobre la necesidad en la autonomía personal básica, concluimos que hay más hombres que son independientes en el cuidado persona, y que en general son los mayores de 90 años los que adolecen de menor autonomía para realizar dichas tareas.

A partir de estos nuevos conocimientos que nos ha proporcionado esta investigación se puede definir con

más precisión qué necesidades reales demanda la población futura en cuanto a servicios sociales comunitarios,

pudiéndolos tomar con la intención de optimizar y ampliar dichos servicios.

## Referencias

- Baltes, M., Mayr, V., Borchelt, M., Maas, I., Wilms, H. (1993). Everyday Competence in Old and very Old Age: an Interdisciplinary Perspective. *Ageing and Society*, 13 (4), 657-680.
- Izal, M. Y Fernández-Ballesteros, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de Psicología* 6 (2), 181-198.
- Junqué, C. y Jódar, M. (1990). Velocidad de procesamiento cognitivo en el envejecimiento. *Anales de Psicología* 6 (2), 199-207.
- Levy, S. M. (1980). The Psychosocial assessment of the chronically ill geriatric patient. En C. Phokopp y C. Bradley (Eds.), *Medical Psychology: A New Perspective*. New York; Academic Press.
- Neugarten, B. L. (1973). Personality change in late life: A developmental perspective. En C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds), *The psychology of adult developmental and aging*. Washington. American Psychological Association.
- Neugarten, B. L. (1982). *Age or Need? Public Policy for older people*. Sage, Beverly Hills.
- Pfeiffer, E. A Short portable mental status questionnaire. For the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatric Soc* 1975, 23, 433-441.
- Román, F. y Sánchez, J. P. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología*, 14 (1), 27-43.
- Schulz, Heckausen y O'Brien (1994). Control and the Disablement Process in the Elderly. *Journal of Social Behavior and personality*, 9 (5), 139-152.

(Artículo recibido: 18-2-2007; aceptado: 11-10-2007)