

**Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2015 / 2016

TRABAJO FIN DE GRADO

**ESTUDIO DE LA ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL
ENVEJECIMIENTO BASADO EN EL MODELO DE CALLISTA ROY**

Autor: RICARDO BIARGE PACHECO

Director/a: PEDRO PÉREZ SOLER
CARMEN TOSAT MANCHO

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	6
METODOLOGÍA.....	7
RESULTADOS.....	12
DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN.....	18
BIBLIOGRAFÍA.....	21
AGRADECIMIENTOS.....	24
ANEXO 1 Codificación de informantes.....	25
ANEXO 2 Elementos conceptuales del Modelo de Roy.....	26
ANEXO 3 Escalas de valoración utilizadas.....	29

RESUMEN

Introducción: El incremento de la población envejecida en nuestro país hace que nos replanteemos si este grupo etario, además de vivir muchos años lo vive satisfactoriamente. Enfermería como disciplina en continuo desarrollo debe investigar sobre aquellos temas que pueda desarrollar desde sus propias funciones y modelos de enfermería como podría ser el envejecimiento. Tras la revisión de la literatura inicial no se encontró investigación alguna sobre la adaptación psicosocial del envejecimiento basado en el Modelo de Adaptación de Roy.

Objetivo: Indagar las causas psicosociales que generan malestar psicológico del adulto mayor, y si pueden crear un déficit de adaptación al envejecimiento según el Modelo de Adaptación de Roy.

Metodología: Investigación cualitativa de tipo fenomenología hermenéutica con análisis del discurso mediante el Modelo de Adaptación Roy. Muestreo intencional de pertinencia siguiendo unos determinados criterios de selección. Las técnicas de recogida de datos fue mediante entrevista en profundidad, historias de vida y observación.

Resultados: La muestra fue n=9 y la saturación de datos se consiguió en el séptimo informante. Entre los estímulos se encontró percepción de ser poco útiles, disminución de status y el envejecer como pérdida entre otros más y así desarrollan modos de adaptación psicosocial ineficaces.

Discusión/Conclusión: La familia, la sociedad, los estereotipos y las propias creencias del adulto mayor condicionarían la manera de adaptarse al envejecimiento.

Los modos de adaptación afectados son autoconcepto negativo, la función de rol que desempeñan está alterada y las relaciones de interdependencia desiguales.

Enfermería desde sus funciones podría crear la "Educación para el Envejecimiento".

Palabras clave: Salud del Anciano; Adaptación; Envejecimiento; Modelos de Enfermería; Investigación Cualitativa; Investigación en Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Las sociedades desarrolladas se enfrentan a una realidad demográfica que requiere actualizaciones importantes en el ámbito de la convivencia, la integración y el bienestar¹.

El aumento de la esperanza de vida, es uno de los grandes triunfos de la humanidad¹, pero también uno de los grandes desafíos. Nuestro país, según aseguraba el último informe de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), no es ajeno a este fenómeno y se ha convertido en el segundo país con mayor esperanza de vida con 83'2 años, solo por detrás de Japón (83'4 años)², y presenta un índice de envejecimiento que ha pasado del 35,9% en 1975 al 114,7% en la última referencia que hace el INE (Instituto Nacional de Estadística) en 2015. España continúa su proceso de envejecimiento. Sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios; ahora representan el 5,8% de toda la población. Según la proyección del INE, en 2061 habrá más de 16 millones de personas mayores (38,7% del total)³.

Nos encontramos ante un tema, el de la vejez, que ya en la Antigüedad, Marco Tilio Cicerón escribió su obra "De Senectute", donde expone los motivos que nos llevan a aborrecer la vejez, y contrapone a cada uno de esos motivos otros que compensan lo que se va perdiendo. Este es un claro ejemplo del tratamiento de modernos conceptos como el de adaptación o las perdidas fisiológicas ligadas a la edad o las inquietudes y tormentos de la vejez. Así, la mayor parte de las reflexiones que aporta son de una gran modernidad, recogiendo elementos y recomendaciones no solo muy actuales, sino también escasamente atendidas siquiera actualmente en pleno siglo XXI.⁴

La vejez en sí, el individuo que vive esta etapa del ciclo vital no es uno de los temas más queridos generalmente. Es, tal vez, demasiado cotidiano para que llame la atención como problema o como objeto de investigación. Todos conocemos a personas que viven difícilmente la ancianidad, a veces a causa de la dependencia, demencia, soledad, incomprendición... quien sabe, ¿verdad?.

Pero, ¿Por qué viven algunos de los adultos mayores su vida de manera angustiosa o poco satisfactoria su envejecimiento normal (envejecimiento primario)?

Desde la literatura del reciente siglo XX encontramos esta manera de abordar la vejez de dos maneras: viéndola sólo como un problema, causa de angustias y de desesperación, o viéndola como la oportunidad de vivir de otra manera, de sacar el máximo partido de las propias capacidades. Así es el ejemplo de dos obras que son paradigmáticas para la comprensión actual de la vejez. La primera del filósofo Noberto Bobbio, que al cumplir ochenta años escribe uno de los textos más desgarrados de la literatura sobre la vejez bajo el ciceroniano título "De senectute"⁵. La segunda es obra de la científica premio Nobel de literatura Rita Levi-Montalcini, la cual escribe un libro esperanzador llamado "El as en la manga"⁶.

Amplio es el abanico de teorías desde diferentes disciplinas que han teorizado el envejecimiento. Desde las teorías biológicas lo definen como una serie de cambios degenerativos, con disminución de la capacidad adaptativa e incremento de la vulnerabilidad o muerte. Las sociológicas han ido evolucionando desde las que hablan de ruptura social, desvinculación para la preparación de la muerte, reducción de roles donde la vejez es considerada de manera negativa como sinónimo de improductividad, falta de compromiso y como una carga, hasta las más recientes que enfatizan en que las personas mayores prefieren y necesitan de contactos sociales y actividad. Y por último, las teorías psicológicas han ido desde las clásicas que hablan de la introversión de la vejez, pasando por las que postulan el ego y la visión de la vida en retrospectiva que determinan esta etapa vital, otras con la adaptación de las tareas de la vejez, y los más cercanos modelos ecológicos que tienen en cuenta los factores contextuales del ciclo vital que determinan la salud, el bienestar en la edad avanzada y la adaptación⁷.

Así pues, se ve como hay una amplia teorización sobre esta etapa vital desde toda vertiente. Pero dado que el bienestar de las personas viene determinado por factores, tanto biológicos, psicológicos como sociales, y por la interacción de todos ellos, a menudo se cae en un reduccionismo evidente desde toda disciplina. Entonces en la práctica, ¿Quién se ocupa del adulto mayor en su esfera biopsicosocial?.

Es importante que desde Enfermería se investigue para el desarrollo de la propia profesión, a poder ser, desde marcos teóricos propios que refuercen nuestra posición, buscando áreas necesarias para la sociedad y que estén desprovistas de atención⁸. El envejecimiento parece ser uno de ellos, que aunque bien atendidos nuestros mayores, parece que algo se nos escapa para que además de añadir años a la vida, como parece que se está consiguiendo, hemos de añadirle vida a los años, sin dejar al albor de cada uno la manera de llevar esta importante etapa vital, que vaya por el camino del mantenimiento de la salud biopsicosocial desarrollando una cultura del buen envejecimiento.

Tras el planteamiento metodológico inicial para investigar el fenómeno, era necesaria la utilización de una base teórica en la que fundamentarla desde nuestro amplio cuerpo de conocimientos. Al plantearse el más cercano, el de Henderson, no parecía tener una buena afinidad con el proyecto, pero si el de Roy, por lo que se hizo una revisión bibliográfica para conocer la originalidad del estudio, y tras consultar la literatura en las bases Cuiden Plus, Dialnet Plus, Scielo, Science Direct, Nure y PudMed bajo las palabras clave: Envejecimiento (Aging), Adaptación (Adaptation), Modelos de enfermería (Models nursing), Investigación cualitativa (Qualitative research), no apareció ningún estudio sobre la adaptación psicosocial al envejecimiento basado en el Modelo de Adaptación de Roy (RAM).

Roy diferencia entre una enfermería interpretada como ciencia y la enfermería interpretada como disciplina práctica. "La enfermería como ciencia es un sistema de desarrollo del conocimiento acerca de las personas que observa, clasifica y relaciona los procesos con los que las personas influyen de manera positiva en su estado de salud". "La enfermería como disciplina práctica es el cuerpo científico de saber de la enfermería que se usa para ofrecer un servicio vital a las personas, a saber, fomenta la capacidad para influir en la salud de manera positiva".

El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona en la salud y enfermedad en las distintas etapas de la vida. Las nociones de Roy de la enfermería, la persona, la salud y el entorno están relacionadas con este concepto base ⁹.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Indagar las causas psicosociales que generan malestar psicológico del adulto mayor, y si pueden crear un déficit de adaptación al envejecimiento según la Teoría de Adaptación de Callista Roy.

Objetivos secundarios:

1. Identificar los estímulos focales, contextuales y residuales que reciben los adultos mayores con malestar psicológico subjetivo.
2. Averiguar cuáles son los modos adaptativos psicosociales que pueden tener afectados
3. Conocer si podría ayudar enfermería en la adaptación del adulto mayor a su etapa vital.

METODOLOGÍA

Investigación cualitativa con posición teórica de fenomenología hermenéutica para conocer las percepciones individuales del adulto mayor sobre su experiencia en esta etapa vital desde su propia perspectiva.

La metodología de análisis del discurso se realizó clasificando la información obtenida mediante la teoría de RAM en los estímulos locales, contextuales y residuales (Tabla 1), y los modos de adaptación psicosociales: autoconcepto, función de rol e interdependencia (Tabla 2).

Tabla 1. Definición de los diferentes estímulos del RAM.

ESTÍMULOS FOCALES	ESTÍMULOS CONTEXTUALES	ESTÍMULOS RESIDUALES
Es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo. Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación ^{9, 10} .	Son aquellos que contribuyen al efecto o estímulo focal. Es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación ^{9, 10} .	Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual ^{9, 10} .

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Definición de los modos de adaptación psicosociales según el RAM.

AUTOCONCEPTO Conjunto de creencias y sentimientos que el individuo tiene sobre sí mismo en un momento dado. El autoconcepto está formado a partir de las percepciones internas y de las percepciones de los demás. Necesidad básica en este ámbito es la integridad psíquica o necesidad de que cada uno sepa quién es para poderse desarrollar. Diferencia entre el Yo físico y el Yo personal. El Yo físico incluye a la autoimagen y las sensaciones corporales y el Yo personal comprende la autoconsistencia (coherencia con uno mismo), el yo ideal (expectativas, metas y proyectos, integración efectiva del yo ideal, obstáculos para alcanzar las metas, incapacidad para progresar) y el yo ético moral (contempla el crecimiento ético-moral, los valores y las creencias) ^{9, 10}
FUNCTION DE ROL Conjunto de aquellos aspectos que se espera que realice una persona que ocupa una posición determinada cuando se relaciona con otra persona que ocupa otra posición. Necesidad básica: la integridad social ^{9, 10}
INTERDEPENDENCIA Se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo... Las relaciones dependientes entre sí afectan al deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como es amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidad, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento. Necesidad básica: integridad o seguridad relacional en el establecimiento de relaciones. ^{9, 10}

Fuente: Elaboración propia

La persona explora y recibe continuamente estímulos en su entorno, y así finalmente, se efectúa la reacción y se da paso a la adaptación. Esta reacción adaptativa puede ser eficaz o ineficaz. El principal objetivo de la enfermería es ayudar a las personas en sus esfuerzos de adaptación a los cambios producidos para que, como resultado, alcancen un nivel óptimo de bienestar¹⁰.

Como sistema vivo y abierto, la persona recibe estímulos tanto del ambiente como de sí misma. El nivel de adaptación está determinado por el conjunto de efectos que producen los estímulos focales, contextuales y residuales. Se consigue la adaptación cuando la persona reacciona a través de los modos de adaptación de manera positiva ante los cambios que percibe. Esta respuesta de adaptación estimula la integridad de la persona, lo que la conduce a tener

una buena salud. Las reacciones ineficaces ante los estímulos conllevan trastornos en la integridad de la persona^{9, 10}.

En el modelo de Roy existen dos subsistemas interrelacionados. El principal o funcional, que consta del regulador y del cognitivo. Y el secundario, o efector está formado por cuatro modos adaptativos: de necesidades fisiológicas, y de necesidades psicosociales del autoconcepto, del desempeño de roles y de la interdependencia⁹.

El regulador es innato, responde automáticamente a través del modo adaptativo fisiológico mediante procesos de afrontamiento neurológico, químico y endocrino. Por su parte, el subsistema de afrontamiento cognitivo es adquirido, y a través de cuatro canales cognitivo-emocionales: percepción/procesamiento de información, aprendizaje, juicio y emoción se expresan los modos adaptativos psicosociales de autoconcepto, desempeño de rol e interdependencia, los cuales son en los que se va a fijar la base de la investigación puesto que los aspectos fisiológicos son más que observados de manera sistemática tradicionalmente por la propia enfermería.^{9, 10}

La recogida de datos se realizó del 1/2/2016 hasta el 20/3/2016 y para ello se utilizaron una combinación de técnicas de recogida que aportan diferentes datos pero complementarias en su finalidad (Tabla 3):

Tabla 3. Justificación de las técnicas de recogida de información cualitativa.

1º. <u>Historias de vida</u> : Contextualiza la información obtenida, nos da una visión más holística de la persona y su discurso, y ayuda a la apertura de información para la posterior entrevista en profundidad.
2º. <u>Entrevista en profundidad</u> : indispensable para la inmersión en el tema.
3º. <u>Observación participante</u> : para completar y contrastar la información recabada y darle más validez.

Fuente: Elaboración propia

El proceso de captación se llevó a cabo entre los pacientes que acudían a revisiones rutinarias de enfermería durante el segundo modular de prácticas en el Centro de Salud Santo Grial de Huesca. La selección de la población fue por criterio de pertinencia intencional según determinados criterios (Tabla 5), y en dos fases (Tabla 4):

Tabla 4. Etapas en la selección de informantes.

1 ^a FASE	Realizada en la primera toma de contacto en la consulta de enfermería en horario de mañanas, y si la pasaban se les citaba para una segunda fase. <ul style="list-style-type: none">▪ El consentimiento informado se da de palabra tras informar de las condiciones del estudio y aceptar entrar en este.
2 ^a FASE	En los domicilios de los informantes, y tras estas se comenzaba la recogida de información que podía durar entre 3 y 5 días por las tardes

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Criterios de selección de la muestra.

CRITERIOS DE SELECCIÓN (1 ^a Fase)	JUSTIFICACIÓN
-Adulto mayor (≥ 80 años)	Grupo etario que preveo donde se puede encontrar más fácilmente y más agravado el fenómeno de estudio. Al ir a una edad más elevada conocemos todo lo que conlleva anteriormente, a donde lleva y cómo podríamos preverlo.
-Escala Moral de Philadelphia (16 items) <5 puntos (bienestar psicológico bajo) ¹¹	Se fundamenta en la multidimensionalidad del bienestar subjetivo y comprende 3 dimensiones: agitación, actitud hacia el envejecimiento y la insatisfacción ¹² .
-Test Pfeiffer ≤ 2 fallos (Sin deterioro cognitivo) ¹³	Garante de que su malestar no es por un deterioro cognitivo, y que la información y experiencia que aporta es bajo plenas facultades cognitivas
CRITERIOS DE SELECCIÓN (2 ^a Fase)	JUSTIFICACIÓN
-Barthel 91-99, 100 (dependencia escasa/independiente) ¹⁴	Eliminar la variable de la dependencia es necesaria para indagar la cuestión. Se realiza mediante la observación
-Test Yesavage (5 items) ¹⁵ : máximo 1 respuesta errónea (sin depresión)	Si tienen depresión, además de ser un área de otros profesionales, estará siendo sesgada la información por la enfermedad.
-Actitud colaborativa y riqueza de información	De manera que puedan arrojar luz sobre el fenómeno a estudiar.
-Que residan en sus domicilios, y sus descendientes residan total o parcialmente en su domicilio o vivan en la misma población y mantengan una estrecha relación.	Con la finalidad de acotar el estudio, y de aislar al máximo las circunstancias personales encaminadas al ideal.
- Envejecimiento primario (normal)	Para acotar las posibles causas, y en consonancia con una de las preguntas arrojadas en la introducción.
-Que hayan nacido y vivido siempre en España	Únicamente por la homogeneidad que da la convencionalidad cultural de una misma sociedad.
-Que manifiesten en sus relatos haber vivido una vida plena y satisfactoria.	Con la finalidad de que el posible problema en los modos de adaptación no sea un patrón seguido durante su vida, y así aislar el fenómeno a la etapa vital de estudio. Esto se descubre mediante las Historias de Vida.

Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS

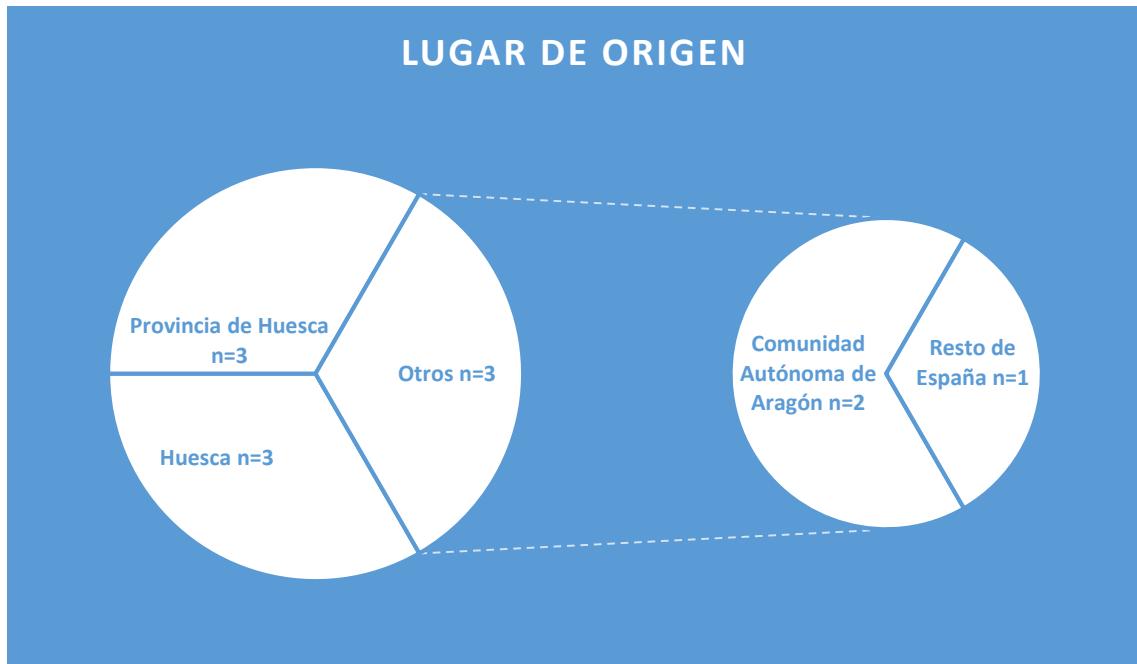
Se escogieron a 20 personas que acudieron al Centro de Salud que tuvieran 80 o más años, de los cuales en la primera fase no entraron 6 por tener un bienestar subjetivo medio/alto, y 5 más salieron del estudio en una segunda fase por las siguientes causas:

- 1 presentaba deterioro cognitivo
- 2 tenían depresión
- 2 no aportaron riqueza de información

Tras esto quedó una muestra de $n=9$ (6 mujeres y 3 hombres), y debido a la riqueza de información aportada por la población participante, la saturación de datos sobre el fenómeno estudiado se consiguió con el séptimo informante de los nueve que se entrevistaron.

Aunque todos los informantes se encontraban en Huesca actualmente residiendo, los orígenes de algunos de estos eran diferentes (Gráfica 1):

Gráfica 1. Procedencia original de los informantes.



Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS CUALITATIVO (Tabla 6 y Tabla 7)

Tabla 6. Clasificación de los resultados en los diferentes estímulos del RAM.

ESTÍMULOS FOCALES	ESTÍMULOS CONTEXTUALES	ESTÍMULOS RESIDUALES
<ul style="list-style-type: none"> -Percepción de ser poco o nada útiles. -Envejecimiento como etapa final ligada a la muerte o la dependencia, y la edad cronológica como principal limitación. -Empeoramiento físico y mental. -Falta de reconocimiento y respeto. -Pérdida del empoderamiento (toma de sus propias decisiones y de la gestión de su propio tiempo) -Buen trato familiar en cuanto al afecto y como valor lo más importante. -Invisibilidad social -Disminución del status familiar, social y cultural. -Percepción de las personas de su edad desalentadora por su situación -Incertidumbre del futuro. -Aburrimiento y dificultad para divertirse por su condición de "anciano". -Incapacidad para realizar lo que venía haciendo de joven. -Expectativa de la sociedad de ser individuos prescindibles 	<ul style="list-style-type: none"> -Estereotipos y autoestereotipos negativos sobre el envejecimiento (dependientes, seniles, rígidos e inflexibles, inactivos, irritables, infantiles...) -Comentarios edadistas por parte de la sociedad en general y los profesionales sanitarios en concreto -Familia y sociedad minusvalora las capacidades reales del adulto mayor -Creencia social de que solo es útil quien produce mediante el trabajo -Experiencias previas vividas o contadas -Falta de preparación para la gestión del envejecimiento -Creencia de que no puede aprender nada nuevo. -Crisis de valores sociales -Inquietudes no satisfechas -Pérdida de apoyos 	<ul style="list-style-type: none"> -Mayor madurez psicoafectiva -Coexistencia intergeneracional o verticalización familiar - El adulto vive más años en el papel de hijo de un parente de edad que como parente de su propio hijo hasta que cumple los 18 años -Retraso de la autonomía residencial (dilatación de la convivencia y principio de reciprocidad dudoso) -Medios de comunicación -Sistema educativo

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. Clasificación de los resultados según los modos de adaptación psicosocial del RAM

MODO DE ADAPTACIÓN	NECESIDAD DE AFRONTAMIENTO
AUTOCONCEPTO	<p><u>YO FÍSICO</u></p> <p><u>Sensación corporal</u>: El envejecimiento se vive como pérdida, mantienen un sentimiento negativo sobre el propio ser físico representado como enfermo.</p> <p><u>Imagen corporal</u>: Se perciben bajo una visión negativa del propio organismo y del aspecto físico decrepito y decadente.</p> <p><u>YO PERSONAL</u></p> <p><u>Autoconsistencia</u>: Existe una incoherencia entre las creencias sobre sí mismos que difieren con su funcionalidad y estado físico/mental real, siendo la edad el principal obstáculo. Ambivalencia de sentimientos y emociones sobre sí mismos. Baja autoestima no siempre muy evidente.</p> <p><u>Yo ideal o autoexpectativas</u>: Mantienen una visión negativa y desesperanzada de lo que son, lo que esperan ser y lo que esperan hacer. Tienen unas bajas expectativas fijadas en únicamente mantenerse como están, sin metas ni proyectos más allá de no empeorar y ayudar en casa y actúan en consecuencia. Existe un malestar psicológico y alienación.</p> <p><u>Yo moral-espiritual-ético</u>: Mantienen una evaluación negativa de su condición de adulto mayor, puesto que sus valores los sienten como inservibles o poco valorados actualmente.</p>
FUNCIÓN DE ROL	<ul style="list-style-type: none"> · Rol primario: adulto mayor, hombre/mujer · Rol secundario: esposo/a, madre/padre, abuelo/a · Rol terciario: agente pasivo, dependiente, cuidador <p>El papel social que desempeñan es nulo según su percepción y está en consonancia con la visión que tienen sobre la expectativa que tiene la sociedad sobre ellos, pero insatisfactoriamente debido a la pérdida de status percibido y falta de claridad de su propio rol social y familiar que se ha producido en una transición de rol al pasar a ser adulto mayor.</p>

INTERDEPENDENCIA	<p>La integridad relacional la tienen afectada, puesto que reciben amor, aprecio y afecto de las personas cercanas y significativas pero se ven generalmente carentes del respeto y valor que creen que deberían recibir.</p> <p>Existe un desequilibrio entre la relación de interdependencia en el que sienten un alto grado de dependencia de las otras personas, pero no manifiestan ser tan necesarias para el resto como los son el resto para ellos.</p> <p>Existe un deterioro de las relaciones extrafamiliares.</p>
-------------------------	---

Fuente: Elaboración propia.

A continuación se exponen algunas de las frases más destacables de los informantes (Tabla 8):

Tabla 8. Verbatim

VERBATUM
"Recuerdo a los ancianos encantadores... la gente joven más educados con ellos, se les tenía más respeto, más en cuenta... eran más importantes para la familia y la sociedad... ahora importamos muy poco los viejos...nadie te hace caso..." (E.1)
"...antes había otros valores...del respeto y la humanidad digamos...ahora ya no se tienen...y es lamentable...yo creo que de eso viene que ahora la gente mayor estamos como digo yo, marginados...pero hay que aguantarse, es la sociedad en la que vivimos y tenemos que amoldarnos a lo que hay..."(E.6)
"...a veces no entiendo los valores de ahora...antes eran se le daba más importancia a las cosas...los valores han cambiado..."(E.2)
"...me gustaría que se nos tuviera más en cuenta...valemos más de lo que se creen...ser mayor no está bien considerado..."(E.3)
"...estamos muy minusvalorados por la gente...hasta la gente mayor creen que vales poco..."(E.4)
"Ahora me tengo que privar de hacer muchas cosas que antes hacía... es complicado divertirse... cuando me aburro cavilo mucho, la cabeza nunca para..."(E.8)
"...hay cosas que me gustaría hacer, pero ahora no tengo tiempo...hay que ayudar a los hijos..."(E.7)
"...los mayores no estamos bien considerados del todo...podríamos aportar muchas cosas porque hemos vivido más...¿Qué hacemos con todo eso?...no tenemos un sitio en la sociedad..."(E.5)
"...a veces piensan que nuestra palabra no tiene valor...que chocheamos y no nos damos cuenta de las cosas...como que estamos ya mayores..."(E.9)
"...la sociedad no espera nada de nosotros...que estemos quietos...en casa o en una residencia a que pase el tiempo...y que demos poco mal..."(E.1)

"Lo que más vale es la experiencia que tenemos, pero eso hoy en día no es útil...pero es lo que más nos ayuda para intentar llevar la vida..."(E.6)

"Lo más valioso de envejecer es la experiencia, pero eso no vale, es como que lo viejo está desfasado...es como si ya no pudieras aportarles nada..."(E.7)

"...hemos dado mucho a la sociedad...parece que ahora no tengamos derecho a casi nada...solo esperan que nos evaporemos..."(E.8)

"Envejecer es lo más penoso, es muy doloroso hacerse mayor, es una pérdida muy grande..." (E.7)

"...yo me encuentro bien de salud, pero hacerse viejo es una perdida muy gorda...es como es final que digo yo...es un poco raro, es como acercándote a allá..."(E.2)

"...la viejera la llevo mal porque veo que ya no voy a pasar de aquí...los viejos se mueren."(E.4)

"...antes a las edades estas se veían más perjudicados, más viejos...yo con 81 años que tengo...no me lo creo...pero como pesan los años jomio..."(E.2)

"...los hijos no siempre te dejan decidir porque piensan que chocheas, pero me tratan muy bien, la familia es lo más importante..."(E.1)

"...bien se vale de los hijos que me cuidan...ya no valgo para nada..."(E.6)

"...los hijos y nietos creen que lo que ellos piensan es lo correcto, más que lo nuestro... que no digo que lo que yo piense es mejor...ni siempre...no se...pero te toca callar y ya está...y con las decisiones igual...te dicen para aquí, pues vale..."(E.5)

"...mis hijas a veces deciden cosas por mí sin pensar en lo que yo quiero...como si no supiera lo que necesito...pero porque haya paz, pues te callas..."(E.2)

"...a veces los jóvenes de casa nos organizan la vida como a ellos les parece...no se dan cuenta que ellos lo hacen a su gusto, no al nuestro."(E.7)

"No cuentan con nosotros en las decisiones...y da igual lo que digas...se hace lo que digan los jóvenes...que quizás esté yo equivocada a veces, seguro que sí...pero tampoco se puede sentar uno a hablar, lo deciden y punto..."(E.4)

"...la familia a veces te trata como niños...la hija por ejemplo, a veces me trata mal, no mal, como si yo no supiera de nada...no se por qué. Se cree que no soy consciente de según qué cosas, pero la que no es consciente es ella...pero se le da la razón y ya está..."(E.9)

"...tengo miedo de perder la cabeza...nos pasa a los mayores...cuentan cada cosa...los hijos dicen que he perdido memoria y enseguida te mandan al médico..."(E.1)

"...ya no tengo edad para hacer nada...las cosas se han de hacer de joven...ya no tengo ilusiones, ni cosas que hacer...ya desistes de todo..."(E.3)

"...nadie está preparado para envejecer...nadie se piensa en cuando será viejo..."(E.1)

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Llegados a esta etapa vital, el adulto mayor puede verse superado por el paso de los años. Desprovistos de las características que los han acompañado la mayor parte de su vida, perciben esos cambios como pérdidas, decrepitud y cercanía a la muerte, al igual que la visión de algunas teorías biológicas¹⁶, así como lo que mantienen los propios clichés extendidos culturalmente.

Esto les puede generar una crisis de identidad que pueden deteriorar la autoestima. Y aunque presentan una buena capacidad tanto física como mental, perciben la edad cronológica como una de las principales limitaciones. La perspectiva teórica del ciclo vital asegura que la manera de envejecer está condicionada por el empirismo en la vida, la cultura y creencias¹⁶, lo que justificaría como las experiencias pasadas de gente de su edad percibidas como gente muy mayor y deteriorada, o la devaluación de la experiencia, y las creencias arraigadas sobre el envejecimiento podrían condicionarlos.

Esto repercute en la idealización de su ser y objetivos vitales que puedan marcarse, desprovistos de cualquier motivación, abandonándose y sufriendo una crisis existencial.

Existe una ruptura entre lo que venían haciendo durante toda su vida y lo que parece más apropiado que hagan ahora. Han perdido el rol social y familiar establecido, existe una relación desigual de interdependencia, y sin cumplir una función percibida como necesaria, pueden experimentar insatisfacción, pérdida del sentido de utilidad, de realización personal, etc. y así sufrir una crisis de pertenencia.

La familia juega un papel fundamental, ya que puede considerarse el principal soporte social del adulto mayor, pero es importante reseñar la tendencia que asumen los hijos por sus progenitores adultos como “objeto” de cuidado, llegando a la sobreprotección. Esta idea no es aceptada por el adulto mayor, sin embargo a pesar de su insatisfacción, ellos son los portadores de prejuicios acerca de su dificultad de continuar aportando algo que no sea la familia y no son conscientes de sus propias necesidades de desarrollo personal. Esto termina por fortalecer una relación de dependencia personal y pérdida de autonomía que se acrecienta a medida que pasa el tiempo, y fomentando el aislamiento y el malestar.

Así aparece un tiempo vacío y una limitación de las oportunidades de comunicación interpersonal fuera del hogar que aunque no se encuentra como una de sus prioridades necesarias, cuando estas se producen las reconocen como satisfactorias.

Estos resultados discrepan con la Teoría de la Desvinculación en la que dice como esta separación social y pérdida de roles es buscada por el anciano y hace que se sienta feliz y satisfecho. Por contra, la Teoría de la Actividad sostiene que como seres sociales hemos de sentirnos parte del grupo como individuos útiles, importantes e interdependientes, por lo que se necesita un mantenimiento de roles y actividad para que el individuo no se torne inadaptado y alienado de la situación y sí mismo¹⁶.

Esto podría tener una consecuencia directa sobre la enfermedad y dependencia de los adultos mayores, ya que como asegura un reciente estudio longitudinal, las actitudes negativas frente al envejecimiento tienen implicaciones directas sobre la salud física y cognitiva en la edad avanzada¹⁷.

El cambio en la capacidad adaptativa puede suceder en cualquier etapa¹⁶, como se demuestra en estos resultados de personas que han vivido una vida plena, llegados a la vejez han desarrollado modos de adaptación ineficaces, pero no como sostiene la visión biológica¹⁶, sino por contextos del entorno que les pueden obligar a responder de esta manera. Así pues, aun llegados a este término, una persona tiene capacidad para modificar y reconducir las estrategias de afrontamiento a cualquier edad mediante el aprendizaje¹⁶.

"El hombre nunca acaba su proceso de construcción" Heidegger

Es importante reseñar la disposición que han tenido los informantes a la hora de colaborar, siempre abiertos a contar sus vivencias y expresarse respecto al tema que aquí ocupa de una manera magistral. Son los mayores un recurso inagotable de experiencia que no dudan en compartir, lo que demuestra que es un grupo que necesita y quiere hablar.

El hecho de ser estudiante de enfermería ha facilitado las cosas, ya que ellos tienen una buena consideración de esta profesión en la que confían y depositan unas expectativas muy positivas.

Por otro lado, es necesario hablar del esfuerzo añadido que ha sido trabajar con el RAM y el tiempo extra que se ha utilizado en su estudio y profundización, así como poder contactar con la Doctora Roy para solicitar una herramienta que posteriormente se desechó, y con una doctoranda suya para comentar aspectos del RAM.

La limitación de espacio y tiempo no ha permitido plasmar y profundizar todo lo deseado en el estudio, pero permite visualizar nuevos frentes de trabajo e investigación como podría ser la “Educación para el Envejecimiento”.

Con esto, se concluye que:

1. Según el modelo utilizado los factores psicosociales influyentes en un déficit de adaptación al envejecimiento podrían estar relacionados con el autoconcepto negativo, la función de rol que desempeñan está desvirtuada y las relaciones de interdependencia desiguales.

El RAM por tanto ha sido positivo en cuanto:

- Ser adecuado para la explicación del fenómeno.
 - Lo novedoso de utilizarse para investigar la adaptación al envejecimiento.
2. La familia como principal apoyo social del adulto mayor puede ser generadora de seguridad, pero si los descendientes asumen un papel dominante ante la duda de cómo abordar el adulto mayor su etapa vital pueden interferir en las necesidades de desarrollo personal con todo lo que ello conlleva.
 3. La edad cronológica en sí actúa como limitador del desarrollo debido a un inadecuado proceso de autopercepción y creencias arraigadas basadas en su experiencia pasada y debido a los propios estereotipos.

4. El exceso de tiempo libre por no saber con que ocuparlo puede repercutir gravemente en la satisfacción. También puede ocurrir lo contrario, que no sean dueños de su tiempo libre, haya una sobrecarga de tareas del hogar que no les permitan realizar actividades.

5. Nos han educado, mejor o peor, para vivir la vida característica de un ser adulto con todas las facultades en pleno auge, pero nadie nos ha preparado para envejecer. Todo el mundo deseamos cumplir muchos años, pero no todo el mundo sabe cómo abordar esta etapa vital y existencial.

6. Enfermería por su disposición y contacto permanente con la persona, así como por su formación, se encuentra en una posición privilegiada para preparar y concienciar a la población envejecida y que envejece para los posibles cambios en la tercera y cuarta edad. En este contexto es donde se podría desarrollar el cuerpo de conocimientos de la "Educación para el Envejecimiento".

7. Es necesario hacer un esfuerzo por tomar conciencia del edadismo que proyectamos la sociedad, empezando por nuestra propia profesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abades M, Rayón E. El envejecimiento en España: ¿Un reto o un problema social?. *Gerokomos* [Internet]. 2012 [Consultado el 28 de diciembre de 2015]; 23(4): 151-155. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v23n4/comunicacion1.pdf>
2. OECD. Life expectancy and healthy life expectancy at age 65", in *Health at a Glance 2015: OECD Indicators* [Internet]. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development. [Actualizado 4 de noviembre de 2015; consultado 1 de abril de 2016]. Disponible en:
<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071e.pdf?Expires=1459159454&id=id&accname=guest&checksum=CE513A1719745F477787D0F0B7A674AC>
3. ABELLÁN A, PUJOL R. Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid: Informes Envejecimiento en red nº 14. [Actualizado 22 de enero de 2016; consultado 24 de enero de 2016]. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>
4. López A. La vigencia de los clásicos: el ejemplo de Cicerón. *Gerokomos* [Internet]. 2013 [Consultado el 23 de diciembre de 2015]; 24(2): 56-62. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Bobbio N. *De senectute*. Madrid: Taurus; 2000

6. Levi-Montalcini R. El as en la manga. Barcelona: Crítica; 1999
7. Eliopoulos C. Enfermería gerontológica. 8^a ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health España; 2014.
8. Melero-Lacasia A, García-Orelán. Aportación de la metodología cualitativa en estudios de enfermería sobre la percepción del paciente. Nure Inv [Internet]. 2016 [Consultado el 19 de enero de 2016]; 13(80): [aprox. 7p.]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/700/692>
9. Alligood MR. Modelos y teorías de enfermería. 8^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.
10. Roy C, Andrews HA. The Roy Adaptation Model. 3rd edition. NJ: Pearson; 2009
11. Montorio I. Escala moral de Philadelphia de Lawton adaptada al español [Internet]. 1990 [Consultado el 1 de enero de 2016]. Disponible en: http://infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/moral_piladelphia.pdf
12. Valdés M, Rodríguez JF. Bienestar subjetivo en ancianos: análisis por medio de series temporales breves. Apunt. Psicol. [Internet]. 2003 [Consultado el 30 de diciembre de 2015]; 21(1): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2225413>
13. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud [Internet]. Sevilla: Test de Pfeiffer versión Española [Actualizado el 7 de abril de 2016; Consultado el 10 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT6_DetCognitivo_Pfeiffer.pdf

14. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud [Internet]. Sevilla: Barthel [Actualizado el 7 de abril de 2016; Consultado el 10 de abril de 2016]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT4_AutoAVD_Barthel.pdf
15. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud [Internet]. Sevilla: Escala de depresión geriátrica, Test Yesavage [Actualizado el 7 de abril de 2016; Consultado el 10 de abril de 2016]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT7_TestDepGeriatYesavage.pdf
16. Ballesteros S. Gerontología: Un saber multidisciplinar. Madrid: Universitas; 2008.
17. Donoghue O, O'Connell M, Kenny RA. Walking to wellbeing: Physical Activity, Social Participation and Psychological Health in Irish adults aged 50 years and Older [Internet]. Dublin: Trinity College Dublin; 2016 [Consultado 6 de abril de 2016]. Disponible en:
<http://tilda.tcd.ie/assets/pdf/Physical%20Activity%20Report.pdf>

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por su ayuda, comprensión y apoyo incondicional durante toda la carrera, y sobre todo por transmitirme los valores necesarios e importantes en la vida, y que de tanto me han servido para llevar a cabo este trabajo.

A Marisa Mata por escucharme e impulsar esta idea desde el principio con la seguridad que aporta su experiencia, y la confianza que solo puede transmitir una gran persona.

A mis directores de Trabajo Final de Grado, Pedro Pérez y Carmen Tosat, por su implicación en el desarrollo de la disciplina enfermera y guiarme en la investigación cualitativa.

A Elena Monzón (DUE del C.S Santo Grial) por su colaboración.

A la Doctora Callista Roy, su asistente Alyssa Hopper y su doctoranda Cibeles Moreno por su disposición y recomendaciones.

Y por último, aunque no menos importante, a todos los adultos mayores que quisieron colaborar y sin dudarlo se mostraron abiertos a contar su visión de la vida, sus experiencias e inquietudes y me acogieron en sus casas para mostrarme algo más que su hogar, su mundo interno y pensamientos. Con ello no solo he desarrollado el trabajo que aquí he plasmado, sino que además me llevo para mí una experiencia única de crecimiento personal y riqueza interior.

ANEXO 1

Tabla 9. Codificación de las entrevistas e informantes

CÓDIGO	ENTREVISTA Nº	SEXO	EDAD
E.1	Entrevista 1	Mujer	92
E.2	Entrevista 2	Mujer	81
E.3	Entrevista 3	Hombre	84
E.4	Entrevista 4	Hombre	83
E.5	Entrevista 5	Mujer	80
E.6	Entrevista 6	Mujer	86
E.7	Entrevista 7	Mujer	82
E.8	Entrevista 8	Hombre	80
E.9	Entrevista 9	Mujer	88

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 2

Tabla 10. Definición de los principales elementos del RAM.

ELEMENTOS CONCEPTUALES DEL MODELO DE ADAPTACION DE ROY	
CONCEPTO	DEFINICIÓN
Persona	<p>Es un sistema adaptativo y, como en cualquier sistema, el individuo experimenta un proceso interno de adaptación para mantener su integridad.</p> <p>En este proceso intervienen los subsistemas cognitivo y regulador que actúan sobre las respuestas de la persona en cuatro modos adaptativos: fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia.</p>
Ambiente	<p>Roy lo define como Todas las condiciones, circunstancias y las influencias que rodean y afectan el desarrollo y comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, con especial consideración del ser humano y los recursos de la tierra. En el ambiente existen estímulos que al entrar en contacto con las personas generan unas respuestas. Estos estímulos pueden ser focales, contextuales o residuales. El estímulo focal puede verse afectado positiva o negativamente por los estímulos contextuales y residuales. El estímulo focal puede verse afectado positiva o negativamente por los estímulos contextuales y residuales.</p>
Estímulo	<p>La definición de Roy es Aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción entre el sistema humano y el ambiente. Puede proceder del exterior (estímulo externo) o del interior de la persona (estímulo interno)</p> <p>El entorno de las personas está cambiando continuamente y muchos de estos estímulos no se perciben, no se es consciente de ellos. Sin embargo, estos estímulos pueden hacerse conscientes y convertirse en estímulos focales, tanto positiva como negativamente implicando una respuesta del individuo o de la comunidad. Los estímulos contextuales son aquellos que se presentan en una situación que contribuye a afectar al estímulo focal. Los estímulos residuales son los factores ambientales, internos o externos, cuyos efectos no perceptibles ante la situación concreta y que tienen que ver fundamentalmente con la experiencia y los valores socioculturales adquiridos.</p>

Conductas	<p>Las conductas en el Modelo de Roy se definen en el sentido más amplio como las acciones y reacciones internas o externas que se dan bajo unas circunstancias específicas.</p> <p>Estas respuestas no se limitan a los problemas, necesidades o carencias sino que incluye todas las respuestas del sistema adaptativo humano.</p> <p>Las conductas son la salida del sistema por lo que la enfermera puede comprobar si son adaptativas o no. Muchas veces son observables y medibles, pero en ocasiones, los datos proceden de la información aportada por las personas.</p> <p>Las respuestas adaptativas son aquellas que promueven la integridad de las personas en términos de supervivencia, crecimiento, reproducción, dominio o transformación. Las respuestas no adaptativas son las que no promueven la integridad y no contribuyen a la adaptación de las personas.</p>
Sistema adaptativo humano	<p>El sistema humano se describe como un conjunto de piezas que funcionan como una unidad para algún propósito.</p> <p>Incluye a las personas, familias, comunidades, organizaciones y la sociedad como un todo. Por ello establece diferentes niveles de análisis entre los sistemas y modos adaptativos del individuo y los de los grupos.</p>
Nivel de adaptación	<p>Representa la condición de los procesos de vida descritos en tres niveles como integrado, compensatorio y comprometido.</p> <p>Nos permite identificar cuando el proceso vital está en un nivel integrado, compensado o comprometido y cómo los estímulos pueden producir cambios en el nivel adaptativo.</p> <p>El término integrado se refiere a cuando estructura y las funciones vitales están intactas y trabajando para satisfacer las necesidades humanas. El nivel compensatorio implica que el sistema cognitivo y regulador se han activado y se produce un cambio en el proceso que antes estaba integrado. El nivel comprometido aparece cuando el nivel integrado y el compensatorio son inadecuados. Es en esta situación cuando surge un problema adaptativo en el que debe intervenir la enfermera.</p>
Salud	<p>Es definida como Un estado y el proceso de ser y de favorecer la integración y la integridad.</p> <p>La salud es el reflejo de que la interacción de las personas con el entorno es adaptativa. Las respuestas adaptativas mantienen la integridad de los individuos y cuando el nivel de adaptación es ineficaz, aparecen los problemas de salud.</p>

Metas de la enfermería	La función de la Enfermería es, como la de otros profesionales, promocionar la salud, pero en nuestro caso sería hacerlo fomentando la adaptación de los individuos y grupos en cada uno de los cuatro modos adaptativos (fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia) que contribuyen a la salud, a la calidad de vida y a morir con dignidad.
El abordaje enfermero	Implica la valoración de las conductas y los factores que afectan a la adaptación e intervenir para promover las habilidades adaptativas.

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 3

Escala Moral de Philadelphia

Lawton, 1972 (Adaptación de I. Montoso. UAM. Dpto. Psicología biológica y de la salud)

Fue diseñada por Lawton en 1972 y se trata de una escala basada en el concepto multidimensional de bienestar psicológico, que parte del supuesto de que un estado de ánimo elevado, se caracterizaría por la sensación de satisfacción con uno mismo, un sentimiento de que “uno tiene un sitio en esta vida” y la aceptación de lo que no se puede cambiar.

1. ¿A medida que se va haciendo mayor, se ponen las cosas peor para usted?	Si	No
2. ¿Tiene usted tanta energía como el año pasado?	Si	No
3. ¿Se siente usted solo?	Si	No
4. ¿Le molestan ahora más las cosas pequeñas que antes?	Si	No
5. ¿Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil?	Si	No
6. ¿A veces está tan preocupado que no puede dormir?	Si	No
7. ¿Según se va haciendo mayor las cosas son mejor <input type="checkbox"/> , peor <input type="checkbox"/> igual <input type="checkbox"/> que lo que usted pensó que serían?		
8. ¿A veces siente que la vida no merece ser vivida?	Si	No
9. ¿Ahora es usted tan feliz como cuando era más joven?	Si	No
10. ¿Tienes muchas razones por las que estar triste?	Si	No
11. ¿Tiene miedo de muchas cosas?	Si	No
12. ¿Se siente más irascible que antes?	Si	No
13. ¿La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil?	Si	No
14. ¿Cómo está de satisfecho con su vida ahora? Satisfecho <input type="checkbox"/> no satisfecho <input type="checkbox"/>		
15. ¿Se toma las cosas a pecho?	Si	No
16. ¿Se altera o angustia fácilmente?	Si	No



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-.

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
PUNTUACIÓN TOTAL	



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

7.2 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE–

Población diana: Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Existen dos versiones:

- **Versión de 15:** Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntuá 1. Los puntos de corte son:
 - 0 - 4 : Normal
 - 5 ó +: Depresión
- **Versión de 5 ítems:** Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntuá 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -BARTHÉL-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse –

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro



Micción - valorar la situación en la semana previa –

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado

Deambulación

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Fecha						
Puntuación Total						