



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA
EN PACIENTES FRÁGILES
INSTITUCIONALIZADOS**

Autor/a: Lorena Nieto Álvarez

Tutor/a: Dra. Virtudes Niño Martín

Cotutor/a: Dra. Rosa López Mongil

RESUMEN

Introducción. La adherencia terapéutica incluye el seguimiento de una dieta, el estilo de vida o la toma de medicación, según las instrucciones médicas.

En la actualidad se entiende como anciano frágil aquel que presenta mayor riesgo de morbilidad y mortalidad debido a la reducción de sus reservas funcionales.

La adherencia a los tratamientos es necesaria para asegurar el bienestar de los pacientes ancianos y, en concreto, de aquellos que presentan fragilidad. El incumplimiento de las pautas sanitarias aumenta las complicaciones y los efectos adversos, provocando un aumento del gasto sanitario.

Objetivo. Analizar la situación de la población frágil institucionalizada en un centro asistencial, con respecto a la adherencia terapéutica.

Método. Para la evaluación y detección de la adherencia terapéutica en pacientes frágiles institucionalizados se realizó un estudio de campo, teniendo en cuenta criterios de inclusión y exclusión y analizando posteriormente los resultados de 7 cuestionarios diferentes.

Resultados. Una vez que los pacientes son institucionalizados pierden el control total de su medicación, favoreciendo el siguiente sistema de retroalimentación: no adherencia al tratamiento ↔ dependencia ↔ fragilidad.

Conclusión. La detección, prevención y una correcta actuación es determinante para proteger a los pacientes de posibles complicaciones asociadas al no cumplimiento. Es importante hacer a los mayores partícipes de su cuidado ya que, la no adherencia terapéutica implica un mayor riesgo de dependencia por parte del anciano mayor y, con ello, una menor calidad de vida y fragilidad.

Palabras clave: adherencia terapéutica, fragilidad, institucionalizados y Enfermería.

ÍNDICE

GENERAL

1. Introducción/Justificación	4
2. Hipótesis y objetivos	1
3. Metodología	6
4. Resultados	11
5. Discusión	16
6. Conclusiones	21
7. Bibliografía	22
8. Anexos	25

DE FIGURAS:

1. Figura 1	11
2. Figura 2	12
3. Figura 3	14
4. Figura 4	15

ABREVIATURAS

SNS: Sistema Nacional de Salud.

CCAA: Comunidades Autónomas.

UE: Unión Europea.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.

SEGG: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo propone la realización de un estudio de investigación en el que se analizará la adherencia terapéutica de pacientes que cumplan criterios de fragilidad y estén institucionalizados en el centro asistencial Doctor Villacián. De esta forma podremos identificar los aspectos que son susceptibles de mejora y que las personas tomen conciencia de su propio tratamiento (farmacológico y no farmacológico), estableciendo, si fuese necesario, un protocolo de actuación.

Conocer toda esta información es importante para que el SNS, el Gobierno y las propias CCAA puedan planificar y desarrollar estrategias e intervenciones en salud en la población de adultos mayores frágiles.

Actualmente, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Se estima que hoy en día hay 125 millones de personas con 80 años o más. En un futuro próximo existirán aproximadamente 1200 millones de ancianos, de los cuales el 30% serán mayores de 80 años en los países desarrollados y, el 12%, en los países en vías de desarrollo^{1,2}. Hay un incremento del número de personas mayores, sobre todo en los países desarrollados, lo que se denomina envejecimiento poblacional. Este envejecimiento poblacional está causado por una disminución de la natalidad y una mayor esperanza de vida. Estudios señalan que España es uno de los países más envejecidos de la UE debido a la mejora de las condiciones sanitarias y de vida³.

Según la OMS, en 1990 España tenía una esperanza de vida de 77 años. Según datos del INE, entre 1994 y 2014 la esperanza de vida en los hombres ha pasado de 74'4 a 80'1 años y en las mujeres de 81'6 a 85'6 años⁴. Las mismas estadísticas demuestran que el 22% de la población total en España tiene más de 60 años. Es importante conocer estos datos para darnos cuenta de que, actualmente, España cuenta con una población envejecida.

Esta transición demográfica es importante desde el punto de vista económico, biomédico y social, ya que los ancianos son considerados los mayores consumidores de fármacos y servicios de salud. La cronicidad, la pluripatología

y, con ello, la polimedicación se asocia a una menor adherencia terapéutica. Del mismo modo, también influye sobre la estructura y dinámica de la familia, desde el punto de vista social, ya que, los adultos mayores con más frecuencia son institucionalizados, lo que acelera el deterioro y aumenta el grado de dependencia^{5,6}.

Las investigaciones sobre el tema van adquiriendo cada vez más importancia debido a que, ya que se viven más años³ es esencial que se haga con la mayor calidad de vida posible. La característica principal del envejecimiento humano es la pérdida de la reserva funcional. A mayor pérdida de reserva funcional, mayor será la susceptibilidad de la persona ante agresiones externas. Unido a la disminución de la capacidad funcional, relacionado con el anciano mayor, encontramos los conceptos de fragilidad y anciano frágil. Diagnosticar al anciano frágil lo antes posible y realizar las técnicas oportunas para mejorar la dependencia y la discapacidad de la persona tiene consecuencias en la morbilidad, caídas, hospitalizaciones, en la calidad de vida e incluso en la muerte de los pacientes afectados⁶.

El tema de la fragilidad es tan importante que, en la década de los 90, las bases de la valoración geriátrica se centraron en este asunto y, además, se ha planteado que la medicina geriátrica deba dirigirse concretamente al anciano frágil⁷.

Podemos definir la fragilidad como un estado fisiológico en el que predomina la vulnerabilidad de la persona a los factores de estrés, los cuales disminuyen las reservas o los sistemas fisiológicos. La definición más usada dice que en un paciente frágil deben aparecer al menos tres de los siguientes criterios: más de 10 libras de pérdida de peso involuntario durante más de 1 año, fuerza de prensión débil, agotamiento, velocidad de la marcha lenta y escasa actividad física^{8,9}.

El término fragilidad es relativamente reciente y se ha demostrado que la presencia de este proceso está íntimamente relacionada con la afectación de las AIVD. Estas personas necesitan ayuda para realizarlas y es un indicador temprano de deterioro funcional, con implicación importante para la calidad de vida de los individuos afectados⁹.

La adherencia terapéutica fue definida por la OMS y citada por Virtudes Niño Martín como *“el grado en el que el comportamiento del paciente se corresponde con lo acordado o recomendado por los profesionales de la salud, en lo que se refiere a la toma de su medicación, en el seguimiento de una alimentación adecuada o en los cambios en su estilo de vida”*¹⁰. Esta definición está basada en la de Haynes para el término cumplimiento terapéutico: *“grado en el cual la conducta de una persona, en términos de tomar una medicación o efectuar cambios en el estilo de vida, coincide con las recomendaciones médicas o higiénico sanitarias”*¹¹. La principal diferencia recae en que, para la adherencia al tratamiento, necesitamos la colaboración del paciente con el profesional sanitario en aquellas decisiones que formen parte de su salud¹².

Se define el cumplimiento terapéutico como *“el grado en el que un paciente sigue las recomendaciones del prescriptor”*¹³. En esta definición se denota una actitud pasiva del paciente, así como un papel de sometimiento y docilidad ante una orden, derivada de una relación entre profesional y paciente^{11,12}.

El incumplimiento terapéutico es un diagnóstico enfermero y así queda reflejado en la clasificación NANDA, como la *“conducta de una persona o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona y un profesional de la salud (...)”*¹⁴.

La OMS, citada por Martín Alfonso, asegura que la principal causa de que los medicamentos no aporten todos los beneficios posibles a los pacientes es el incumplimiento del tratamiento, lo que tiene múltiples consecuencias negativas hacia el paciente, entre otras: peores resultados en términos de salud, aumento de la demanda de los servicios sanitarios, alto nivel de morbimortalidad, mayores costes económicos derivados de todo lo anterior, etcétera¹⁵.

En distintos estudios se describe una prevalencia de polimedicación de un 33'77% en la población mayor a 65 años. El número de medicamentos por paciente oscila entre un 4'2 y un 11'2 al día y, si tenemos en cuenta la automedicación, esta cifra asciende a más de 5 medicamentos/día/anciano, como mínimo^{16,17}.

Por tanto, la no adherencia terapéutica en los ancianos se convierte en una prioridad para los profesionales de la sanidad, teniendo en cuenta que este grupo de población constituye el 17% en España y que consumen el 73% del gasto farmacéutico¹⁸.

En cuanto al proceso de envejecimiento podemos decir que la prevalencia de enfermedades crónicas y de incapacidades aumenta a medida que aumenta la edad, lo que conlleva a una mayor utilización de fármacos por parte de la población anciana. Además, los cambios psicosociales (vivir solo, cambiar frecuentemente de domicilio, la institucionalización, la disminución de ingresos económicos, etcétera) se relacionan también con una baja adherencia terapéutica¹⁹.

JUSTIFICACIÓN

La decisión de realizar este trabajo es debido a la consideración de que dos de las funciones más importantes de Enfermería son, por una parte la preparación y la administración de medicamentos y, por otra, la educación sanitaria. Enfermería debe hacer partícipe a la persona de su propio cuidado, para lo cual es necesario mantener un grado de motivación adecuado. Además, la relación persona institucionalizada, fragilidad y adherencia terapéutica es un tema prácticamente no estudiado.

Cuando una persona pasa a formar parte de un centro asistencial deja en manos del personal de Enfermería el control de su medicación, pierde, por tanto, una AIVD y, como consecuencia de ello, aumenta el riesgo de ser anciano frágil y dependiente, aumentando la morbimortalidad y la demanda de los servicios sanitarios.

Por todo ello, en este trabajo hablaremos sobre la adherencia terapéutica relacionado con los pacientes frágiles y la importancia de, en la medida de lo posible, fomentar el autocuidado.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Los pacientes institucionalizados presentan mayor riesgo de fragilidad, dependencia y falta de autocuidado, lo que influye negativamente en la calidad de vida y en la adherencia al tratamiento.

OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar la investigación a fin de analizar la situación de la población frágil institucionalizada en el centro asistencial Doctor Villacián, con respecto a la adherencia terapéutica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar el grado de dependencia de los residentes.
- Analizar la fragilidad de los residentes.
- Identificar la adherencia terapéutica de los residentes que cumplen criterios de fragilidad, con leve o nulo deterioro cognitivo.

METODOLOGÍA

Diseño:

Descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

Población:

Para la realización de dicho trabajo se utilizó una muestra de ochenta y seis residentes del centro asistencial Doctor Villacián. Dicha muestra se redujo a cuarenta y seis residentes al realizar el cribado de fragilidad y es este número de personas el que concluye los resultados de la investigación.

A nivel estadístico, el nivel de confianza alcanzará el 95% y el margen de error se limita al 5%, por lo que nuestra muestra se considera representativa para extrapolar los datos.

Criterios de inclusión:

- Residentes > 65 años del centro asistencial Doctor Villacián, para realizar la valoración de la dependencia.
- Aquellos residentes que cumplan los criterios de fragilidad estarán incluidos en el cribado de dicho proceso.
- Leve o nulo deterioro cognitivo de aquellos residentes frágiles, para poder realizar la adherencia terapéutica.

Criterios de exclusión:

- Residentes con moderado o grave deterioro cognitivo, a la hora de investigar la adherencia terapéutica.
- Residentes con patología psiquiátrica asociada.
- Residentes que no tomen ninguna medicación.
- Residentes que tengan ingreso hospitalario de larga duración una vez empezado el estudio.
- Residentes que fallezcan o dejen de formar parte del centro asistencial durante la realización del estudio.

- Personas que no deseen realizar alguna de las intervenciones necesarias para el estudio, así como aquellas que no deseen aportar datos personales a pesar del anonimato garantizado.

Duración de la intervención:

El trabajo de campo tuvo una duración de 4 meses y medio.

Procedimiento:

Para la realización de este trabajo, se llevó a cabo una búsqueda de información en bases de datos electrónicas tales como SciELO y Google académico, como también en formato papel en libros, revistas y artículos obtenidos en la biblioteca de la Universidad de Valladolid. Estas fuentes fueron seleccionadas por ser fuentes fiables, ya que sus datos son reales, contrastados y de rigor científico.

La búsqueda de información fue realizada sobre todo en español, como idioma principal, tanto en formato electrónico como en papel. La mayor parte de la información ha sido obtenida en formatos electrónicos.

Para realizar la búsqueda se emplearon una serie de palabras clave: ancianos, fragilidad, adherencia terapéutica, envejecimiento y Enfermería.

Una vez que estaba todo preparado, ideas claras y documentación a utilizar incluida, se hizo una reunión en el centro asistencial Doctor Villacián con la directora y los responsables de Enfermería de cada unidad. Se explicó que el trabajo se iba a realizar con los residentes de ambas unidades y se relató en qué consistía el estudio. El personal de las unidades ayudó a motivar a los residentes para poder contar con su participación. Esta reunión tuvo lugar el 9 de Enero, dando las aclaraciones necesarias y resolviendo dudas después de dicho encuentro. La directora del centro asistencial dio permiso por escrito para poder realizar el trabajo de campo.

Además, se diseñó un consentimiento informado (Anexo I) para poder tener la autorización, por escrito, de cada persona que, voluntariamente, iba a acceder a formar parte del estudio.

A partir de aquí, se seleccionó la muestra de estudio según criterios de inclusión y exclusión y los test a utilizar: índice de Barthel, test Lawton y Brody y test Mongil, para valoración de la dependencia; test Frail para cribado de fragilidad; dos test de adherencia terapéutica: Morisky Green y el test de adherencia terapéutica utilizado en Atención Primaria.

La forma de realizar el trabajo de campo fue la siguiente: se empezó realizando las pruebas de valoración funcional a la muestra inicial del estudio. A continuación, a las mismas personas se les aplicaron las normas del test Frail, para recoger a aquellos que presentaban criterios de fragilidad. Por último, se acabó valorando la adherencia terapéutica, con los dos test anteriormente nombrados, a los residentes frágiles con leve o nulo deterioro cognitivo.

Para el test Frail se necesitó averiguar la pérdida de peso de cada residente, para lo cual se hizo una recopilación de lo que pesó cada uno de ellos en el año actual y anterior; así como para saber la comorbilidad se necesitó conocer las enfermedades que presentaba cada individuo de la muestra de estudio. Para el test de adherencia terapéutica de Atención Primaria fue imprescindible una hoja con la orden de tratamiento farmacológico de cada persona.

El motivo de quitar de la población frágil a aquellos residentes que presentaron deterioro cognitivo moderado o grave en los test de valoración funcional fue que no iban a ser capaces de contestar, de forma coherente, las preguntas de adherencia al tratamiento y, la causa de pasar dos test de adherencia fue que el test de Morisky Green tiene un sesgo, al estar institucionalizados, la medicación es preparada y administrada por el personal de Enfermería de la residencia geriátrica, lo cual es un motivo a tener en cuenta si se esperaban resultados fiables. De esta forma se pudo comparar los diferentes resultados obtenidos de cada test.

Por último, se realizaron las conclusiones a partir de los datos obtenidos.

Cronograma:

	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				
Realizar índice de Barthel	■	■	■	■																	
Cumplimentar test Lawton y Brody					■	■	■	■													
Realizar test Mongil									■	■	■	■									
Desarrollar test Frail									■	■	■	■	■								
Ejecutar test Morisky Green																	■	■	■	■	
Realizar test Atención Primaria																	■	■	■	■	
Obtener otros datos necesarios									■	■	■	■	■								
Recogida de datos de todos los test									■	■	■	■	■	■	■						
Elaborar conclusiones													■	■	■	■	■	■			

VARIABLES A RECOGER Y A ANALIZAR:

- Datos sociodemográficos: edad y nivel de estudios.
- Datos antropométricos: pérdida de peso.

OBTENCIÓN DE DATOS:

A los residentes se les citó en un lugar determinado para explicar el motivo de la investigación, insistiendo en que era totalmente anónimo y voluntario. Aquellos que accedieron tuvieron que firmar el consentimiento informado.

Los datos necesarios fueron aportados por ellos mismos, respondiendo a las preguntas de los test y, para los datos antropométricos, cogimos el peso tomado por el personal del centro en el mismo mes hace un año, y el actual, en las mismas características (sin zapatos y con ropa).

Análisis estadístico:

Las variables categóricas se resumieron con porcentajes. Para analizar los datos cuantitativos se utilizó la media y la desviación típica. Se calcularon intervalos de confianza al 95% (IC95%) para parámetros de poblaciones correspondientes a resúmenes muestrales.

Se realizaron diagramas de dispersión para analizar la posible relación entre las diferentes escalas utilizadas. Para resumir estas relaciones se calcularon los coeficientes de correlación y para medir su correlación sus correspondientes p-valores.

Los datos se analizaron con el programa estadístico IBM SPSS versión 20.0 para Windows. Aquellos valores de $p < 0.05$ fueron considerados como estadísticamente significativos.

Consideraciones ético – legales:

A los participantes del estudio se les dará a firmar el consentimiento informado, en el que se asegura el anonimato de sus datos, el acceso voluntario al estudio y su capacidad de abandonarlo libremente en cualquier momento del mismo, sin tener que dar ninguna explicación, según se conviene en la declaración de Helsinki. Además, se obtendrá la autorización, por escrito, del centro asistencial.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos con el trabajo de campo quedan plasmados, a continuación, explicando uno por uno los datos recogidos con cada test.

ÍNDICE DE BARTHEL

Utilizado para evaluar las ABVD en personas mayores. Instrumento eficaz y sencillo que permite valorar la capacidad funcional de una persona. La valoración se realiza con una escala de 0, que representa el grado de dependencia total, a 100, independencia para todas las ABVD^{20,21}. (Ver test, Anexo II).

Con estos datos se pudo observar que prácticamente la totalidad de la muestra a estudio presenta dependencia, en diferente grado. Independiente (IC95% 2-19,5%). Dependencia leve (IC 95% 29'7-56,8%). Dependencia moderada (IC95% 10,5-27,2%). Dependencia grave (IC95% 8-23,1%). Totalmente dependiente (IC 95% 9,9-42'5%).

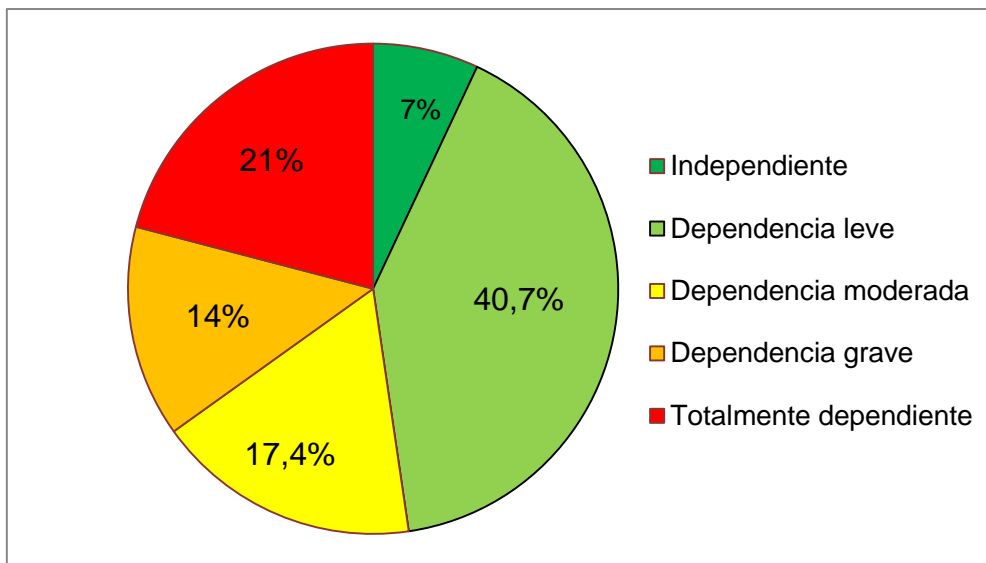


Figura 1. Valoración del grado de dependencia en función de las ABVD, según el índice de Barthel.

LAWTON Y BRODY

Detecta las primeras señales de deterioro en el anciano. Valora las AIVD. La puntuación oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total)^{20,21}. (Ver test, Anexo III).

En cuanto a la dependencia relacionada con las AIVD, los resultados fueron muy similares al apartado anterior, prácticamente todos los residentes de la muestra presentan un cierto grado de dependencia.

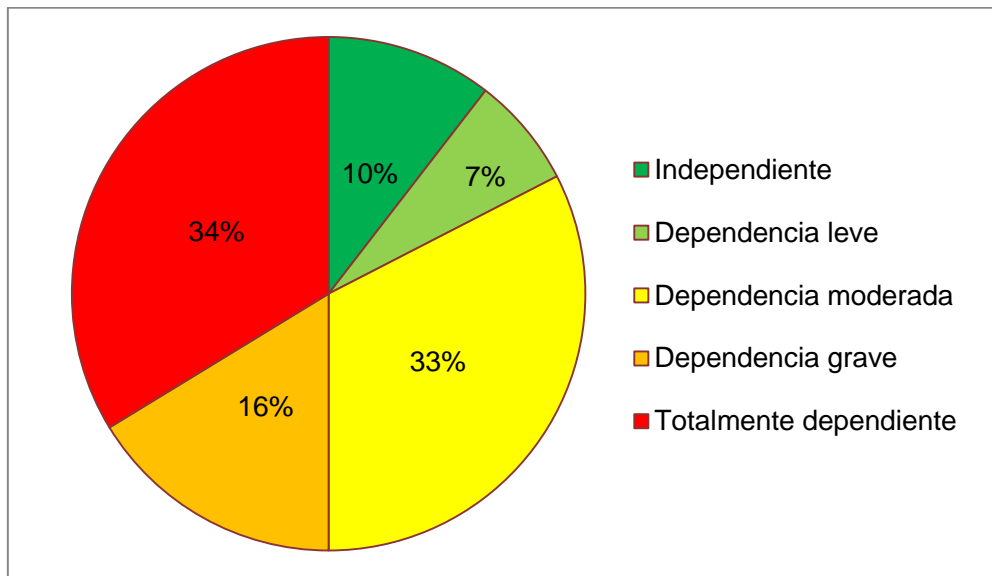


Figura 2. Valoración del grado de dependencia en función de las AIVD, según el test de Lawton y Brody.

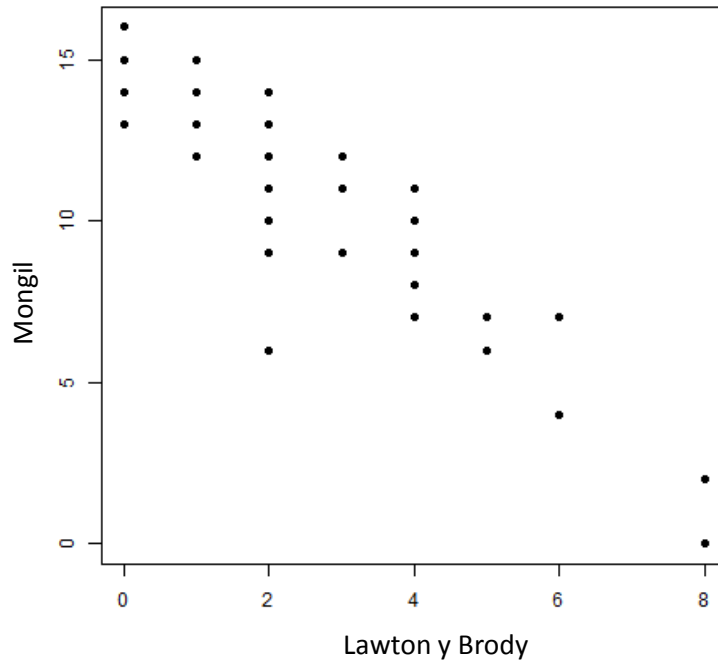
TEST MONGIL

Este test valora las ABVD y las AIVD. Esta valoración permite conocer si la persona desarrolla un envejecimiento activo (Ver test, Anexo IV).

Valorando estos ítems se observó una clara tendencia a la dependencia. Independiente (4,7% IC95% 1,6-11,5%). Dependencia leve (4,7% IC95% 1,6-11,5%). Dependencia moderada (15,1% IC95% 8,6-24,3%). Dependencia grave (32,6% IC95% 23,1-43,2%). Totalmente dependiente (43% IC95% 32,7-54,1%).

Se encontró una relación inversa entre las puntuaciones en la escala de Lawton y Brody y la escala de Mongil ($r = -0,86$, $p < 0,001$). Esta relación se muestra en el diagrama de dispersión de la imagen 1.

Imagen 1. Correlación entre test Mongil y test Lawton y Brody. Coeficiente de correlación: -0'86.



FRAIL

Consta de 5 preguntas fáciles de contestar que se relacionan, cada una de ellas, a un dominio (fatiga, resistencia, deambulaci3n, comorbilidad y p3rdida de peso). Cada pregunta vale 1 punto y se clasifican fr3giles cuando suman 3 – 5 puntos²¹. (Ver test, Anexo V).

Al realizar el cribado de fragilidad se observ3 que, aproximadamente la mitad de la muestra de estudio, cumple los criterios de anciano fr3gil.

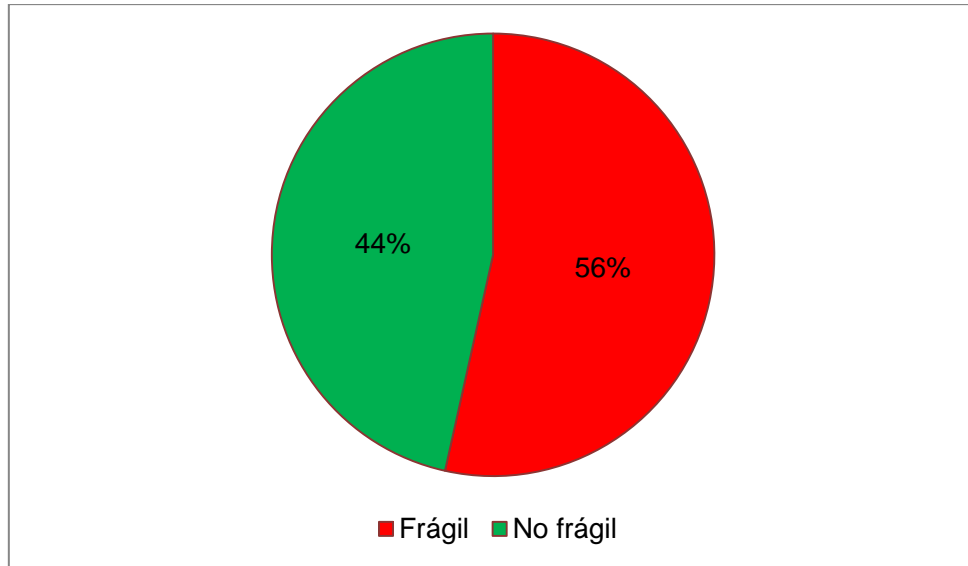


Figura 3. Valoración de la fragilidad en el anciano, según test Frail.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Morisky – Green:

Consiste en 4 preguntas de contraste con respuesta sí/no que valora la conducta del enfermo respecto al cumplimiento del tratamiento. Se pretende averiguar si el enfermo adopta actitudes correctas en relación al tratamiento que toma para su enfermedad o enfermedades y se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. El residente es considerado cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No²².

Test adherencia terapéutica Atención Primaria:

Se cogió la hoja de medicación de cada paciente y, juntando toda la medicación que toma, se realizó la entrevista. Se preguntó, fármaco por fármaco, nombre, indicación, dosis, modo de administración y posología. (Ver test, Anexo VI).

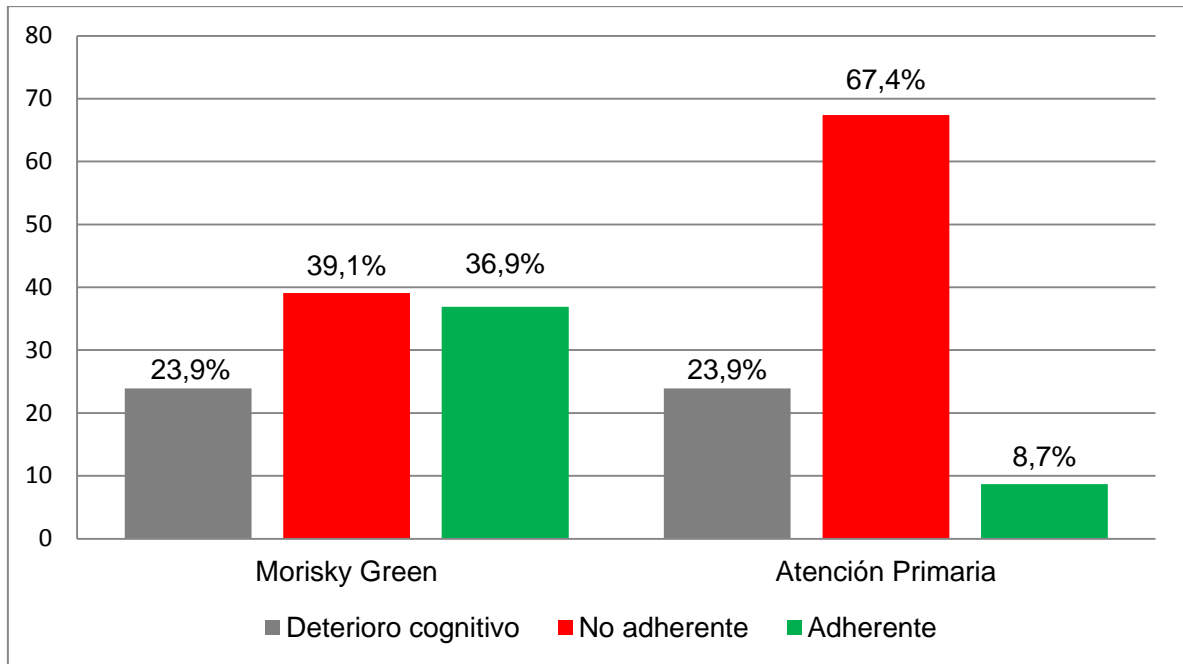


Figura 4. Comparación resultados de adherencia terapéutica según ambos test realizados.

Comparando los resultados de ambos test se observó que hay una clara diferencia. La valoración con el test de Morisky Green indicó que los residentes son más adherentes que si nos fijamos en los resultados obtenidos con el test de Atención Primaria.

DISCUSION

Comparación resultados con lo ya publicado

No he encontrado ningún estudio que relacione fragilidad con adherencia terapéutica y pacientes institucionalizados. Es un tema escasamente estudiado en conjunto. Además, la comparación con otras investigaciones debe realizarse con prudencia, ya que cada uno parte de unos criterios de inclusión y exclusión diferentes. Por lo tanto, asemejaré mis resultados tratando los temas por separado.

Uno de los síndromes geriátricos más prevalentes y que cobra cada vez más importancia es la polifarmacia, la cual se define como la utilización de 4 o más fármacos a nivel ambulatorio y 9 o más a nivel residencial²³. Además, actualmente, hay consenso en considerar la fragilidad como un síndrome geriátrico independiente, el cual actualmente tiene una gran repercusión en el adulto mayor²⁴. Los síndromes geriátricos son casi exclusivos del anciano, tienen una alta prevalencia y, además, bastante auge actualmente, ya que provocan una gran discapacidad y dependencia²⁵. Como hemos demostrado en este trabajo, casi la totalidad de la muestra a estudio presenta un cierto grado de dependencia y, aproximadamente la mitad, tiene criterios de fragilidad.

Todo lo que queramos hacer para mejorar la sanidad de nuestros ancianos es necesario que, primero, pase por unas técnicas que valoren el estado de salud y, después, se hagan patentes los cambios del proceso. Es fundamental una buena medición de la asistencia geriátrica. Haremos especial hincapié en el estado funcional, en la valoración geriátrica integral, para actuar, lo más precozmente posible, en la aparición de la dependencia. En cuanto a la evaluación funcional del anciano en el centro asistencial es importante tener en cuenta la capacidad de realizar las ABVD, ya que, unos resultados negativos se relacionan con mortalidad a corto plazo²⁶. Con el índice de Barthel hemos medido la capacidad de los residentes en cuanto a las ABVD y una mínima parte de la muestra estudiada es independiente. Una vez que se estima las actividades que el residente es capaz de realizar en el propio centro es necesario potenciarlas y mantener su autonomía en el mayor grado posible, de forma individual y, de esta forma, mantener su capacidad funcional²⁶.

La edad avanzada es una de las causas más destacadas en cuanto a la institucionalización de la persona. Según nuestros resultados, además de la edad, la situación de dependencia también es un factor a tener en cuenta ya que, necesitar una ayuda permanente es uno de los motivos principales para formar parte de un centro asistencial. Esta necesidad va ligada fuertemente a la edad²⁷.

La fragilidad es un estado destacado, reversible, que puede desarrollar dependencia, institucionalización y/o muerte. La detección precoz es fundamental. La valoración geriátrica y la intervención sobre los síndromes geriátricos con un ajuste individual de la medicación son algunas de las intervenciones encaminadas a prevenir dicho estado, entre otras²⁴.

En cuanto a la relación entre fragilidad y deterioro cognitivo, según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, hay un aumento de incidencia de fragilidad a los 10 años de presentar dicho desgaste²⁴.

“Aunque existe una amplia evidencia sobre la concurrencia de estas dos condiciones, deterioro cognitivo y la fragilidad, poco se conoce sobre los mecanismos subyacentes que justificarían dicha interrelación. Conocer los diferentes procesos causales podría conducir al desarrollo de nuevas estrategias preventivas y tratamiento de ambas condiciones, sin que exista, todavía, una evidencia experimental” explica el Dr. Malafarina²⁴.

Por todo ello, finaliza el Dr. Malafarina, *“la fragilidad podría ser considerada como un estado de prediscapacidad y, por lo tanto, si consiguiésemos diagnosticarla precozmente y tratarla de forma eficaz conseguiríamos menores costes en sanidad y mejor calidad de vida de las personas ancianas”*. En este aspecto, el Dr. Vincenzo Malafarina defiende la idea de que todos los mayores de 70 años de edad tengan realizada una valoración integral que ayude a detectar la fragilidad de forma temprana²⁴.

La falta de adherencia terapéutica sigue siendo un gran inconveniente a la hora de progresar en la calidad de vida de las personas y, además, supone un gran coste sociosanitario^{11,28,29}. La mayoría de artículos encontrados relacionan la no adherencia con un incumplimiento de la medicación, únicamente. La

adhesión al tratamiento, como hemos comentado anteriormente, necesita una implicación por parte de la persona. Consideramos que una persona es adherente cuando cumple adecuadamente y tiene disposición para mejorar la gestión de la propia salud. Ante la institucionalización de los ancianos su confianza es depositada en el personal de asistencia, perdiendo así la implicación en su tratamiento y, por lo tanto, en el autocuidado.

Es necesario acentuar que la evidencia científica que hay disponible se basa primordialmente en los tratamientos farmacológicos y se cree que cuando el incumplimiento se trata de modificaciones del estilo de vida, la no adherencia es todavía mayor¹¹. En este trabajo, respecto a la adherencia terapéutica, nos hemos ceñido a la parte farmacológica. La medición es compleja ya que no existe un criterio ideal de incumplimiento ni un método que incluya todos los componentes de dicho concepto^{12,30}.

Como ya hemos dicho anteriormente, la parte educativa del personal de Enfermería es algo fundamental en este proceso. La información y enseñanza individual o grupal es una de las intervenciones enfermeras más importantes. A pesar de esto, los resultados encontrados que vinculan la educación sanitaria con la adherencia al tratamiento son poco optimistas^{11,29}. Con todo esto, unido a la baja o nula adherencia que los resultados de nuestro estudio han concluido, podremos decir que se recomienda asociar la educación sanitaria con otras estrategias y conseguir, así, aumentar un efecto beneficioso en el tiempo. Las actividades dirigidas a mejorar la adherencia, en personas polimedicadas, deben de ser organizadas, contando con la participación de profesional y paciente/residente y, a ser posible, con el apoyo familiar. Las enfermeras, según diversos estudios, son el pilar fundamental de apoyo al paciente polimedicado, haciendo una valoración integral y un abordaje cognitivo de la persona. La táctica en la prevención primaria de la falta de cumplimiento se basa en mejorar la calidad de la relación médico-paciente. En España, a diferencia de otros países, es en la consulta de Enfermería en la cual se realiza la relación terapéutica, partiendo de una buena motivación y recalando los beneficios del seguimiento del tratamiento, nunca en términos de riesgo por incumplimiento^{11,29,31}.

“De esta forma, la pluripatología, la comorbilidad y la limitación de las funciones básicas de la vida diaria del paciente han pasado a constituir la prioridad en el abordaje terapéutico, más aún que la propia enfermedad en sí misma”, concluye el presidente de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, el Dr. José Antonio López Trigo³².

Limitaciones

- Los resultados no reflejan a los residentes con enfermedades psiquiátricas (psicogeriatría en el centro asistencial), ya que las respuestas a los test, en muchas de las patologías que presentan, no serían fiables.
- En el centro asistencial, aproximadamente el 50% del total de los residentes sufren deterioro cognitivo moderado o grave (índice de Barthel < 40). Estas personas no podrán participar en la investigación ya que podrían interpretar de forma incorrecta el contenido de los cuestionarios y los datos obtenidos podrían resultar poco fiables.
- Como limitación podemos decir que la medicación es preparada y administrada por el personal de Enfermería, lo cual influye en los resultados del test de Morisky Green.
- Los problemas de falta de audición de los residentes es una limitación a tener en cuenta, ya que la entrevista es más complicada y pueden llegar a malinterpretar o entender mal algunas preguntas.

Fortalezas

Este trabajo es aplicable en el entorno hospitalario, sociosanitario, centros residenciales y Atención Primaria, aunque en distintas intensidades dependiendo del ámbito. Es un trabajo de presente y, sobre todo, de futuro. Su implementación y su difusión requieren de cambios organizativos en los distintos niveles asistenciales, resultando imprescindible la participación de distintos profesionales y, sobre todo, de los pacientes/residentes.

Aplicación a la práctica clínica

Considero una investigación relevante en el ámbito enfermero y en la práctica clínica, ya que nosotros somos quienes preparamos y administramos la medicación en cualquier centro asistencial y en cualquier ámbito en el que podemos desarrollar nuestras funciones y, además, los que debemos de realizar educación sanitaria para favorecer el autocuidado de las personas, mejorando la independencia. Realizando nuestro trabajo diario de una forma diferente o haciendo un poco de hincapié en la educación sanitaria podríamos reforzar la adherencia terapéutica de todos los residentes, sin perder una de nuestras funciones: preparación y administración de medicación.

Futuras líneas de investigación

Podríamos proponer, como futura investigación, realizar un estudio sobre qué factor o factores podríamos modificar a la hora de preparar y administrar la correspondiente medicación y, a la vez, promover el autocuidado, en cuanto a la adherencia terapéutica.

Considero una buena propuesta llevar a cabo programas de educación sanitaria. Por una parte al personal de Enfermería, para reforzar la visión de este sistema de retroalimentación tan importante como es: no adherencia al tratamiento ↔ dependencia ↔ fragilidad, con lo que todo ello supone. Entender que los ancianos son los mayores consumidores de fármacos por su pluripatología y polimedicación. Por otra parte, programas de educación para la salud a los residentes del centro asistencial para que comprendan, también, la importancia que esto supone para ellos y su calidad de vida.

CONCLUSIONES

1. En cuanto al análisis realizado sobre la adherencia terapéutica de la población frágil institucionalizada en el centro asistencial Doctor Villacián, los resultados indican un claro déficit de adherencia al tratamiento de los residentes. Es importante destacar que, en función del método aplicado para valorar dicha situación, los resultados son diferentes. Se tienen en cuenta los resultados obtenidos con el test de adherencia terapéutica de Atención Primaria, ya que Morisky Green tiene el sesgo comentado en ocasiones anteriores durante el trabajo. Un 67'4% de la población estudiada no tiene adherencia, lo cual es una cifra muy alta sabiendo que en este resultado no está incluida la población con deterioro cognitivo que, inevitablemente, tampoco tienen adherencia.
2. La valoración de la dependencia de los residentes muestra diferentes resultados en función del test utilizado, ya que el índice de Barthel tiene en cuenta las ABVD y Lawton y Brody las AIVD. Entre el 7% y el 10% de la población es independiente, valorando los resultados con ambos test. Esta cifra es muy baja. Se destaca la importancia del control de la medicación como AIVD, lo que influye directamente en la adherencia terapéutica y en la dependencia.
3. En cuanto a la fragilidad, se demuestra que la mitad de la población estudiada es frágil, siendo una cifra muy elevada. En la población que no cumple criterios para ser diagnosticado como frágil no hemos tenido en cuenta aquellos que tienen riesgo, aunque los hay. Que un anciano sea frágil supone muchos inconvenientes y complicaciones.

Finalmente concluimos en este estudio que los pacientes frágiles institucionalizados tienen baja o nula adherencia al tratamiento.

La educación sanitaria es uno de los métodos mejor valorados para potenciar la adherencia del adulto mayor, aunque se recomienda la combinación con otras técnicas. Es necesario un abordaje interdisciplinar para optimizar los resultados y los profesionales de Enfermería tienen un papel fundamental en ello, así como en la preparación y administración de medicación, en un centro asistencial o en cualquier ámbito de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud: *La esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000, pero persisten las desigualdades sanitarias*. Ginebra, 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/health-inequalities-persist/es/>
2. Organización Mundial de la Salud: *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014*. Ginebra, 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/>
3. ABADES PORCEL, Mercedes; RAYÓN VALPUESTA, Esperanza: *El envejecimiento en España ¿un reto o problema social?* Gerokomos vol.23 no.4, Barcelona, dic. 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000400002
4. Instituto Nacional de Estadística: *Esperanza de vida*. España, 2016. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
5. SEPÚLVEDA R, Catalina; RIVAS R, Edith; BUSTOS M, Luis; ILLESCA P, Mónica: *Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados. Temuco, padre las casas y nueva imperial*. Ciencia y Enfermería vol.16 no.3, dic. 2010. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300007
6. NUIN ORRIO, Carmen: *Enfermería de la persona mayor, ciencias de la salud*. Editorial Universitaria Ramón Areces, Madrid, 2011.
7. ABIZANDA SOLER, Pedro; ROMERO RIZOS, Luis; LUENGO MÁRQUEZ, Carmen; SÁNCHEZ JURADO, Pedro Manuel; JORDÁN BUESCO, Joaquín: *Medicina geriátrica, una aproximación basada en problemas*. Elsevier Masson, Barcelona, 2012.
8. PONS RAVENTOS, M^a Eugenia; REBOLLO RUBIO, Ana; JIMÉNEZ TERNERO, José Vicente: *Fragilidad: ¿Cómo podemos detectarla?* Enfermería Nefrológica, abril/junio, 2016. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v19n2/10_carta.pdf
9. ROMERO CARBRERA, Ángel Julio: *Fragilidad: un síndrome geriátrico emergente*. Medisur vol.8 no.6, dic. 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000600014
10. NIÑO MARTÍN, Virtudes: *Cronicidad. Aspectos generales. Cuidados enfermeros al paciente crónico*. Vol I. Serie Cuidados Avanzados. Madrid, 2011.
11. PISANO GONZÁLEZ, Marta M; GONZÁLEZ PISANO, Ana: *La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica*. Enfermería Clínica vol.24 no.1 enero/febrero 2014.
12. DILLA, Tatiana; VALLADARES, Amparo; LIZÁN, Luis; SACRISTÁN, José Antonio: *Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora*. Atención primaria, 2009; 41(6):342-348.

13. GUTIÉRREZ-ANGULO, M.L.; LOPETEGI-URANGA, P.; SÁNCHEZ-MARTÍN, I.; GARAIGORDOBIL-LANDEZABAL, M.: *Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2*. Revista de Calidad Asistencial, vol.27 no.2, marzo/abril, 2011. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2011.09.008>
14. HERDMAN, T.H.: *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011*. NANDA International. Elsevier. Barcelona, 2010.
15. DIAZ PORTO ROBLES, María L: *La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud*. Revista Griot vol.7 no.1, 2014.
16. GARCÍA LOMA, A.: *Análisis farmacológico relacionado con ancianos polimedcados institucionalizados*. Metas Enfermería 17(3): 50-56, 2014.
17. GARRIDO GARRIDO, E.M.; GARCÍA-GARRIDO, I.; GARCÍA-LÓPEZ-DURÁN, J.C.; GARCÍA-JIMÉNEZ, F.; ORTEGA-LÓPEZ, I.; BUENO-CAVANILLAS, A.: *Estudio de pacientes polimedcados mayores de 65 años en un centro de asistencia sanitaria urbano*. Revista de Calidad Asistencial 26(2): 90-96, 2011.
18. MERA, F. et al: *Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad ¿Somos conscientes de ello?* Revista Española de Geriátría y Gerontología 46 (3): 125-130, 2011.
19. GARCÍA HERNÁNDEZ, Misericordia; MARTÍNEZ SELLARÉS, Rosa: *Enfermería y envejecimiento*. Elsevier Masson, Barcelona, 2012.
20. CAMPS BALLESTER, Eduard; ANDREU PERIZ, Lola; COLOMER CODINACHS, Marta; CLARAMUNT FONTS, Laia; PASARON ALONSO, Magda: *Valoración del grado de autonomía funcional de pacientes renales crónicos según índices de Barthel, Lawton y baremos de Ley de Dependencia*. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica vol.12 no.2, versión impresa (ISSN 1139-1375), 2009. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752009000200005
21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: *Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor*. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Informes, estudios e investigación, España, 2014.
22. RODRÍGUEZ CHAMORRO, Miguel Ángel; GARCÍA-JIMÉNEZ, Emilio; AMARILES, Pedro; RODRÍGUEZ CHAMORRO, Alfonso; FAUS, M^aJosé: *Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica*. Atención Primaria 40(8):413-7, 2009.
23. GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ, José; LÓPEZ GAONA, Virginia: *Utilidad de un programa de intervención geriátrica en la mejora del uso de fármacos en pacientes institucionalizados*. Revista Española de Geriátría y Gerontología 45(5):278-280, 2010.
24. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología: *La fragilidad es un estado de prediscapacidad que afecta al 10% de los mayores de 65 años*. España, 2015. Disponible en: https://www.segg.es/info_prensa.asp?pag=1&cod=407

25. ROMERO CABRERA, Ángel Julio: *Fragilidad: un síndrome geriátrico emergente*. Medisur vol.8 no.6 Cienfuegos, nov./dic. 2010. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000600014
26. DE LA FUENTE SANZ, M^aMilagros; BAYONA MARZO, Isabel; FERNÁNDEZ DE SANTIAGO, Francisco José; MARTÍNEZ LEÓN, Mercedes; NAVAS CÁMARA, Francisco José: *La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel*. Gerokomos vol.23 no.1 Barcelona, mar.2012. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000100004
27. AYUSO GUTIÉRREZ, Mercedes; DEL POZO RUBIO, Raúl; ESCRIBANO SOTOS, Francisco: *Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes*. Revista Española de Salud Pública vol.84 no.6 Madrid, nov./dic.2010. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000600009
28. CONTHE, P.; MÁRQUEZ CONTRERAS, E.; ALIAGA PÉREZ, A.; BARRAGÁN GARCÍA, M.N.; DE CANO MARTÍN, M.; OLLERO BATURONE, J.L.; PINTO: *Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro*. Revista Clínica Española vol.214 no.6 agosto/septiembre 2014.
29. DELGADO SILVEIRA, Eva; MUÑOZ GARCÍA, María; MONTERO ERRASQUIN, Beatriz; SÁNCHEZ CASTELLANO, Carmen; GALLAGHER, Paul F; CRUZ-JENTOFT, Alfonso J: *Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STPP/START*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 2009;44(5)-279.
30. BUITRAGO, Francisco: *Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir!*. Atención Primaria, 2011; 43(7):343-344.
31. NUÑEZ MONTENEGRO, Antonio; MO TIEL LUQUE, Alonso; MARTÍN AURIOLES, Esther; TORRES VERDÚ, Bárbara; LARA MORENO, Celinda; GONZÁLEZ CORREA, José Antonio: *Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo*. Atención Primaria, 2014; 46(5):238-245.
32. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología: *el 93% de los mayores de 75 años consume algún medicamento*. España, 2015. Disponible en:
https://www.segg.es/info_prensa.asp?pag=2&cod=413

ANEXOS

Anexo I. Consentimiento informado.

IMPRESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PARTICIPANTE O SU REPRESENTANTE

TRABAJO FIN DE GRADO. FACULTAD DE ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Yo, _____
(Nombre completo del participante)

- He recibido información sobre la investigación.
- He podido hacer preguntas sobre la investigación.
- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- He hablado con: LORENA NIETO ÁLVAREZ.
- Comprendo que la participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme de la investigación.
 - o Cuando quiera.
 - o Sin tener que dar explicaciones.
 - o Sin que esto repercuta en los cuidados médicos.

Y presto mi conformidad a participar en la investigación

En Valladolid, a / /

Firma del participante o de su representante:

Firma del investigador:

Según la ley 15/1999 de 13 de diciembre, el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales y para su cesión es revocable. Usted puede ejercer el derecho de acceso, rectificación y cancelación dirigiéndose al investigador, que lo pondrá en conocimiento de quien corresponda.

Anexo II. Índice de Barthel.

Comida

10: Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.

5: Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc. pero es capaz de comer solo.

0: Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

Aseo

5: Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.

0: Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.

Vestido

10: Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.

5: Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.

0: Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.

Arreglo

5: Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.

0: Dependiente. Necesita alguna ayuda.

Deposición

10. Contínente. No presenta episodios de incontinencia.

5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.

0. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.

Micción

10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc)

5. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos.

0. Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sondas incapaces de manejarse.

Ir al retrete

10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.

5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.

0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.

Traslado cama/sillón

15. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.

10. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.

5. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.

0. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.

Deambulaci3n

15. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.

10. Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.

5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisi3n.

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 de otra persona.

5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.

0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.

Tabla 1. Resultados/Grado de dependencia según Índice de Barthel.

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20 – 35	Grave
40 – 55	Moderado
> o igual de 60	Leve
100 – 90 (silla de ruedas)	Independiente

Anexo III. Lawton y Brody.

Capacidad para usar el teléfono

1 punto. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.

1 punto. Marca unos cuantos números bien conocidos.

1 punto. Contesta el teléfono pero no marca.

0 puntos. No usa el teléfono.

Ir de compras

1 punto. Realiza todas las compras necesarias con independencia.

0 puntos. Compra con independencia pequeñas cosas.

0 puntos. Necesita compañía para realizar cualquier compra.

0 puntos. Completamente incapaz de ir de compras.

Preparación de la comida

1 punto. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia.

0 puntos. Prepara las comidas si le dan los ingredientes.

0 puntos. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada.

0 puntos. Necesita que se le prepare y sirva la comida.

Cuidar la casa

1 punto. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional.

1 punto. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer la cama.

1 punto. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.

1 punto. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa.

0 puntos. No participa en ninguna tarea doméstica.

Lavado de ropa

1 punto. Realiza completamente el lavado de ropa personal.

1 punto. Lava ropa pequeña.

0 puntos. Necesita que otro se ocupe del lavado.

Medio de transporte

1 punto. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche.

1 punto. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público.

1 punto. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona.

0 puntos. Sólo viaja en taxi o automóvil con la ayuda de otros.

0 puntos. No viaja.

Responsabilidad sobre la medicación

1 punto. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas.

0 puntos. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas.

0 puntos. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.

Capacidad de utilizar el dinero

1 punto. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y concoa sus ingresos.

1 punto. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.

0 puntos. Incapaz de manejar el dinero.

Anexo IV. Test Mongil.

Actividades Básicas de la Vida Diaria

1. Camina o anda

- a. Sin ayuda: 0 puntos
- b. Con ayuda: 1 punto
- c. Incapaz: 2 puntos

2. Se levanta y se acuesta

- a. Sin ayuda: 0 puntos
- b. Con ayuda: 1 punto
- c. Incapaz: 2 puntos

3. Sube y baja escaleras

- a. Sin ayuda: 0 puntos
- b. Con ayuda: 1 punto
- c. Incapaz: 2 puntos

4. Va al servicio o cuarto de baño

- a. Sin ayuda: 0 puntos
- b. Con ayuda: 1 punto
- c. Incapaz: 2 puntos

5. Se asea

- a. Sin ayuda: 0 puntos
- b. Con ayuda: 1 punto
- c. Incapaz: 2 puntos

6. Se baña o ducha

- a. Sin ayuda: 0 puntos
- b. Con ayuda: 1 punto
- c. Incapaz: 2 puntos

7. Come

- a. Sin ayuda: 0 puntos
- b. Con ayuda: 1 punto
- c. Incapaz: 2 puntos

8. Se viste y se desviste

- a. Sin ayuda: 0 puntos
- b. Con ayuda: 1 punto
- c. Incapaz: 2 puntos

9. Se le escapa la orina

- a. Nunca: 0 puntos
- b. A veces: 1 punto
- c. Siempre: 2 puntos

10. Se le escapan las heces

- a. Nunca: 0 puntos
- b. A veces: 1 punto
- c. Siempre: 2 puntos

Tabla 2. *Tabla de resultados e interpretación ABVD del Test Mongil.*

BAREMO	
0 puntos	Total autonomía
1 – 7 puntos	Dependencia ligera
8 – 12 puntos	Dependencia moderada
13 – 19 puntos	Dependencia severa
20 puntos	Dependencia total

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

1. Usa el teléfono

- a. Sin ayuda: 0 puntos
- b. Con ayuda: 1 punto
- c. Incapaz: 2 puntos

2. Utiliza medios de transporte

- a. Sin ayuda: 0 puntos
- b. Con ayuda: 1 punto
- c. Incapaz: 2 puntos

3. Toma y controla sus medicinas

- a. Sin ayuda: 0 puntos
- b. Con ayuda: 1 punto
- c. Incapaz: 2 puntos

4. Maneja su dinero

- a. Sin ayuda: 0 puntos
- b. Con ayuda: 1 punto
- c. Incapaz: 2 puntos

5. Hace compras

- a. Sin ayuda: 0 puntos
- b. Con ayuda: 1 punto
- c. Incapaz: 2 puntos

6. Realiza tareas domésticas (habitación)

- a. Sin ayuda: 0 puntos
- b. Con ayuda: 1 punto
- c. Incapaz: 2 puntos

7. Se lava la ropa

- a. Sin ayuda: 0 puntos
- b. Con ayuda: 1 punto
- c. Incapaz: 2 puntos

8. Hace comidas

- a. Sin ayuda: 0 puntos
- b. Con ayuda: 1 punto
- c. Incapaz: 2 puntos

Tabla 3. *Tabla de resultados e interpretación AIVD del Test Mongil.*

BAREMO	
0 – 1 puntos	Total autonomía
2 – 6 puntos	Dependencia ligera
7 – 10 puntos	Dependencia moderada
11 – 13 puntos	Dependencia severa
14 – 16 puntos	Dependencia total

Anexo IV: Test Frail.

- 1. Fatigabilidad:** “¿Qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas te sentiste cansado?” 1 = Todo el tiempo. 2 = La mayoría de las veces. 3 = Parte del tiempo. 4 = un poco del tiempo. 5 = En ningún momento. Las respuestas 1 y 2 se califican como 1 y todas los demás como 0.

- 2. Resistencia:** “¿Tiene alguna dificultad para caminar 10 escalones sin descansar por usted mismo, sin ningún tipo de ayuda?” 1 = Sí, 0 = No.

- 3. Deambulaci3n:** Por ti mismo y sin el uso de ayudas, ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros?” 1=Sí, 0 = No.

- 4. Comorbilidad:** para 11 enfermedades, se pregunta: “¿Alguna vez un m3dico le dijo que usted tiene (la enfermedad)?” “1=Sí, 0=No. Las enfermedades totales (0-11) est3n recodificados como 0-4 = 0 puntos y 5-11 = 1 punto. Las enfermedades son: hipertensi3n, diabetes, c3ncer (que no sea un c3ncer de piel de menor importancia), enfermedad pulmonar cr3nica, ataque card3aco, insuficiencia card3aca congestiva, angina de pecho, asma, artritis, ictus y enfermedad renal.

- 5. P3rdida de peso:** “¿Cu3nto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos?” (peso actual) y “Hace un a3o en (mismo mes), ¿cu3nto pesaba sin zapatos y con la ropa puesta?” (peso hace 1 a3o). El cambio de peso porcentual se calcula como: $[(\text{peso hace 1 a3o} - \text{Peso actual}) / (\text{peso hace 1 a3o})] * 100$. Porcentaje de cambio > 5 (lo que representa un 5% de p3rdida de peso) se puntúa como 1 y < 5% como 0.

Anexo V. Adherencia terapéutica. Test Atención Primaria.

MATERIAL DE ENTREVISTA

FECHA:

	MEDICAMENTO	DOSIS POSOLÓGIA	MODO ADMINIS- TRACIÓN	INDICACIÓN	MEDIDA DE LA ADHERENCIA			PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN LA ENTREVISTA	ACTIVIDAD EDUCATIVA	NOTAS/ PROBLEMAS/ REVISIÓN/
					Objetiva	Subjetiva	Habilidades y conocim.			
PLAN TERAPEUTICO	DCE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	MARCA: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	DCE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	MARCA: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	DCE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	MARCA: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
NO INCLUIDA EN PLAN TERAPEUTICO	DCE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	MARCA: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	DCE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	MARCA: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						