

PERFIL FUNCIONAL DE PERSONAS MAYORES CON TRASTORNO MENTAL EN UN SERVICIO RESIDENCIAL ESPECIALIZADO

Isabel Martínez. Terapeuta Ocupacional. Psicóloga. Terapeuta Ocupacional Residencia de Psicogeriatría Puerta de Hierro para personas mayores con trastorno mental. Grupo 5.  
Óscar Sánchez Rodríguez. Trabajador Social. Terapeuta Ocupacional. Responsable Técnico. Clariane.  
Luis Agüera. Médico. Psicogeriatría. Consultor externo Residencia Puerta de Hierro.  
Elena Hereza. Directora Residencia de Psicogeriatría Puerta de Hierro para personas mayores con trastorno mental. Grupo 5.  
Miguel Simón. Doctor en Psicología. Director Técnico y Calidad. Clariane.

PERSONAS MAYORES - SALUD MENTAL - ENFERMEDAD MENTAL – ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA – CALIDAD DE VIDA – SERVICIOS ESPECIALIZADOS

1. INTRODUCCIÓN

Se expone el proceso y resultados de un estudio descriptivo transversal de los perfiles de la demanda recibida en la **Residencia de Psicogeriatría Grupo 5 Puerta de Hierro** para personas mayores con trastorno mental.

El estudio se centra sobre **una muestra de 36 personas**, estableciendo un sistema inicial de valoración que está conformado por un triaje sobre elementos clínicos y funcionales del trastorno mental y por el Índice de Nivel Asistencial por Funcionalidad (INAF) que está formado por la evaluación del nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria (Barthel), funcionamiento cognitivo (Mini examen cognoscitivo), nivel de problemas de salud y afectación funcional (nivel de comorbilidad), y nivel de problemas de conducta (intensidad y gravedad). Este sistema permite establecer los niveles ajuste del perfil en criterios de salud, funcionales y necesidades de apoyo asistencial de las personas usuarias.

Los resultados establecen conclusiones descriptivas de los niveles de inicio de las personas usuarias en la fase de preacogida, así como la **valoración evolutiva del pronóstico de las personas que ocuparon una plaza** y sobre las que se valoró la trazabilidad.

Finalmente, establece conclusiones y propuestas asociadas a los resultados.

2. MUESTRA

La muestra seleccionada se compone de las **personas usuarias derivadas a la Residencia Grupo 5 Puerta de Hierro** de atención para personas mayores con trastorno mental considerando los procesos de valoración de preacogida y acceso según un modelo de diagnóstico dimensional.

La residencia se caracteriza por ser un centro que está **estructurado metodológicamente en unidades convivenciales**. Se fundamenta en un modelo de intervención en salud mental comunitario centrado en la prevención y en la recuperación de los niveles de autonomía personal, gestionando la atención centrada en la persona, diseño de apoyos conductuales positivos y promoción de la calidad de vida.

El total de personas de la muestra se centra en personas valoradas en el año 2022.

Han sido **36 personas, 24 mujeres y 12 hombres, mayores de 55 años con trastorno mental grave (TMG), con una edad media de 69,4 años.**

3. METODOLOGÍA

| DESCRIPCIÓN DEL TRIAJE                                                                            | DESCRIPCIÓN DEL INAF                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>VALORACIÓN CLÍNICA</b><br>diagnóstico psiquiátrico, ingresos previos y sintomatología actual.  | <b>•Índice de Barthel:</b> aporta <b>información sobre el grado de dependencia</b> en las actividades de la vida diaria identificando áreas de intervención y de apoyo asistencial.                        |
| <b>FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL</b><br>Evolución de 2 años o más y afectación en el funcionamiento. | <b>•Mini examen cognoscitivo:</b> aporta un <b>análisis breve sobre el estado cognitivo</b> , alteraciones y evolución de la persona usuaria.                                                              |
| <b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b><br>Consumo de tóxicos, conductas agresivas o autolíticas.           | <b>•Comorbilidad:</b> aporta el <b>número de procesos de enfermedad activa</b> y la correlación con los niveles de afectación funcional de la persona, determinando la necesidad asistencial que presenta. |
| <b>INAF</b><br>Índice de Niveles Asistenciales por Funcionalidad de 0 a 100%                      | <b>•T conducta:</b> aporta <b>información sobre conductas</b> que puede presentar la persona usuaria según intensidad y de gravedad y que impactos suponen en la atención asistencial.                     |

4. RESULTADOS TRIAJE

| EDAD                                                        | DIAGNÓSTICO                                               |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>8,3%</b><br>55 a 59 años                                 | <b>Esquizofrenia/T. psicóticos primarios 44,4%</b>        |
| <b>25%</b><br>60 a 64 años                                  | <b>Trastornos bipolares 13,9%</b>                         |
| <b>13,9%</b><br>65 a 69 años                                | <b>T. depresivos 27,8%</b>                                |
| <b>19,4%</b><br>70 a 74 años                                | <b>T. de personalidad 5,6%</b>                            |
| <b>27,8%</b><br>75 a 79 años                                | <b>T. obsesivos-compulsivos 2,8%</b>                      |
| <b>5,6%</b><br>80 a 84 años                                 | <b>Demencia 2,8%</b>                                      |
| <b>DIMENSIONES PREVIAS</b>                                  | <b>T. Neurodesarrollo - Disc. Intelectual 2,8%</b>        |
| Diagnósticos/situación clínica. <b>Sí 100%</b> <b>No 0%</b> | <b>SINTOMATOLOGÍA PRESENTE</b>                            |
| Ingresos hospitalarios. <b>Sí 41,7%</b> <b>No 58,3%</b>     | Sintomatología delirante. <b>Sí 44,4%</b> <b>No 55,6%</b> |
| Síntomas actuales. <b>Sí 100%</b> <b>No 0%</b>              | Sint. Depresiva. <b>Sí 25,0%</b> <b>No 75,0%</b>          |
| Problemas de funcionamiento. <b>Sí 100%</b> <b>No 0%</b>    | Sint. Alucinatoria. <b>Sí 33,3%</b> <b>No 66,7%</b>       |
| Evolución. <b>Sí 88,9%</b> <b>No 11,1%</b>                  | Sint. Ansiosa. <b>Sí 22,2%</b> <b>No 77,8%</b>            |
| Consumo de drogas. <b>Sí 16,7%</b> <b>No 83,3%</b>          | Sint. Por agitación. <b>Sí 22,2%</b> <b>No 77,8%</b>      |

4. RESULTADOS GENERALES

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>AUTONOMÍA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA</b><br><b>Autonomía AVD – Barthel - Dependencia</b><br><div><div>22,2%</div>Independencia</div> <div><div>13,9%</div>Dependencia escasa</div> <div><div>38,9%</div>Dependencia moderada</div> <div><div>25%</div>Dependencia severa</div>                                               |
|  | <b>NIVEL COGNITIVO</b><br><b>Nivel funcionamiento cognitivo - MEC</b><br><div><div>57,6%</div>Normalidad</div> <div><div>24,2%</div>Déficit ligero</div> <div><div>6,1%</div>Déficit cognitivo leve</div> <div><div>9,1%</div>Déficit cognitivo moderado</div> <div><div>3%</div>Déficit cognitivo avanzado</div>                     |
|  | <b>COMORBILIDAD, FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA SANITARIA</b><br><b>Nivel de comorbilidad - funcionalidad</b><br><div><div>47,2%</div>Sin dependencia sanitaria</div> <div><div>47,2%</div>Riesgo dependencia sanitaria</div> <div><div>2,8%</div>Moderada dependencia sanitaria</div> <div><div>2,8%</div>Alta dependencia sanitaria</div> |
|  | <b>TRASTORNOS DE CONDUCTA</b><br><b>Nivel de trastornos de conducta</b><br><div><div>66,7%</div>Sin problemas de conducta</div> <div><div>16,7%</div>Leves problemas de conducta</div> <div><div>11,1%</div>Moderados problemas de conducta</div> <div><div>5,6%</div>Graves problemas de conducta</div>                              |

5. CONCLUSIONES

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MODELO COMUNITARIO CENTRADO EN LA PERSONA</b><br>Relevancia del modelo comunitario de atención centrada en la persona a través de la gestión de unidades convivenciales, procesos de prevención y recuperación de los dominios de salud mental, y en la promoción de la autonomía personal con apoyos y planes de cuidados para la calidad de vida.                                                                                                               |
| <b>PROCESO EVOLUTIVO EVALUACIÓN/DIAGNÓSTICO</b><br>Relevancia del proceso evolutivo centrado en la evaluación y diagnóstico multidimensional en el plan de cuidados, diseño de apoyos y servicios especializados requeridos.                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>TIPO DE APOYOS</b><br>El tipo de apoyos estará condicionado por la sintomatología psiquiátrica, la funcionalidad del desempeño para la vida diaria, el nivel cognitivo, la comorbilidad, fragilidad y dependencia sanitaria y los procesos vinculados a trastorno de conducta.                                                                                                                                                                                    |
| <b>ATENCIÓN Y DISEÑO DE PLANES</b><br>Es prioritario que los procesos de atención y el diseño de los planes individualizados de cuidados pongan en relevancia los procesos de prevención, la rehabilitación y diseños contextuales, la gestión de adaptaciones cognitivas y los cuidados de enfermería para la calidad de vida.                                                                                                                                      |
| <b>EL RETO DEL ENVEJECIMIENTO</b><br>Afrontamiento del reto que supone el incremento de las tasas de envejecimiento de la población, el aumento de la dependencia y el de las enfermedades crónicas con la necesaria reorientación del tradicional modelo de atención hacia los principios de “cuidados”, y la necesaria combinación de atenciones sanitarias y sociales para la calidad de vida en personas mayores con trastorno mental.                           |
| <b>LIDERAZGO Y BUENAS PRÁCTICAS</b><br>Necesidad de fortalecer el liderazgo y gobernanza con estrategias y buenas prácticas desde un paradigma y prácticas con base en la comunidad; estrategias de promoción y prevención; y fortalecimiento de los sistemas de información, las evidencias y la investigación.                                                                                                                                                     |
| <b>PROGRAMAS TÉCNICOS</b><br>Relevancia de disponer de programas técnicos basados en el diseño de contextos y actuaciones para el sueño y descanso saludables, intervenciones vinculadas a la regulación y bienestar emocional, la garantía de apoyos para la autonomía en las actividades de la vida diaria y para situaciones de dependencia y la participación diaria en contextos de convivencia, construcción de vínculos sociales y participación comunitaria. |

5. BIBLIOGRAFÍA

Sánchez Rodríguez, Ó., Polonio, B., & Pellegrini, M. (2013). Terapia ocupacional en salud mental. Teoría y Técnicas para la autonomía personal. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

ONU. (2015-2030). Objetivos de Desarrollo Sostenible. (N. Unidas, Editor)

Gobierno de España. (2022). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS)-2022-2026.

INE. (2021). Informe INE: Una población envejecida. Instituto Nacional de Estadística.

Statista. (2022). Número de habitantes de 65 años o más en España de 2002 a 2022.

Zúñiga, C. (2020). Definición de fragilidad social en personas mayores: una revisión bibliográfica.

OMS. (2022). Envejecimiento y salud. Organización Mundial de la Salud.

GBD 2019 Mental Disorders, C. (2022). global, regional y nacional de 12 trastornos mentales en 204 países y territorios, 1990–2019: un análisis sistemático para el Estudio de la Carga Global de Enfermedad

Abellon, A. P. (2016). Informes de envejecimiento. Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos.

OMS. (2017). La salud mental y los adultos mayores.