

ARTÍCULO ORIGINAL

COGNICIÓN Y ESTADO DE ÁNIMO/COMPORTAMIENTO DE LAS PERSONAS MAYORES ATENDIDAS A DOMICILIO

ASPECTOS DESTACADOS

1. Caracterización sociodemográfica de las personas mayores en Atención Domiciliaria.
2. Comorbilidades más frecuentes en ancianos en Atención Domiciliaria.
3. Indicadores clínico-funcionales relacionados con la cognición y el estado de ánimo/comportamiento.

Claudia Maria Ferrony Rivas¹ 

Natalia Cassol Bolzan² 

Naiana Oliveira dos Santos¹ 

Carla Cristiane Becker Kottwitz Bierhals³ 

Maria Helena Gehlen¹ 

Emilly Barcelos Petter¹ 

Clandio Timm Marques¹ 

RESUMEN

Objetivos: identificar las características sociodemográficas; y analizar la asociación de las variables sociodemográficas a los sistemas funcionales relacionados con la cognición y el estado de ánimo/comportamiento de las personas mayores vinculadas a la Atención Domiciliaria. **Método:** investigación transversal, descriptiva, realizada con la participación de 108 ancianos vinculados a la Asistencia Domiciliaria en el municipio de Santa Maria- RS - Brasil. Se utilizó el cuestionario de datos sociodemográficos y el Índice de Vulnerabilidad Clínico Funcional IVCF-20. La asociación de variables se analizó mediante la prueba chi-cuadrado y la prueba de muestras independientes. **Resultados:** predominio de mujeres de edad avanzada; edad media $78,7 \pm 9,3$ años; y bajo nivel educativo e ingresos familiares entre 1 y 2 salarios mínimos. La morbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial sistémica. No se encontraron asociaciones entre las variables sociodemográficas y los sistemas funcionales relacionados con la cognición y el estado de ánimo/comportamiento. **Conclusión:** se destaca la importancia de la planificación y las intervenciones en el entorno domiciliario.

DESCRIPTORES: Enfermería geriátrica; Anciano; Cognición; Conducta; Servicios de Atención de Salud a Domicilio.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Rivas CMF, Bolzan NC, Santos NO dos, Bierhals CCBK, Gehlen MH, Petter EB, et al. Cognition and mood/ behavior in home care elderly. Cogitare Enferm. [Internet]. 2023 [cited "insert year, month, day"]; 28. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.89523>

¹Universidade Franciscana, Santa Maria, RS, Brasil.

²Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población se está produciendo de forma significativa y acelerada en todo el mundo. Se calcula que en 2050 la población mundial de más de 60 años alcanzará los 2.000 millones de personas¹. En Brasil, se espera que en ese año los ancianos de 65 años o más representen el 21,87% de la población².

Esta transición demográfica de la población, caracterizada por el envejecimiento y explicada por el descenso de la natalidad y la mortalidad, va acompañada de la transición epidemiológica³. El proceso de envejecimiento provoca cambios en las características de las enfermedades de la población, evidenciando el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles⁴. Con el aumento de las enfermedades crónicas, se añaden las discapacidades funcionales en las personas mayores⁵.

Sin embargo, en el proceso de atención sanitaria a las personas mayores, el envejecimiento no debe verse como una certeza de discapacidad y dependencia, sino como un mayor riesgo de vulnerabilidad. Incluso presentando algunos problemas de salud, las personas mayores, muchas veces, son capaces de desempeñar su papel en la sociedad. Sin embargo, este hallazgo no permite pensar en estrategias para transformar los modelos de atención, siendo significativo utilizar la capacidad funcional como indicador de salud⁵. La funcionalidad global puede entenderse como la capacidad del individuo para adaptarse a las dificultades encontradas en su vida cotidiana, realizando su inserción en la sociedad, incluso frente a limitaciones sociales, físicas y mentales⁶.

El bienestar está relacionado con la funcionalidad y se refleja en la autonomía (capacidad de tomar decisiones) y la independencia (capacidad de rendimiento), que permiten al individuo ocuparse de su vida, y ambas capacidades son estrictamente intrínsecas al funcionamiento integrado de los dominios funcionales: cognición; estado de ánimo/comportamiento; movilidad; y comunicación. La base para la evaluación de la funcionalidad se basará en estos dominios y se evaluará en función de las actividades básicas de la vida diaria, relacionadas con el autocuidado, como la capacidad del anciano para bañarse, y las instrumentales, es decir, las actividades de mayor complejidad, asociadas a la capacidad para realizar tareas de la vida diaria, como la capacidad para limpiar la casa⁵.

En este contexto, se advierte la importancia de rastrear e identificar las características que identifican la fragilidad en cuanto a la funcionalidad en los ancianos, ya que muchos profesionales de la salud en el país tienden a considerar a los ancianos frágiles, basándose en su apariencia general, enfermedades y comorbilidades⁷. Por lo tanto, la evaluación de la funcionalidad global y de los principales sistemas funcionales, especialmente la cognición y el estado de ánimo/comportamiento, son esenciales para preservar y estimular la autonomía de las personas mayores.

Por ello, es fundamental utilizar instrumentos de cribado rápido que puedan ser realizados por cualquier profesional sanitario y que sean capaces de identificar a los ancianos con riesgo de fragilidad funcional, como el Índice de Vulnerabilidad Clínica y Funcional-20 (IVCF-20)⁸. El IVCF-20 es un instrumento importante para reconocer de forma rápida y sencilla a los ancianos frágiles en Atención Domiciliaria (AD).

Assim como é importante que enfermeiros estejam familiarizados com instrumentos de avaliação da funcionalidade global, sabendo como aplicá-los, facilitando o rastreio de idosos frágeis e permitindo avanços em relação à saúde do idoso. La Atención Sanitaria se destaca como una estrategia para proporcionar una atención sanitaria singular e integral, realizada en el domicilio del usuario, promoviendo la autonomía del individuo, la participación de la familia y la mirada ampliada del equipo de salud en el proceso de atención⁹. Por lo tanto, evaluar la funcionalidad global de los ancianos en la EA a través del IVCF-20 y con énfasis en la cognición y el estado de ánimo / comportamiento es esencial para reconocer las necesidades de salud de esta población en relación con la autonomía,

el apoyo a la planificación de acciones de salud. También es importante que los enfermeros estén familiarizados con las herramientas de evaluación de la funcionalidad global y sepan cómo aplicarlas, lo que facilitará la detección de ancianos frágiles y permitirá avanzar en la salud de los ancianos.

En vista de lo anterior, el presente estudio tuvo como pregunta de investigación: ¿Cómo se acompañan los sistemas funcionales relacionados con la cognición y el estado de ánimo/comportamiento de los ancianos con la AD de la Atención Primaria de Salud (APS)? Y el objetivo de identificar las características sociodemográficas y analizar la asociación de las variables sociodemográficas con los sistemas funcionales relacionados con la cognición y el estado de ánimo/comportamiento de las personas mayores vinculadas a la AD.

MÉTODOS

Investigación transversal, descriptiva, de enfoque cuantitativo y realizada mediante contacto telefónico. Los participantes de la investigación fueron 108 ancianos de 60 años o más vinculados al AD1 de la APS del municipio de Santa María, región localizada en el estado de Rio Grande do Sul - Brasil.

El campo de estudio estuvo compuesto por cuatro Estrategias de Salud Familiar (ESF). La selección de los cuatro ESF se debe a que representan el 28,5% de las unidades que tienen más personas mayores inscritas en el AD. La elección de las ESF ocurrió a través de encuesta con el responsable por la Política de Salud del Anciano de la Secretaría Municipal de Salud, totalizando 247 ancianos vinculados a la AD en esas cuatro ESF de la ciudad. La recogida de datos tuvo lugar entre julio y agosto de 2021.

Para identificar el cálculo del tamaño de la muestra, obtuvimos una población de 247 personas mayores vinculadas a las cuatro ESF participantes en el estudio. Se consideró un nivel de fiabilidad del 95%, un margen de error del 5% y una proporción esperada del 10%¹⁰, lo que dio como resultado la necesidad de una muestra de 108 ancianos.

Los criterios de inclusión de los participantes en el estudio fueron: ancianos de 60 años o más, de ambos sexos y ancianos inscritos en la AD1 de las estrategias de salud familiar mencionadas. Entre los criterios de exclusión estaban: ancianos con los que no fue posible establecer contacto telefónico tras tres intentos en distintos periodos y momentos; ancianos institucionalizados u hospitalizados en el momento de la recogida de datos; y ancianos con discapacidad o deterioro cognitivo y diagnosticados de demencia avanzada.

Tras una capacitación previa sobre la llamada telefónica, la aplicación del cuestionario, el instrumento y los aspectos éticos para evitar sesgos en la aplicación de los instrumentos, los investigadores, estudiantes de enfermería, iniciaron la recogida de datos por teléfono de julio a agosto de 2021. Se utilizaron el cuestionario de datos sociodemográficos y el índice de vulnerabilidad clínico-funcional (IVCF-20)⁸. En las entrevistas estuvieron presentes el investigador, que realizó el contacto telefónico, y los ancianos con su cuidador o familiar, que ayudó con las respuestas al cuestionario y el instrumento a aplicar.

En primer lugar, se identificó a las personas mayores vinculadas al AD1 de las ESF a través de listas facilitadas por los equipos sanitarios participantes en el estudio. Con los usuarios que cumplían los criterios de inclusión, se estableció contacto telefónico programando un tiempo disponible para el diálogo con los ancianos según sus preferencias y mediante videollamadas o sólo llamadas de voz.

Se realizaron tres intentos de contacto telefónico, tanto para la llamada inicial de programación como para la entrevista, en días y turnos diferentes, excluyendo a los 247 usuarios de AD1: 67 usuarios porque no se obtuvo contacto; dos usuarios que estaban institucionalizados u hospitalizados en el momento de la recogida de datos; 22 ancianos con

discapacidad o deterioro cognitivo y con diagnóstico de demencia avanzada identificado en los historiales médicos de los usuarios; 10 ancianos que fallecieron; cinco ancianos que no aceptaron participar en la investigación y 33 usuarios cuyo contacto telefónico figuraba como inexistente u obsoleto, totalizando para la muestra final 108 ancianos.

Las llamadas se grabaron a través de un servicio de mensajería en línea que pueden utilizar distintos dispositivos al mismo tiempo. Con la aplicación era posible organizar grupos en los que los miembros podían compartir archivos simultáneamente, guardarlos y consultarlos de forma segura.

En la fase de entrevista, se explicó el Formulario de Consentimiento Informado y, tras el consentimiento, se aplicaron los siguientes instrumentos: el cuestionario de datos sociodemográficos y el IVCF-20. Las entrevistas duraron una media de 30 minutos. Durante la recogida de datos, los cuidadores ayudaron a los investigadores en el interrogatorio dirigido a los ancianos.

El cuestionario de datos sociodemográficos fue elaborado por los investigadores de este estudio, conteniendo las siguientes preguntas: fecha de nacimiento, edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, religión, ingresos familiares, número de personas que viven en el mismo hogar y tipo de cuidador que tiene el usuario y problemas de salud (comorbilidades).

El IVCF-20 es un instrumento multidimensional e interdisciplinario, que fue desarrollado por un grupo de investigadores en Brasil, con el objetivo de ser una metodología de tamizaje de fácil aplicación en APS y evalúa los principales determinantes de la salud de los ancianos.⁵ Se trata de un instrumento sencillo, con un tiempo medio de aplicación de entre cinco y diez minutos, y consta de 20 preguntas que evalúan ocho dimensiones que predicen el deterioro funcional en los ancianos: edad; autopercepción de la salud; actividades de la vida diaria; cognición; estado de ánimo; movilidad; comunicación; y presencia de múltiples comorbilidades. En el presente estudio, se utilizaron las dimensiones relacionadas con la cognición (tres preguntas) y con el estado de ánimo/comportamiento (dos preguntas)⁵.

Debido al contexto de la pandemia por COVID-19, durante el periodo de recogida de datos, se preguntó al autor del instrumento IVCF-20 sobre la posibilidad de aplicarlo mediante contacto telefónico. El autor afirmó que la recogida podría realizarse de este modo.

Los datos se introdujeron en una hoja de cálculo Excel® y se analizaron con el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows, versión 25. Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de salud de los ancianos, así como de los indicadores de vulnerabilidad clínico-funcional de los sistemas funcionales cognitivo y del estado de ánimo/conductual, representándose las variables cuantitativas como media y desviación típica y las cualitativas como frecuencia absoluta y relativa. Para la asociación de las variables sociodemográficas con los sistemas funcionales referidos a la cognición y al estado de ánimo/comportamiento, se realizaron la prueba de chi-cuadrado y la prueba t de Student para muestras independientes para el sistema funcional estado de ánimo/comportamiento. Las asociaciones se consideraron significativas cuando los resultados presentaron un valor $p < 0,05$.

Los aspectos éticos se cumplieron de acuerdo con el dictamen del Comité de Ética de la Investigación, con el número 4.733.308.

RESULTADOS

Los usuarios de la investigación eran en su mayoría mujeres, 77 (71,3%), con una edad media de $78,7 \pm 9,3$ años, 48 (44,4%) estaban casadas/en unión estable y 47 (43,5%)

eran viudas, y 71 (65,7%) sólo tenían estudios primarios incompletos. En cuanto a los ingresos totales del hogar, 56 (54,3%) percibían entre 1 y 2 salarios mínimos. En cuanto a la comorbilidad, la más frecuente fue la hipertensión arterial sistémica (HSA) 69 (63,9%), seguida de la diabetes mellitus (DM) 41(38%) y la artritis/artrosis 35(32,4%). La tabla 1 presenta las características sociodemográficas y las comorbilidades más frecuentes en los ancianos participantes en la investigación.

Tabla 1- Caracterización en cuanto a datos sociodemográficos y comorbilidades de los ancianos en EA. Santa Maria, RS, Brasil, 2021

Variables sociodemográficas	n=108 (%)
Edad (media \pm DE) *	78,7 \pm 9,3
Sexo(n)**	
Hombre	31(28,7)
Mujer	77(71,3)
Estado civil (n)	
Solo	5(4,6)
Casado/unión estable	48(44,4)
Viudo	47(43,5)
Divorciado	8(7,5)
Nivel de escolaridad (n)	
Primario incompleto	71(65,7)
Escuela primaria completa	23(21,3)
Secundaria incompleta	7(6,5)
Media completa	7(6,5)
Renta total por hogar(n)***	
< 1 salario-mínimo	4(3,9)
1 - 2 salarios-mínimos	56(54,3)
2 - 3 salarios-mínimos	32(31,1)
Más de 3 salarios-mínimos	11(10,7)
Comorbilidades(n)	
Hipertensión arterial sistémica	69(63,9)
Diabetes Mellitus	41(38)
Artritis/artrosis	35(32,4)
Depresión	21(19,4)
Dislipidemia	20(18,5)
Insuficiencia cardíaca congestiva	12(11,1)
Cáncer	10(9,3)
Enfermedad de Parkinson	6(5,6)

Enfermedad renal crónica	3(2,8)
Otras	70(64,8)

*Variable cuantitativa (media desviación estándar). **Variable categórica (frecuencia absoluta y percentil). ***Calculado sobre la base del salario mínimo vigente (1.100,00 reales)

Fuente: autores (2021).

Los datos de los sistemas funcionales relacionados con los indicadores de vulnerabilidad clínica y funcional relativos a la cognición mostraron que 67 (62%) de los ancianos declararon que algún familiar o amigo afirmaba que el anciano se estaba volviendo olvidadizo. Por otro lado, 34 (31,5%) de los usuarios percibieron que el olvido estaba empeorando en los últimos meses, y sólo 16 (14,8%) refirieron que el olvido impedía la realización de alguna actividad de la vida diaria.

En las preguntas relacionadas con el estado de ánimo/comportamiento, se evidenció que 63 (58,3%) de los ancianos habían sentido desánimo, tristeza o desesperanza en el último mes y 39 (36,1%) habían perdido interés o placer en realizar actividades antes consideradas placenteras en el mismo periodo. La Tabla 2 presenta los sistemas funcionales cognición y estado de ánimo/comportamiento y las preguntas relacionadas con los indicadores de vulnerabilidad clínica y funcional de estos sistemas.

Tabla 2 - Sistemas funcionales - cognición y estado de ánimo/comportamiento e indicadores de vulnerabilidad clínico-funcional. Santa Maria, RS, Brasil, 2021

Sistema Funcional	Indicadores de vulnerabilidad clínica y funcional	Sí n (%)	No n (%)
Cognición	¿Algún familiar o amigo le ha comentado que se está volviendo olvidadizo?	67(62)	41(38)
	¿Ha empeorado este olvido en los últimos meses?	34(31,5)	73(67,6)
	¿Estos olvidos le impiden realizar alguna actividad de la vida diaria?	16(14,8)	92(85,2)
Humor/ comportamiento	En el último mes, ¿te has sentido desanimado, triste o desesperanzado?	63(58,3)	45(41,7)
	En el último mes, ¿ha perdido el interés o el placer por actividades que antes disfrutaba?	39(36,1)	69(63,9)

Fuente: autores (2021).

La Tabla 3 muestra que ningún indicador de vulnerabilidad clínica y funcional relativo al sistema funcional de cognición tuvo una asociación significativa cuando se asoció con el sexo, la edad, la educación y los datos sobre el uso regular de uno o más medicamentos todos los días, recogidos por el instrumento IVCF-20.

Tabla 3 - Asociaciones de variables sociodemográficas e indicadores de vulnerabilidad clínico-funcional-cognitiva. Santa Maria, RS, Brasil, 2021

Sistema Funcional-Cognición							
Indicadores de vulnerabilidad clínica y funcional							
Variables n=108	¿Le ha comentado algún familiar o amigo que se está volviendo olvidadizo?		¿Este olvido le impide realizar alguna actividad de la vida cotidiana? ¿Este olvido impide la realización de alguna actividad de la vida cotidiana?		¿Este olvido le impide realizar alguna actividad de la vida diaria?		p
	Sí n(%)	No n(%)	Sí n(%)	No n(%)	Sí n(%)	No n(%)	
Sexo							
Hombre (n=31)	19 (61)	12 (38,7)	7 (22,6)	24 (77,4)	5 (16,1)	26 (83,9)	0,919*
Mujer (n=77)	48 (62,3)	29 (37,7)	27 (35,1)	50 (64,9)	11 (14,3)	66 (85,7)	0,210*
Edad							
60 a 74 (n=38)	22 (57,9)	16 (42,1)	12 (31,6)	26 (68,4)	7 (18,4)	31 (81,6)	
75 a 84 (n=36)	22 (61,1)	14 (38,9)	10 (27,8)	26 (72,2)	2 (5,6)	34 (94,4)	0,689*
Igual o superior de 85 (n=34)	23 (67,6)	11 (32,4)	12 (35,3)	22 (64,7)	7 (20,6)	27 (79,4)	0,807*
Escolaridad							
Primario incompleto (n=71)	43 (60,3)	28 (39,4)	24 (33,8)	47 (66,2)	14 (19,7)	57 (80,3)	
Escuela primaria completa (n=23)	16 (69,6)	7 (30,4)	6 (26,1)	17 (73,9)	1 (4,3)	22 (95,7)	0,578*
Media incompleta (n=7)	5 (71,4)	2 (28,6)	3 (42,9)	4 (57,1)	1 (14,3)	6 (85,7)	0,600*
Media completa (n=7)	3 (42,9)	4 (57,1)	1 (14,3)	6 (85,7)	0 (0,0)	7 (100)	0,206*
Uso de 5 o más medicamentos ≠ todos los días							
Sí (n=57)	36 (63,2)	21 (36,8)	20 (35,1)	37 (64,9)	10 (17,5)	47 (82,5)	
No (n=51)	31 (60,8)	20(39,2)	14 (27,5)	37 (72,5)	6 (11,8)	45 (88,2)	0,800*

*Test chi-cuadrado

Fuente: autores (2021).

La Tabla 4 demuestra las asociaciones hechas con las variables presentadas y los indicadores de vulnerabilidad clínica y funcional, humor/comportamiento. Se observa que la variable "número de comorbilidades en total" no tuvo relación con los indicadores de vulnerabilidad clínica y funcional.

Tabla 4- Asociaciones de variables sociodemográficas e indicadores de vulnerabilidad clínica y funcional - Estado de ánimo/comportamiento. Santa Maria, RS, Brasil, 2021

Sistema funcional-Humor/comportamiento						
Indicadores de vulnerabilidad clínica y funcional						
Variables n=108	En el último mes, ¿se sintió desanimado, triste o desesperanzado?		p	En el último mes, ¿ha perdido el interés o el placer por actividades que antes le resultaban placenteras?		p
	Sí n(%)	No n(%)		Sí n(%)	No n(%)	
Sexo[†]						
Hombres (n=31)	16(51,6)	15(48,4)		13(41,9)	18(58,1)	
Mujeres (n=77)	47(61)	30(39)	0,369*	26(33,8)	51(66,2)	0,424*
Edad[†]						
60 a 74 (n=38)	26(68,4)	12(31,6)		17(44,7)	21(55,3)	
75 a 84 (n=36)	18(50)	18(50)		10(27,8)	26(72,2)	
Igual o superior a 85 (n=34)	19(55,9)	15(44,1)	0,259*	12(35,3)	22(64,7)	0,314*
Estado civil[†]						
Soltero (n=5)	2 (40)	3(60)		2 (40)	3(60)	
Casado/unión estable (n=48)	32(66,7)	16(33,3)		23(47,9)	25(52,1)	
Viudo (n=47)	25(53,2)	22(46,8)		13(27,7)	34(72,3)	
Divorciado/separado (n=8)	4(50)	4(50)	0,423*	1(12,5)	7(87,5)	0,097*
Cuántas comorbidades en total (n=108)						
	Media ± DE			MEdia ± DE		
Sí (n=63)	3,19 ±1,857		0,054**	Sí (n=39)	3,26±1,173	0,189**
No (n=45)	2,62			No(n=69)	2,78	

*Test *chi-cuadrado*; **Test *T de Student*; †Variables categóricas (%).

Fuente: autores (2021).

DISCUSIÓN

A maior parte dos participantes da pesquisa foi constituída por mulheres com a idade média de 78 anos, corroborando estudos realizados com idosos em AD no Rio de Janeiro e São Paulo ^{11, 12}. A feminização do envelhecimento pode ser explicada devido às mulheres terem maior expectativa de vida, por estarem em menor exposição aos riscos de trabalho, utilizarem menos tabaco e álcool e à diferença de atitude perante as doenças e incapacidades quando comparadas aos homens¹³. La mayoría de los participantes de la investigación fueron mujeres con edad media de 78 años, corroborando estudios realizados con ancianos en AD en Rio de Janeiro y São Paulo ^{11, 12}. La feminización del envejecimiento puede explicarse por la mayor esperanza de vida de las mujeres, su menor exposición a los riesgos laborales, el menor consumo de tabaco y alcohol y la diferencia de actitud frente a las enfermedades y discapacidades en comparación con los hombres¹³.

El bajo nivel de escolaridad de los usuarios con enseñanza primaria incompleta corrobora un estudio realizado en el municipio de Campinas/São Paulo, con 986 ancianos, mostrando bajos niveles de escolaridad y señalando que la mayoría de los ancianos tenía apenas de cero a cuatro años de escolaridad²². Otros estudios con temáticas similares ratifican estos datos^{15,16}. Así, en la atención domiciliaria, el profesional de la salud debe, a través de una mirada integral y de acciones educativas, orientar al anciano para que esté informado sobre los cuidados relacionados con su salud¹⁷.

Estudios encontrados en la literatura brasileña^{11,18} reiteran la constatación de baja renta familiar observada en la presente investigación. Un bajo nivel educativo y unas condiciones económicas reducidas exponen a las personas mayores a una mayor vulnerabilidad social y a consecuencias negativas para su salud, como un mayor riesgo de fragilidad y déficit cognitivo¹⁶. Reconociendo que los ancianos representan una de las porciones más vulnerables de la población, se desea que los servicios de APS puedan organizar y prestar servicios para la salud de los ancianos, teniendo en cuenta las particularidades de esta población, a fin de reducir las inequidades en salud¹⁹.

Entre las comorbilidades más frecuentes que presenta la investigación destacan la HSA y la DM, seguidas de la artritis/artrosis. En una investigación¹⁷ sobre ancianos vinculados a la atención domiciliaria en atención primaria, la HAS mostró una mayor prevalencia entre las comorbilidades, seguida de la artritis y la depresión. Demostrar la importancia de las estrategias de promoción de la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades en el ámbito de la APS, con vistas al envejecimiento saludable de la población asistida²⁰.

En cuanto a las preguntas relacionadas con los indicadores de vulnerabilidad clínico-funcional relacionados con la cognición, la mayoría de los ancianos relató que algún amigo o familiar hablaba de que el anciano era olvidadizo, y, en este aspecto, un estudio sobre las dimensiones predictoras de las condiciones clínico-funcionales y de la cognición en los ancianos trae resultados divergentes, aunque importantes, cuando se utilizan los indicadores relacionados con la cognición del IVCF-20. Por el contrario, sólo el 40,3% de los ancianos declaró que algún familiar o amigo le había dicho que se estaba volviendo olvidadizo; el 18,4% de los ancianos percibió que el olvido estaba empeorando en los últimos meses y el 5,9% declaró que el olvido le impedía realizar alguna actividad de la vida diaria²¹.

El olvido se relaciona en ocasiones con la pérdida cognitiva y a menudo se percibe como algo inherente al envejecimiento y se asocia a la presencia de depresión, ya que los ancianos pueden aislarse socialmente debido a que la percepción de la pérdida de memoria es vista como algo negativo por la sociedad²². La pérdida cognitiva se considera una condición que expone a los ancianos a la vulnerabilidad, lo que requiere que los profesionales sanitarios desarrollen estrategias que preserven el estado cognitivo, reduzcan los síntomas depresivos y promuevan la calidad de vida²³, como fomentar la interacción social de los ancianos a través de actividades de grupo en las ESFs.

En cuanto a las cuestiones de estado de ánimo/comportamiento, mostraron que más de la mitad de los usuarios mayores sintieron desánimo, tristeza o desesperanza en el último mes. Ensayo comunitario aleatorizado, desarrollado en el norte de Minas Gerais, en el que se utilizó el IVCF-20 para la estratificación de la vulnerabilidad clínica y funcional de los ancianos acompañados por equipos de ESF, constató que al final del estudio había porcentajes más elevados para "ninguna manifestación de tristeza, desánimo o desesperanza" a partir de 62, 1% a 67%, y que "no hay pérdida de interés o placer" de 80,2% a 87,3% después de las acciones de matriciamiento con actividades educativas para los equipos de salud¹⁸, lo que demuestra que la asistencia a los profesionales de la salud califica los escenarios de atención, lo que se refleja en resultados beneficiosos para la salud de las personas mayores.

Además, los profesionales sanitarios deben ser conscientes de la necesidad de intervenciones psicosociales para los ancianos con AD. Estas intervenciones deben realizarse planificando una atención singularizada, factible de ser realizada en el ambiente domiciliario y buscando la observación precoz de los síntomas depresivos y sus consecuencias²⁴.

En cuanto a los factores asociados a las variables sociodemográficas y a los indicadores de vulnerabilidad clínico-funcional-cognitiva, éstos no mostraron asociación estadísticamente significativa en el análisis. Sin embargo, es relevante destacar que el aumento de la edad, el bajo nivel educativo²¹ y la polifarmacia²⁶ pueden influir negativamente en los aspectos cognitivos y funcionales y conducir a una reducción de la capacidad funcional y, en consecuencia, a una disminución de la autonomía y la independencia de los ancianos²¹.

Así, es fundamental promover aspectos educacionales relacionados a la salud del anciano en busca de la mejoría y preservación de las funciones cognitivas²⁶, garantizar una farmacoterapia adecuada al individuo, especialmente en el escenario de la APS²⁷ y reflexionar sobre otras formas de terapia para los usuarios ancianos, además de la farmacoterapia, visando formas preventivas y complementarias, como alimentación saludable y actividad física²⁵.

En el análisis de la variable "cuántas morbilidades" y la respuesta "sí" a la pregunta relativa al indicador de estado de ánimo/comportamiento sobre si la persona mayor se había sentido desanimada, triste o desesperanzada en el último mes no se observó una asociación estadísticamente significativa. Sin embargo, en la práctica clínica, se observa que una evaluación geriátrica amplia, con anamnesis adecuada y abordaje del sistema funcional humor/conducta, evaluado en este estudio, posibilita el fortalecimiento de la atención al anciano, ampliando así el acceso a la salud. Un estudio realizado con ancianos en una ESF ha demostrado que la multimorbilidad en la población anciana está estrechamente asociada a síntomas de depresión y a una menor percepción de la calidad de vida²⁸.

El sexo, la edad y el estado civil no tuvieron una asociación significativa con los indicadores del sistema funcional del estado de ánimo. En contraposición a este resultado, una investigación indica que el género femenino y los ancianos viudos y divorciados presentan mayores síntomas de depresión²⁹. Así como el aumento de la edad, que tiende a hacer a las personas más vulnerables a los problemas de salud, las discapacidades y las enfermedades crónicas, lo que conduce a una autopercepción negativa de la salud y el estado de ánimo³⁰.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se observa que los datos presentados muestran la caracterización de una muestra específica de usuarios mayores en atención domiciliaria, y no pueden representar una porción más amplia de este grupo de edad en AD. No obstante, se espera que los datos resultantes de la investigación puedan contribuir a la realización de nuevos estudios y sirvan para cualificar la atención a las personas mayores en AD a través de los resultados obtenidos, aportando mejoras a este modelo de atención sanitaria y, en consecuencia, a la salud de la población mayor, manteniendo la funcionalidad, promoviendo la autonomía e independencia de las personas mayores en AD.

CONCLUSIÓN

Se destaca la importancia de dirigir la planificación y las intervenciones dentro del entorno domiciliario a una asistencia sanitaria factible de ser implementada y dirigida a las necesidades del proceso de envejecimiento y a la funcionalidad del individuo anciano, abarcando la cognición y el estado de ánimo/comportamiento a la hora de elaborar los cuidados. En este sentido, la investigación trae contribuciones al área gerontológica, ya que puede ayudar a la planificación de acciones de los servicios de atención domiciliaria, así como servir de subsidio para el desarrollo de nuevos estudios relacionados con el tema.

REFERENCIAS

1. Organização panamericana de saúde/organização mundial da saúde (OPAS/OMS). Envelhecimento e Saúde. Folha Informativa [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar. 15]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820#:~:text=Pessoas%20em%20todo%20o%20mundo,t%C3%AAm%2080%20anos%20o-u%20mais.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE). Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar. 21]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>.
3. Oliveira, AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Hygeia [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar. 21];15(31): 69-79. Available from: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614/27320>.
4. Silveira, EA; Vieira, LL; Souza, JD. Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar. 23]; 23(3): 903-912. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.01612016>.
5. Moraes, EN; Azevedo, RS; Moraes, FL; Pereira, AMVB. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Avaliação multidimensional do idoso. SAS [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar. 21]:0-113. Available from: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliacaomultiddoidoso_2018_atualiz.pdf.
6. Ballesteros, SM, Montoya, MJ. Individual- and state-level factors associated with functional limitation prevalence among Colombian elderly: a multilevel analysis. Cad Saúde Pública [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr. 22]; 34(8). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00163717>.
7. Moraes EM, Carmo JÁ, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. Rev. Saúde Pública [Internet] 2016 [cited 2021 Apr. 22]; 50. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006963>.
8. Moraes EN, Carmo JA, Machado CJ, Moraes FL. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20: proposta de classificação e hierarquização entre os idosos identificados como frágeis. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr. 21]; 22(1):31-5. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/43424>.
9. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Domiciliar Melhor em Casa [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [cited 2021 Mar. 20]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf.
10. Lins MEM, Marques APO, Leal MCC, Barros, RLM. Risco de fragilidade em idosos comunitários assistidos na atenção básica de saúde e fatores associados. Rev. Saúde Debate [Internet]. 2019 [cited 2020 Dec. 01]; 43(121): 520-529. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n121/0103-1104-sdeb-43-121-0520.pdf>.
11. Neves ANOJ, Seixas CT, Andrade AM, Castro EAB. Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2019 [cited 2021 May 01]; 29 (02). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290214>.
12. Yonekura T, Silva CA, Godoi, GA. A desigualdade social e o perfil de saúde dos idosos atendidos por um serviço de assistência domiciliar no município de São Paulo. Estud. Interdiscipl. Envelhec. [Internet] 2017 [cited 2021 May 01]; 22(01). Available from: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.43699>.
13. Jesus ITM, Orlandi AAS, Grazziano ES, Zazzetta MS. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. Acta Paul Enferm [Internet] 2017 [cited 2021 May 03]; 30(6):614-620. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700088>.
14. Sousa NFS, Lima MG, Cesar CLG, Barros MBA. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. Cad Saúde Pública [Internet] 2018 [cited 2021 May 03]; 34 (11). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00173317>.

15. Ceccon RF, Vieira LJES, Brasil CCP, Soares KG, Portes VM et al. Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. *Cienc. saúde colet* [Internet] 2021 [cited 2021 May 03]; 26 (01): 17-26. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30352020>.
16. Júnior, FBA, Machado, ITJ, Santos-Orlandi, AA, Pergola-Marconato, AM, Pavarini, S.C.I., Zazzetta, MZ. Fragilidade, perfil e cognição de idosos residentes em área de alta vulnerabilidade social. *Cien. Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [cited 2021 Oct. 01]; 24(8): 3047-3056. Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fragilidade-perfil-e-cognicao-de-idosos-residentes-em-area-de-alta-vulnerabilidade-social/16530?id=16530>.
17. Ramos G, Predebon ML, Dal Pizzol FLF, Soares JV, Paskulin LMG, Rosset I. Idosos vinculados à atenção domiciliar da atenção primária à saúde: caracterização, morbidades e acesso aos serviços. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct. 01]; 26. Available from: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.73818>.
18. Maia LC, Colares TFB, Moraes EN, Costa SM, Caldeira AP. Impacto do apoio matricial a idosos na atenção primária: ensaio comunitário randomizado. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2021; [cited 2021 Oct. 03]; 55(10). Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002685>.
19. Schenker, MC, Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct. 03]; 24(4): 1369-1380. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>.
20. Kessler M., Thumé E, Duro SMS, Tomasi E, Siqueira FCV, Silveira DS et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2020 Dec. 21]; 27(2): e2017389. Available from: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000200019>.
21. Silva JNMA, Leite MT, Gaviraghi LC, Kirsten VR, Kinalski SS, Hildebrandt LM, et al. Predicting dimensions of clinical/functional conditions and cognition in the elderly. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec. 21]; 73(Suppl 3): e20190162. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0162>.
22. Arreguy-Sena, C, Marangon, A, Gomes, AT, de Melo L, Martins, R., Fontes, F. Representações Sociais sobre Esquecimento e Depressão por Pessoas Idosas: Abordagem Processual. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec. 23]; 11(1). Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2480>.
23. Gil, I, Costa P, Parola V, Cardoso D, Almeida M, Apóstolo J. Efficacy of reminiscence in cognition, depressive symptoms and quality of life in institutionalized elderly: a systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec. 20]; v.53(e03458). Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018007403458>.
24. Predebon MP, Ramos G, Dal Pizzol FLF, Soares JV, Paskulin LMG, Rosset I. Life satisfaction and health self-assessment of older adults assisted through home care. *Rev Bras Enferm.* [Internet] 2021 [cited 2021 Dec. 19]; 74(Suppl 2): e20200357. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0357>.
25. Maragno, LB, Matta AL, Nascimento DSF, Xavier AJ. Polifarmácia e cognição em pacientes com idade avançada. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica* [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov. 03]; 17(4): 180-182. Available from: <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/714>.
26. Nazar F, Gomes FRH, Oliveira V, Vagetti GC. Qualidade de vida, atividade física e cognição na população idosa: uma revisão sistemática. *Rev. UNINGÁ Review* [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov. 03]; 35 (eRUR2789). Available from: <https://doi.org/10.46311/2178-2571.35.eRUR2789>.
27. Oliveira, PC, Silveira MR, Cecatto MGB, Reis AMM, Pinto IVL, Reis EA. Prevalência e Fatores Associados à Polifarmácia em Idosos Atendidos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov. 05]; (26) 4: 1553-1564. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.08472019>.
28. Amaral, TLM, Amaral CA, Lima NS, Herculano PV, Prado PR, Monteiro GTR. Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guimard, Acre, Brasil. *Cienc. saúde colet* [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov. 05]; 23(9): 3077-3084. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.22532016>.
29. Sousa KA, Freitas FFQ, Castro AP, Oliveira CDB, Almeida AAB, Sousa KA. Prevalência de sintomas de

depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. REME Rev Min Enferm. [Internet]. 2017 [cited 2021 Oct. 10]; 21:e-1018. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170028>.

30. Ribeiro P, Banhato E, Guedes D. Perfil clínico e uso de serviços de saúde em idosos. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct. 11]; 17: 25-34. Available from: <https://doi.org/10.12957/rhupe.2018.40808>.

COGNITION AND MOOD/BEHAVIOR IN HOME CARE ELDERLY

ABSTRACT:

Objectives: to identify the sociodemographic characteristics; and to analyze the association of sociodemographic variables with functional systems related to cognition and mood/behavior of elderly people linked to Home Care.

Method: cross-sectional, descriptive research, carried out with the participation of 108 elderly people linked to Home Care in the city of Santa Maria - RS - Brazil. We used a questionnaire of sociodemographic data and the Clinical and Functional Vulnerability Index IVCF-20. The association of the variables was analyzed using the chi-square test and independent samples test. **Results:** predominance of elderly females; mean age 78.7 ± 9.3 years; and low education and family income between 1 and 2 minimum wages. The most frequent morbidity was systemic arterial hypertension. No associations were found between the sociodemographic variables and the functional systems regarding cognition and mood/behavior. **Conclusion:** the importance of planning and interventions in the home environment is highlighted.

DESCRIPTORS: Geriatric Nursing; Aged/Elderly; Cognition; Behavior; Home Care Services.

Recibido en: 04/01/2022

Aprobado en: 07/08/2022

Editor asociado: Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi

Autor correspondiente:

Claudia Maria Ferrony Rivas

Universidade Franciscana

Rua dos Lírios, 463. Bairro Patronato, CEP :97020-760 Santa Maria/RS

E-mail:claudiamfrivas@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio

- Rivas CMF, Bolzan NC, Santos NO dos, Bierhals CCBK, Gehlen MH, Petter EB, Marques CT; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - Rivas CMF, Bolzan NC, Santos NO dos, Bierhals CCBK, Gehlen MH, Petter EB, Marques CT;

Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio

- Rivas CMF, Bolzan NC, Santos NO dos. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).