

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina



**RESIDENCIAS: PERFIL DEL USUARIO E IMPACTO
DEL INGRESO**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

José Luis Tobaruela González

Bajo la dirección del doctor
José Manuel ribera Casado

Madrid, 2003

ISBN: 84-669-2136-2

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA**



RESIDENCIAS: PERFIL DEL USUARIO E IMPACTO DEL INGRESO

TESIS DOCTORAL



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5317347126



**AUTOR
D. JOSE LUIS TOBARUELA GONZALEZ**

**DIRECTOR
D. JOSE MANUEL RIBERA CASADO**

JULIO 2002

INFORME DEL DIRECTOR DE LA TESIS

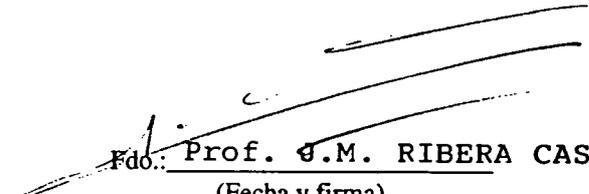
CONSIDERO QUE EL TRABAJO TITULADO "RESIDENCIAS: PERFIL DEL USUARIO E IMPACTO DEL INGRESO" REALIZADO POR D. JOSE LUIS TOBARUELA GONZALEZ, REUNE TODOS LOS REQUISITOS PARA SER DEFENDIDO COMO TESIS DOCTORAL.

VºBº
EL TUTOR (2)

El Director de la Tesis

Fdo.: _____
(Fecha y firma)

DNI

Fdo.:  Prof. G.M. RIBERA CASADO
(Fecha y firma)

DNI 00221060-F

INFORME DEL CONSEJO DE DEPARTAMENTO

DR. D. JOSÉ L. ÁLVAREZ-SALA WALTHER, DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

INFORMO: Que una vez examinado el Trabajo presentado por D. José Luis Tobaruela González, titulado: RESIDENCIAS: PERFIL DEL USUARIO E IMPACTO DEL INGRESO, dirigido por el Prof. D. José Manuel Ribera, este Departamento da su conformidad para que dicho trabajo sea leído y defendido en público con vistas a su aprobación como Tesis Doctoral.

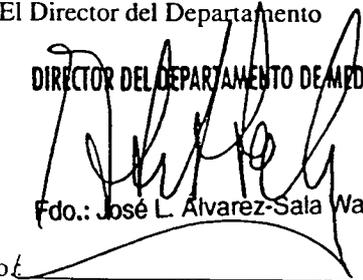
Fecha reunión
Consejo Departamento

19 SET 2002

El Director del Departamento

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Fdo.: José L. Álvarez-Sala Walther

Fdo. 
(Fecha y firma)

AGRADECIMIENTOS

- A la Comunidad de Madrid por su autorización para la realización del estudio en los Centros Residenciales de su titularidad.

- A la Sociedad Madrileña de Geriatria y Gerontología por su confianza en el proyecto y la concesión de una Beca para contribuir a los gastos del estudio.

- A los Directores de las Residencias que tan amablemente me abrieron las puertas de sus instalaciones .

- Al Departamento Médico de todos los Centros por facilitarme el acceso a la información de los sujetos sometidos a estudio y a todo el personal del Centro en general que prestaron su ayuda cuando se les solicitó y toleraron con gran hospitalidad las interferencias producidas en su trabajo por el estudio.

- Al Dr. J. Romero, al Dr. J.C. Pastor y al Dr. J. Luna por su colaboración y ayuda desinteresada.

- Al Dr. F. Fariña por su apoyo técnico y por compartir conmigo su visión de la ciencia.

- Al Profesor Dr. J.M. Ribera Casado por acceder a dirigirme esta Tesis, por su continua aportación a mi enriquecimiento profesional, por sus críticas constructivas y sobre todo por su afecto y amabilidad permanente.

- A esa fuente inagotable de conocimientos, tanto en lo profesional como en lo personal, a ese estímulo permanente por mejorar , a Esos que, a pesar de ya haberlo dado todo, continúan regalándome día a día su tesoro más preciado: su experiencia. En definitiva ,a todos los Mayores que me enseñan cada día cual es el Camino.

DEDICATORIAS

A través de los tiempos el hombre ha consumido gran parte de su tiempo intentando resolver dos grandes enigmas, tan tópicos como trascendentes: ¿De dónde venimos?, ¿A dónde vamos?. La respuesta está tan cerca que la mayoría han acabado enterrando sus dudas junto a su cuerpo.

La lectura de miles de historias, una por cada uno de los ancianos que he tenido el privilegio de atender, me ha traído la respuesta, o al menos, Mi respuesta.

Quiero dedicar este trabajo a Aquellos de donde vengo y Aquellos a donde voy:

A mis padres que regaron su semilla de amor con su esfuerzo diario para hacer de mi un hombre feliz. Gracias por darme unos sólidos cimientos para mantenerme en este mundo de arenas movedizas. Viviré en la lucha por conseguir que mis hijas piensen algún día como yo pienso de vosotros.

A mis hermanos que siempre estuvieron, están y espero que sigan estando . A Enrique, mi hermano mayor, por tantos y tantos resúmenes..... de la vida

A Begoña, esa compañera de viaje que hace mi vida cada día mas grande con trocitos de la suya. Gracias por quererme como soy..... Que no es poco.

A esas dos preciosas personitas, Miriam y Arantxa, que llenan de luz cada uno de mis días

El tiempo no pasa..... se queda
... en cada arruga... en cada gesto,
testigo infinito de lo que fuimos,
cronista insaciable de nuestra experiencia

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	
1. Un análisis necesario	11
2. Hipótesis de trabajo	13
II. OBJETIVOS	14
III. REVISIÓN DEL TEMA : Pasado, Presente y Futuro de las Residencias	
1. Historia de la atención al anciano	16
2. Definición de Residencia	23
3. Situación actual: Población y Recursos no institucionales	25
4. Tipología y cobertura asistencial de las Residencias	61
5. Objetivos de la Residencia	73
6. Servicios de la Residencia	76
7. La Residencia del Futuro	84
IV. SUJETOS, MATERIAL Y METODO	89
1. Selección de Centros	90
2. Selección de Sujetos	96
3. Metodología aplicada	98
4. Análisis estadístico	119
V. RESULTADOS	123
1. Perfil del anciano al ingreso	127
1.1. Edad	127
1.2. Sexo	128
1.3. Profesión	129
1.4. Estado civil	131
1.5. Estudios	133
1.6. Motivo de ingreso	134
1.7. Procedencia	135

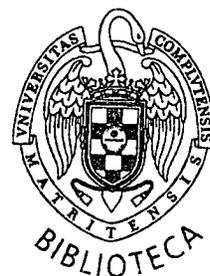
1.8.	Actitud ante el ingreso	137
2.	Morbilidad y Mortalidad	
2.1.	Patologías al ingreso	139
2.2.	Incidencia de morbilidad durante los seis primeros meses	142
2.3.	Incidencia de Mortalidad en los seis primeros meses de ingreso en la Residencia	145
3.	Consumo de fármacos	
3.1.	Consumo de fármacos al ingreso	148
3.2.	Variación del consumo farmacológico en los seis primeros meses	150
4.	Situación funcional	
4.1.	Situación funcional al ingreso	153
4.2.	Evolución de la situación funcional en los seis primeros meses	158
5.	Estado Psíquico	
5.1.	Función cognitiva	162
5.1.1.	Función cognitiva al ingreso	162
5.1.2.	Evolución de la función cognitiva en los seis primeros meses	167
5.2.	Función afectiva	171
5.1.1.	Función afectiva al ingreso	171
5.1.2.	Evolución de la función afectiva en los seis primeros meses	176
6.	Satisfacción de la estancia	178
7.	Análisis de resultados por Centros	
7.1.	Rentabilidad diagnóstica	181
7.1.1.	Según Titularidad	181
7.1.2.	Según Tamaño	181
7.1.3.	Según Infraestructura	181
7.2.	Manejo farmacológico	183
7.2.1.	Según Titularidad	183
7.2.2.	Según Tamaño	183

7.2.3. Según Infraestructura	183
7.3. Evolución de la situación funcional	185
7.3.1. Según Titularidad	185
7.3.2. Según Tamaño	185
7.3.3. Según Infraestructura	187
7.4. Evolución de la situación cognitiva	187
7.4.1. Según Titularidad	187
7.4.2. Según Tamaño	187
7.4.3. Según Infraestructura	189
7.5. Evolución de la situación afectiva	189
7.5.1. Según Titularidad	189
7.5.2. Según Tamaño	189
7.5.3. Según Infraestructura	190
VI. DISCUSIÓN	192
1. Características del anciano que ingresa en la Residencia	193
2. La enfermedad en la Residencia	201
3. Mortalidad en el primer semestre del ingreso	206
4. Consumo farmacológico	208
5. Impacto funcional del ingreso en la Residencia	212
6. Función cognitiva e ingreso en la Residencia	216
7. Función cognitiva e ingreso en la Residencia	221
8. Satisfacción del Mayor en la Residencia	224
9. Influencia del tipo de Centro	226
VII. CONCLUSIONES	228
VIII. BIBLIOGRAFIA	230
IX. ANEXOS	247
1. Anexo I: Autorización de la Comunidad de Madrid para la realización del estudio	248
2. Anexo II: Ficha de Características del Centro participante	249
3. Anexo III: Protocolo de recogida de datos del anciano	250

4. Anexo IV: Tests y escalas utilizadas	254
4.1. Escala de Cruz Roja Física	254
4.2. Índice de Katz	255
4.3. Índice de Lawton	256
4.4. Escala de Cruz Roja Psíquica	257
4.5. Mini Examen Cognitivo	258
4.6. Geriatric Depression Scale de Yesavage	259
5. Anexo V: Listado de Gráficos	260
6. Anexo VI: Listado de Tablas	262

Abreviaturas

ABVD:	Actividades básicas de la vida diaria
AIVD:	Actividades instrumentales de la vida diaria
BNCO:	Bronconeumopatía crónica obstructiva
CM:	Comunidad de Madrid
CRF:	Escala de Cruz Roja Física
CRP:	Escala de Cruz Roja Psíquica
DMT2:	Diabetes mellitus tipo 2
DT:	Desviación típica
HTA:	Hipertensión arterial
IK:	Índice de Katz
IL:	Índice de Lawton
IMSERSO:	Instituto de Migración y Servicios Sociales
INSERSO:	Instituto Nacional de Servicios Sociales
INE:	Instituto Nacional de Estadística
SEGG:	Sociedad Española de Geriatria y Gerontología



I. INTRODUCCIÓN

1.- UN ANÁLISIS NECESARIO

La continua y progresiva evolución de los Centros de atención al anciano, así como el permanente cambio en las características de nuestra población geriátrica, en lo relativo a su edad, morbilidad, capacidad funcional, etc., nos obliga a mantener una evaluación continua de la situación en que se encuentra la atención en este tipo de Centros para mantener el rumbo adecuado en cada momento.

Cualquier estrategia que se plantee en el ámbito de la asistencia geriátrica, no sólo debe cubrir las necesidades que demande la población en ese momento, sino que debe hacer las previsiones adecuadas que permitan mantener la misma calidad asistencial a medio y largo plazo. Del mismo modo, es imprescindible evaluar el impacto que tiene sobre el anciano cualquier modificación de estos recursos asistenciales, considerando los datos obtenidos como un importante aspecto a tener en cuenta en el diseño de futuras estrategias.

Al analizar la repercusión que una determinada política asistencial, o una prestación concreta, tienen sobre el anciano, es de vital importancia identificar aquellas respuestas que la población anciana muestra como colectivo y diferenciarlas de aquellas otras que expresan los rasgos individuales dentro de dicho colectivo, ya que éstas nos obligarían a diversificar nuestra oferta asistencial para dar una respuesta particular a las necesidades concretas de cada subgrupo de población, e incluso de cada individuo. No olvidemos que cualquier estrategia asistencial de calidad debe mantener invulneradas las señas de identidad del usuario al que destina sus esfuerzos.

El presente estudio se centra en el marco concreto de la asistencia Sociosanitaria en Residencias de Personas Mayores, y pretende dar respuesta a alguna de las cuestiones arriba planteadas dentro de este ámbito. Basándonos en el impacto que tiene para el anciano su ingreso en una Residencia vamos a poder obtener importantes

datos, tanto del propio anciano como del Centro Asistencial.

Interesa especialmente en este estudio valorar la repercusión sobre la situación funcional, cognitiva y afectiva que el ingreso produce sobre el colectivo de ancianos. Análisis posteriores nos van a permitir identificar la respuesta diferencial de cada usuario en función de su situación.

Un ambicioso objetivo va dirigido a identificar el perfil del anciano que se puede beneficiar del ingreso en este tipo de Centros, e incluso de aquel en el que dicho ingreso debería desaconsejarse por el negativo impacto que se puede prever en función de su situación.

El diseño multicéntrico del estudio, además de dar mayor significación a los resultados, permite su análisis de forma independiente en cada tipología de Centro, aportando información respecto a las infraestructuras que condicionan una evolución favorable en cada uno de los parámetros estudiados.

El análisis de los diagnósticos al ingreso y de aquellos aparecidos, o evidenciados, durante el periodo de observación de la muestra permiten arrojar datos sobre la rentabilidad diagnóstica de estas Instituciones. Igualmente la evolución de los tratamientos durante el tiempo de estudio aportan luz sobre el manejo farmacológico de sus Servicios Médicos.

2.- HIPÓTESIS DE TRABAJO

En base a la experiencia profesional acumulada durante muchos años de trabajo en Residencias, podemos afirmar que el ingreso del anciano en la misma tiene sobre él una repercusión que va a depender de sus características sociales, psicológicas, funcionales y de morbilidad.

La infraestructura asistencial de la Residencia va a dar lugar, igualmente, a respuestas diferenciales según su capacidad de adaptación a las necesidades del

Mayor, y su habilidad para dar las respuestas asistenciales oportunas. Este hecho permite obtener respuestas diferentes en el mismo sujeto según el tipo de Centro en el que ingrese.

El análisis de esta repercusión del ingreso va a permitir evaluar la idoneidad del mismo, decidir el tipo de Residencia mas adecuado e identificar la infraestructura que precisa el anciano para alcanzar los mejores resultados asistenciales.

II. OBJETIVOS

Partiendo de la hipótesis planteada en el capítulo anterior, y considerando la escasez de estudios que muestren resultados objetivos para avalar este postulado, se decide diseñar un estudio dirigido a alcanzar los objetivos que se relatan a continuación:

1.- OBJETIVO GENERAL

Analizar la repercusión que tiene sobre el anciano su ingreso en una Residencia en función de las características que presenta previamente al mismo.

2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1. Identificar las causas de ingreso en una Residencia de Personas Mayores.

2.2. Dibujar el perfil sociofamiliar del anciano usuario de este recurso asistencial.

2.3. Evaluar la situación médica del mayor a su ingreso

2.4. Estudiar la utilidad del ingreso en la detección y tratamiento de nuevas patologías y en la estabilización o mejoría de patologías previas al ingreso.

2.5. Cuantificar el consumo de fármacos por parte del anciano a su llegada al Centro, analizando la influencia de un adecuado seguimiento médico en la racionalización de su consumo.

2.6. Evidenciar la situación funcional, cognitiva y emocional en la que llega el Mayor a la Residencia.

2.7.. Estimar la contribución de la residencia en la evolución de la situación funcional y psíquica del Mayor.

2.8.. Conocer la actitud del anciano ante su ingreso en estos Centros.

2.9. Ver el grado de satisfacción de la estancia en la Residencia expresado por el Mayor durante el primer semestre de estancia en la Residencia.

2.10. Considerar la repercusión

de diversas variables en la evolución de todos los parámetros descritos en los anteriores objetivos (edad, sexo, nivel cultural, presencia de patología, situación de dependencia...)

2.11. Contrastar los resultados obtenidos en la evolución del Mayor en función del tamaño, infraestructura y titularidad Pública o Privada del Centro,

resaltando la mínima infraestructura residencial que precisa el anciano para una adecuada estancia.

2.12. Detallar las características del anciano que se puede beneficiar del ingreso en una Residencia de Personas Mayores y aquellas que hacen prever, a priori, un impacto negativo que desaconsejan el ingreso.

III. REVISIÓN DEL TEMA: Pasado, Presente y Futuro de las Residencias

1. HISTORIA DE LA ATENCIÓN AL ANCIANO

La evolución demográfica de la población a nivel Mundial pone una vez más de manifiesto la escasa capacidad del hombre para anticiparse a los cambios, haciendo previsiones y diseñando estrategias que permitan abordar nuevo retos.

En los denominados “países desarrollados” esta evolución demográfica se puede resumir escuetamente en una disminución de la natalidad, un aumento de la esperanza de vida al nacer, y un consecuente envejecimiento de la población e incremento de la cantidad de sujetos mayores dependientes.

Estos hechos han obligado a estrenar nuevas actitudes y desarrollar nuevas estrategias en la atención al anciano a lo largo de las últimas décadas, siempre bajo la batuta de una presión asistencial creciente, y en el marco de una oferta de Servicios Asistenciales dirigidos al Mayor crónicamente insuficiente y mal organizada.

En el presente capítulo pretendemos hacer un breve repaso de lo que han supuesto estas últimas décadas en esa carrera continua para adecuar la oferta asistencial a las necesidades de la población anciana, en la que encontraremos, como uno de los jalones importantes, la aparición de las Residencias.

Antes de la aparición de las Residencias, la asistencia al anciano estaba englobada dentro de la atención benéfica que se daba a indigentes y enfermos sin recursos en el marco de los asilos, cuya función fundamental se basaba en cubrir las necesidades primarias de alojamiento y alimentación sin otras pretensiones asistenciales.

En los años 50, después de la II Guerra Mundial, un poco más tarde en España, los países europeos con más recursos comienzan a organizar sus sistemas públicos de Servicios Sociales dentro de los cuales se incluye la atención al anciano. En España habrá que esperar a los

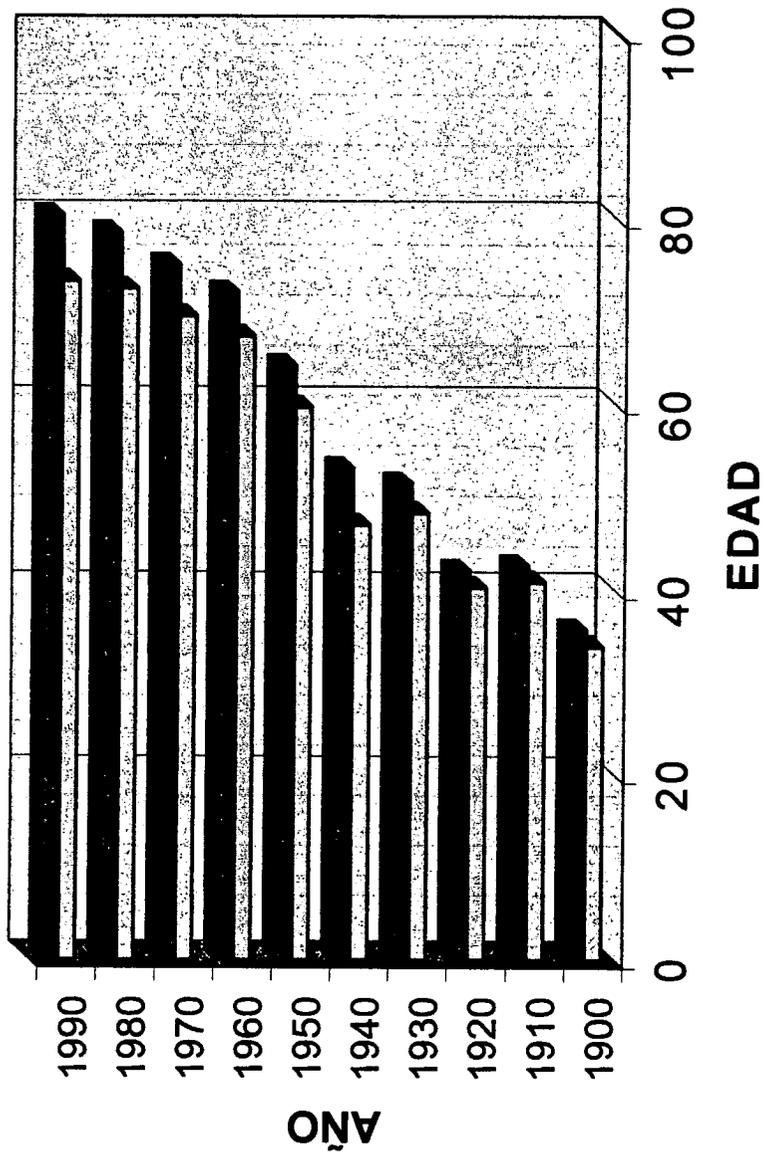
años 70, en los que esta vocación de asistencia al anciano sin recursos se centra en la construcción de grandes Residencias con el reto principal de superar las oferta asistencial del tradicional asilo ⁽¹⁾.

A diferencia de la oferta presentada en otros países ⁽²⁾, donde las plazas residenciales se complementan con los sistemas de ayuda a domicilio, en España ⁽³⁾ parece desestimarse este nivel asistencial y todos los recursos se dirigen a la creación de grandes Residencias para atender a ancianos que no pueden mantenerse en su hogar y, curiosamente, se requiere para el ingreso que el anciano sea independiente para las actividades de la vida diaria. Son las denominadas Residencias para “ancianos válidos”, término en progresivo desuso en la actualidad. La oferta de plazas residenciales en esta época no alcanza el 1 % de la población anciana ⁽¹⁾ y, al mantener unos criterios de ingreso no adaptados a las necesidades reales, da lugar a la aparición de un importante colectivo de ancianos sin respuesta a su demanda asistencial.

Los cambios socioeconómicos que tienen lugar en esta época en nuestro país agudizan el problema asistencial del Mayor. Entre estos cambios podemos citar a grandes rasgos algunos de los más im-

portantes en relación con la atención al Anciano:

- Avance de la Medicina y mejora de las condiciones de vida de la población, con el consecuente aumento de la esperanza de vida al nacer (*Gráfico 3.1.*), y a los 65 años. Como dato ilustrativo diremos que esta esperanza de vida al nacer en 1900 era de 33,9 años para el varón y 35,7 para la mujer, pasando a ser en 1980⁽⁴⁾ de 72,5 y 78,6, y en 1995⁽⁴¹⁾ de 74,4 y 81,5 respectivamente. Este aumento se mantiene en los mayores de 65 años, de forma que su esperanza de vida ha pasado de los 9 y 9,2 años para el varón y la mujer respectivamente en 1900 a 14,8 y 17,9 en 1980 ⁽⁴⁾ y a 16 y 19,8 en 1995⁽⁴¹⁾. Este hecho hace que se incremente la población anciana, en cifras absolutas y en proporción a la población general, y se inicie el proceso conocido como el envejecimiento del envejecimiento en el que se observa un incremento progresivo de la media de edad de esta población anciana. Apuntaremos aquí que en 1900, de los 18,6 millones de españoles, sólo el 5,2 % (968.000) tenían 65 años o más, en 1981 ya suponían el 11,2 % de los 37,68 millones de la población total (4,2 millones de ancianos) ⁽⁵⁾ y en 1999⁽³⁹⁾ eran el 16,7 % de los españoles (6,5 millones). Estas cifras adquieren valor trascendente si consi-



	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990
■ MUJER	35.7	42.6	42.1	51.6	53.2	64.3	72.2	75.1	78.6	80.5
▨ HOMBRE	33.9	40.9	40.3	48.4	47.1	59.8	67.4	69.6	72.5	73.4

Gráfico 3.1.: Esperanza de vida al nacer en España 1900-1990

deramos que en este subgrupo de la población es donde la morbilidad tiene mayor incidencia, apareciendo también como el colectivo con mas necesidad de recursos y mayor índice de incapacidad . Según el INE ⁽⁶⁾ (1987) el 40,1% de los sujetos de entre 65 y 69 años tenían algún grado de incapacidad desde leve a severo. Esta cifra se incrementaba hasta el 83 % en los sujetos con 85 y mas años.(Tabla 3.1.)

- Los procesos de emigración de los núcleos rurales a las grandes urbes, en pleno proceso de expansión, se realiza fundamentalmente a expensas de población joven. Empieza a aparecer la desvinculación intergeneracional y la provisión de los tradicionales cuidados informales destinados al anciano⁽⁷⁾.

- El encarecimiento del suelo da lugar a una disminución de las superficie

de las viviendas y a la consecuente dificultad para la convivencia en ellas de tres generaciones.

- La familia tradicional amplia empieza a desmoronarse y da paso a la familia nuclear donde solo conviven padres e hijos. Los abuelos no tiene cabida en este esquema..

- La mujer, principal protagonista del cuidado informal, se incorpora al mercado de trabajo ⁽⁷⁾.

La respuesta a esta presión asistencial se da construyendo grandes Residencias fuera de las ciudades y desligadas de los recursos comunitarios.

Esta proliferación incontrolada de una oferta, que además no responde cualitativa ni cuantitativamente a las necesida-

Tabla 3.1. Discapacidad en el anciano según tramos de edad.

EDAD	Nº DE DISCAPACITADOS POR 100.000
65-69 años	40.164
70-74 años	53.450
75-79 años	63.455
80-84 años	75.522
>85 años	83.497

Fuente: Modificado de INE 1987. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías

des asistenciales reales, hace surgir en los años 80 en toda Europa una corriente crítica a la construcción de Residencias ^(8,9), crítica que en el caso de Dinamarca ⁽¹⁰⁾ se plasma en la promulgación de una Ley en 1987 prohibiendo la construcción de Residencias y propiciando la creación de otro tipo de alojamientos para ancianos como viviendas adaptadas, pisos tutelados, etc.

Se generaliza la idea de que el anciano debe permanecer en su hogar el mayor tiempo posible⁽¹¹⁾, para lo cual es necesario destinar recursos asistenciales en el domicilio a fin de retrasar en lo posible el ingreso en la Residencia. En 1982 la Asamblea Mundial del Envejecimiento de Naciones Unidas⁽¹²⁾ hace una serie de recomendaciones pronunciándose en este mismo sentido.

En España a mediados de los años 80 surge la iniciativa de la Empresa Privada para intentar dar respuesta a la demanda asistencial con la proliferación de múltiples Residencias, en muchos casos microrresidencias, que no siempre cumplen los criterios mínimos de asistencia. La identificación de este Sector, por parte de la Empresa Privada, como una importante fuente de negocio, y los esfuerzos de la Administración en regular esta oferta y hacer cumplir unos criterios mínimos de

calidad asistencial, se materializan en la década de los 90 en la creación de modernas Residencias Privadas donde la oferta de servicios responde ampliamente a la demanda de sus usuarios. Desgraciadamente este tipo de Centros solo da respuesta a las clases económicas más fuertes.

En el Sector Público, en nuestro país, la Administración destina una importante cantidad de fondos para la creación de Residencias desde el ámbito de los Servicios Sociales. La progresiva incapacitación de aquellos sujetos que habían ingresado años antes como válidos en sus Centros Residenciales, y la gran presión social de los sujetos discapacitados sin recursos (económicos, familiares, etc), y sin cobertura por otros departamentos de la administración (por ejemplo Sanidad), les fuerzan a crear las denominadas “plazas para ancianos asistidos”. Esta labor que se inicia desde la administración Central, fundamentalmente a través del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), se va transfiriendo progresivamente a las Consejerías de Servicios Sociales de las diferentes autonomías ⁽¹³⁻¹⁷⁾.

Para acceder a estos Centros, el Mayor debe solicitarlos aportando una documentación de orden económico, sociofamiliar y medico-funcional que permita

evaluar su grado de necesidad y el orden de prioridad de acceso a la plaza pública. El baremo establecido ⁽¹⁸⁻²³⁾ propicia el ingreso de ancianos con dificultad económica y situación social desfavorable, fundamentalmente ausencia de hijos o cuidadores cuando el anciano está discapacitado.

Cuando se produce el ingreso el Mayor deberá aportar un porcentaje (en torno al 75-80 %) de sus ingresos, independientemente de la cuantía de estos⁽²⁴⁻²⁷⁾.

En el marco actual de oferta de plazas residenciales en nuestro país nos encontramos con una oferta importante, aunque todavía insuficiente, de plazas públicas que dan cobertura a la población más desfavorecida y con una oferta de plazas privadas, todavía en crecimiento, que da respuesta a la población anciana económicamente más favorecida. Entre ambos segmentos de población nos encontramos con uno, con poder adquisitivo intermedio, cuya capacidad económica limita su acceso a plazas públicas, pero no le permite alcanzar una plaza privada en una Residencia Moderna con toda la infraestructura necesaria. Esta situación genera por un lado la falta de asistencia de un número importante de ancianos, y por otro, la creación y permanencia de Centros, mal llamados Re-

sidencias, que no cumplen los criterios mínimos de asistencia, pero cubren, aunque no siempre, las necesidades básicas de manutención y alojamiento del anciano, mas desde la perspectiva del antiguo asilo que desde la de la Moderna Residencia.

En la Comunidad de Madrid (= C.M.), la Consejería de Servicios Sociales, sensible a este grupo de población con poder adquisitivo intermedio que acabamos de comentar, ha diseñado un tipo de plaza pública denominada “cofinanciada” en la que el Mayor aporta una cantidad fija, no proporcional a sus ingresos, y que cubre una parte importante del coste de la plaza quedando cubierto el resto, hasta el importe total de la plaza, por la C.M..

Otra de las estrategias diseñada por la C.M., para intentar dar asistencia a un mayor número de usuarios, consiste en apoyar la labor de entidades sin ánimo de lucro que soportan Centros Residenciales para Mayores, contribuyendo a descargar a la administración de parte de su presión asistencial. En este sentido las políticas de subvenciones favorecen enormemente las labores de implantación y continuidad de la actividad de estas Entidades⁽²⁸⁾.

La concertación de plazas públicas

en Centros Privados o la contratación de la gestión de Centros Públicos, de lo que hablaremos más adelante, constituyen otra de las estrategias de la C.M. para abaratar sus costes en la atención a Personas Mayores y alcanzar una mayor cobertura asistencial con su presupuesto asignado ⁽²⁹⁻³²⁾.

El apoyo a las familias que deciden cuidar a sus Mayores en su domicilio empieza a ser otra de las interesantes líneas de actuación emprendidas por la Administración para descargar su presión asistencial, y evitar la desinserción del anciano de su marco natural de convivencia.

Las estancias temporales en Residencias para la descarga del cuidador suponen un importante acicate para propiciar la permanencia del Mayor en el seno familiar ⁽³³⁻³⁶⁾.

El plan diseñado en el año 2000 por la C.M. prevé la creación de nuevas Residencias para Mayores mediante la colaboración entre Empresas privadas, Corporaciones locales y la propia Comunidad de Madrid.

En la actualidad se empieza a potenciar en nuestro país la atención al anciano en los diferentes niveles asistenciales, propiciando el mantenimiento en su domicilio mientras sea posible, fomentando la ayuda a domicilio, centros de día, viviendas tuteladas, etc., y permitiendo su ingreso en la Residencia cuando la oferta de Servicios en el domicilio supere la demanda de cuidados del anciano. Estamos asistiendo a una recuperación del valor asistencial que le corresponde a la Residencia dentro del marco de la asistencia integral al anciano.

2. DEFINICIÓN DE RESIDENCIA

A pesar de la gran dificultad que supone encerrar una realidad tan compleja dentro de una definición, nos vamos a permitir dar dos definiciones que nos ayuden a resaltar algunos de los aspectos más importantes de este tipo de Centros.

Según la definición del INSERSO de 1993 se trata de *“Centros que ofrecen asistencia integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que, debido a su problemática familiar, social y/o económica no pueden ser atendidas en su propio domicilio y necesitan de estos servicios”*⁽³⁷⁾.

Destacan en la definición anterior el concepto de asistencia integral, cuya población diana son los mayores de 60 años y que es condición necesaria el que no puedan ser atendidos en su domicilio. El concepto de vivienda permanente ha sido discutido posteriormente por el propio INSERSO con sus programas de estancias temporales. La cuestión más importante de esta definición es el perfil del usuario al que van destinados estos Centros. Según dicha definición se trata de sujetos con problemática sociofamiliar o económica,

obviando incluir específicamente a aquellos usuarios en los que el ingreso está condicionada por su situación de morbilidad e incapacidad funcional subsidiaria de recibir atención profesionalizada, independientemente de que pudieran tener un buen soporte sociofamiliar.

Esta definición no se queda en la mera anécdota sino que enraíza con los criterios iniciales con los que se crearon las primeras Residencias (“de lo social”) en nuestro país, y condiciona de forma muy importante el nivel de equipamiento necesario para atender las necesidades puramente sanitarias.

Más dinámica y actual nos parece la definición de Rodríguez Rodríguez, P.⁽³⁸⁾, del *Grupo de Residencias de la Sección de Ciencias Sociales de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología* de 1995, donde dice que la Residencia es el *“Centro Gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio-sanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia”*.

Nos importa resaltar de esta defini-

ción el carácter de *centro abierto* que permite la salida del anciano, la entrada de familiares y amigos y la interacción permanente con el medio comunitario.

El concepto de *desarrollo personal* nos informa de la necesidad de adoptar un plan personal e individualizado que permita el desarrollo de las capacidades y deseos de cada anciano. Esta atención, como confirma posteriormente la definición, debe ser social y sanitaria a la vez y ser suministrada por un equipo multidisciplinar.

Esta definición incorpora ya la temporalidad de la estancia, mas acorde con la realidad actual.

Si bien hacemos nuestra esta última definición, por considerarla un buen retrato de nuestras actuales Residencias, ponemos en discusión la necesidad de que exista algún grado de dependencia para el in-

greso en la Residencia. Si es cierto que este debe ser un criterio a mantener para racionalizar la distribución de los escasos recursos públicos, orientándolos a personas con alguna necesidad, ello excluye a los ancianos que, sin presentar ninguna dependencia, expresan voluntariamente su deseo de ingresar en una Residencia Privada. De hecho nuestra experiencia nos ha permitido identificar a ancianos totalmente independientes que incluían la Residencia como una mas de las escalas de sus vacaciones perpetuas entre balnearios, hoteles y otros centros turísticos y que, obviamente, se salen de la definición comentada.

Los actuales cambios que están viviendo nuestras Residencias, en cuanto al perfil de los usuarios atendidos y de la infraestructura puesta a su disposición, va a obligar, sin duda, a una continua revisión de esta definición incorporando los nuevos conceptos que se irán desarrollando en los próximos años.

3. SITUACIÓN ACTUAL: POBLACIÓN Y RECURSOS NO INSTITUCIONALES

La demanda de la población anciana de recursos sociosanitarios viene condicionada por diferentes parámetros que configuran nuestra actual realidad sociodemográfica. El ingreso en una Residencia va a depender de la presencia o ausencia de un adecuado soporte en el domicilio que separa respuesta a las demandas del anciano.

En este capítulo vamos a analizar tres importantes aspectos que nos darán una visión amplia del panorama actual de la atención en Residencias:

- Situación sociodemográfica
- Recursos sociales alternativos
- Oferta Residencial

3.1. Situación Sociodemográfica

En cifras de 1999 ⁽³⁹⁻⁴¹⁾ existen en España 40.202.160 habitantes de los que más de 6,5 millones corresponden a personas de 65 años y más. Estas cifras indican que la población anciana ya supone en nuestro país el 16,7% de la población y sigue creciendo de forma que cada mes alcanzan esta edad de 65 años un número

aproximado de 36.000 españoles. Según las previsiones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística⁽⁴²⁾ en el 2020 la población de 65 años y más supondrá en nuestro país el 19,8 %, es decir, uno de cada cinco españoles .

Según estas cifras en el último siglo la población española ha multiplicado por 6 veces su población mayor de 65 años, de forma que a principios del siglo XX apenas un 26 % llegaba a la vejez (65 años) y actualmente esta categoría es alcanzada por el 85 % de la población. Este efecto de crecimiento se ha duplicado en el subgrupo de sujetos de 80 años y más, cuya cifra se ha multiplicado por 13 en este mismo periodo.

En la Comunidad de Madrid (año 2000) del total de 5.041.200 habitantes pertenece a población con 65 o más años una cifra de 792.400 (317.300 varones y 475.000 mujeres), lo que supone un índice de envejecimiento del 15,72 % . Dentro de este subgrupo de población anciana el 58,3% (461.700) pertenece a sujetos entre 65 y 74 años y el 41,7 % (330.600) a sujetos con 75 años o más.

En la Unión europea el porcentaje de población de 65 años y más en el año 2000 alcanza el 16,2 % y se prevé que en el 2020 llegue al 20,6 %. ⁽⁴³⁾.

Todos estos resultados son la consecuencia final de dos fenómenos contrapuestos cuyo cociente da lugar al aumento de la población anciana en términos absolutos, y en proporción a la población total. Estos fenómenos son, por un lado, el aumento de la esperanza de vida y, por otro, la disminución del índice de natalidad.

En cuanto a la esperanza de vida en el año 1999 ^(44,45) es de 75,25 años para el varón y del 82,16 para la mujer en la población española. En el caso de la C.M. ^(46,47) estas cifras son algo mayores alcanzando los 76,48 y 83,74 años respectivamente para hombres y mujeres. En el caso de la Comunidad Europea ⁽⁴³⁾ estas cifras se sitúan en 74,6 y 80,9 años. (Tabla 3.2.)

Un concepto interesante es el de la esperanza de vida con buena salud que según el Ministerio de Sanidad y Consumo (1995) lo cifra 53,5 años ⁽⁴⁸⁾.

En relación con el índice de natalidad ⁽⁴⁹⁾, que indica la media de hijos por mujer, España perdió en 1981 el denomi-

nado nivel de reemplazo fijado en 2,1, y ha alcanzado en los últimos años los valores más bajos a nivel mundial llegando en 1999 a la cifra de 1,20 que en el caso de la C.M., que cruzo este umbral del nivel de reemplazo en 1980, sube ligeramente hasta 1,24. Como referencia diremos que la tasa de natalidad en la Europa de los 15 era, en este mismo periodo, de 1,45.

Según estas cifras de 1999 habría en España más de 6,5 millones de personas con 65 años o más años de las cuales 3.780.000 corresponderían a mujeres y 2.723.000 corresponderían a varones. El mayor porcentaje, más de 4 millones, correspondería a ancianos que viven en un núcleo urbano y el resto, en torno a dos millones, lo harían en el ámbito rural ⁽⁵⁰⁾.

Es interesante observar en las cifras anteriores la predominancia de la mujer en nuestra población anciana como consecuencia de la mayor mortalidad del varón y la mayor esperanza de vida de la mujer. Estos factores, unidos a la costumbre muy extendida de establecer matrimonios en los que la mujer cuenta con algunos años menos que el varón, garantizan una media de viudedad en la mujer entre 4 y 7 años.

La mejora de las condiciones socio-sanitarias de las que tanto hemos hablado,

Tabla 3.2.: Sociodemografía del envejecimiento en Madrid, España y la Comunidad Europea de los 15 (datos de los años 1999 y 2000)

	ESPAÑA	MADRID	EUROPA
Total nº habitantes	40.202.160 (año 1999)	5.041.200 (2000)	
	6.500.000 (1999)	792.400 (2000)	60.903.000 (2000)
Mayores de 65 años	2.723.000	317.300	
	3.780.000	475.100	
65-74 años		461.700 (58,3 %)	
75 y más años		330.600 (41,7 %0)	
Índice de envejecimiento (año 2000)	16,7 %	15,72 %	16,2 %
Índice envejecimiento Previsto 2020	19,8 %		20,6 %
Esperanza de vida al nacer (años) (1999)	75,25	76,48	74,6
	82,16	83,74	80,9
Esperanza de vida a los 65 años (años) (1999)	16		
	19,8		
Esperanza de buena salud (años)	53,5		
Índice de Natalidad (1999)	1,2	1,24	1,45

Fuente: Instituto Nacional de Estadística., Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración propia

no solo garantizan la llegada del sujeto a la vejez sino que prolongan su estancia en ella “alargando” el número de años en que mantiene esta condición. Este hecho se traduce en una esperanza de vida a los 65 años en nuestro país de (INE 1999)^(41,45) 16 años para el varón y 19,8 años para la mujer.

En la C.M.⁽⁴⁶⁾, en cifras del año 2000, tendríamos un población anciana de 792.400 personas, de las que el 58,3% (461.700 personas) corresponderían a sujetos entre 65 y 74 años, y el 41,7 % restante (330.600 personas) correspondería a ancianos de 75 años y más.

Este mismo proceso de envejecimiento se ha traducido a la población de ancianos ingresados en Residencia de forma que en 1971 la edad media era de 73 años, en 1981 ascendió a 76 y actualmente está en torno a los 83 años.

Podríamos resumir de un forma simplista todo lo anterior diciendo que hemos conseguido “alargar” la vida un número importante de años. Desgraciadamente no hemos podido “ensancharla” en la misma medida, y asistimos a una “estenosis” progresiva de la calidad de vida en las edades avanzadas, teniéndonos que enfrentar a la cruz de esta moneda del envejecimiento: la

incapacidad y la consecuente dependencia del anciano.

El análisis de los datos de dependencia son de especial interés en el ámbito que nos ocupa porque son sin duda uno de los más importantes puntos de arranque para el diseño de las estrategias asistenciales al Mayor.

Según los datos aportados por el INE⁽⁵¹⁾ (1999) basados en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM-I) de la Organización Mundial de la Salud, la tercera parte de los españoles mayores de 65 años (32,21 %) tienen algún grado de discapacidad (es decir 2.072.652 de los 6.434.524 ancianos de nuestro país). Es en esta población anciana en la que se fijan el 58,74 % de todas las discapacidades de la población general. (*Tabla 3.3.*)

La tasa de discapacidad en la población general es similar para ambos sexos en los primeros 5-6 años de vida para hacerse mayor en el varón hasta los 45 años en los que la mujer toma el relevo de una mayor incapacidad. En las edades más avanzadas esta discapacidad tiende nuevamente a igualarse en ambos sexos y, aunque en la población muy anciana la tasa femenina es sólo ligeramente superior a la

del hombre, su mayor supervivencia hace que la cantidad absoluta de ancianas discapacitadas sea muy superior a la de los varones (1.338.843 vs 733.809).

Dentro del grupo de población anciana es importante analizar el subgrupo de sujetos con edad igual o superior a 85 años donde la cantidad y severidad de la incapacidad se ve aumentada, alcanzando el 10,81 % de todas las incapacidades de la población general y afectando a 381.418 ancianos (111.031 varones y 270.388 mujeres). (Tabla 3.3.)

La situación dentro de la C.M. es sólo ligeramente mejor a la observada en la totalidad del país, afectando esta incapacidad al 26,3 % (197.804 sujetos) del total

de los 751.468 ancianos madrileños. En cuanto al número de ancianos discapacitados, la C.M. ocupa la tercera plaza en el “ranking” nacional, por detrás de las comunidades de Andalucía y Cataluña. En cuanto a la tasa de incapacidad, encabezada por la Comunidad de Murcia, Madrid ocupa una de las últimas plazas dejando sólo a la Comunidad Balear, País Vasco y la Rioja con menor tasa de discapacitados⁽⁵²⁾.

Analizando el origen de la incapacidad vemos que el déficit osteoarticular afecta al 11,7% de los ancianos (757. 413 sujetos), el déficit visual al 8,8%, el auditivo al 8,4 %, el déficit mental al 3,5 %, el visceral (apto. Respiratorio, cardiocirculatorio, digestivo, etc.) al 3,2% y el del siste-

Tabla 3.3.: Discapacidad de la población de 65 años y más en España y la Comunidad de Madrid.

		ESPAÑA	Comunidad de Madrid
Población de 65 y mas años		6.434.524	751.468
Nº ancianos discapacitados	Total	2.072.652	197.804
	Varones	733.809	-
	Mujeres	1.338.843	-
	85 años y mas	381.418	-
% ancianos discapacitados		32,2 %	26,3 %
Elaboración propia. Fuente: INE 1999			

ma nervioso al 2,6 % ⁽⁵¹⁾.

Una de las consecuencias más importantes de estas situaciones de discapacidad descritas es la restricción de la motilidad que, secundariamente, va afectar a la mayor parte de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

En la Encuesta Nacional de Salud de 1997 ⁽⁵³⁾, realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, se pone de manifiesto la disminución de la capacidad para realizar de forma independiente (necesitan ayuda o no son capaces de realizarlo) determinados actos relacionados con la movilidad. Así el 2,8 % no es capaz de levantarse y acostarse de la cama sólo, el 3,3 % no es independiente para caminar, el 9,6 % no es capaz de subir 10 escalones y al 20,8 % le es imposible andar durante una hora seguida. A un número importante le es imposible ir sólo de compras (8,6 %) o utilizar un transporte público (11 %) sin ayuda. (Tabla 3.4.).

En la Comunidad de Madrid ⁽⁵⁴⁾, según datos publicados en 1994, hasta el 6% de los Mayores tenían dificultad para caminar (alguna dificultad el 3 %, bastante el 2% y mucha el 1%). El 9% de los Mayores de la Comunidad tenía dificultad para ir de compras y el 11%

para usar un transporte público. (Tabla 3.4.).

A nivel institucional estas cifras se incrementan de forma muy importante. Según el estudio publicado en 1998 por el IMSERSO y la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología ⁽⁵⁵⁾ sobre 1125 ancianos que vivían en Residencias, el 43,6 % tenían alguna dificultad para caminar, el 41,5 % la tenían para acostarse y levantarse de la cama, el 55,3 % no podía subir escalones o precisaba ayuda, y el 51,4 % tenía dificultades para ir al baño. (Tabla 3.4.).

En el estudio publicado en 1995 por el IMSERSO y el Centro de investigaciones Sociológicas ⁽⁵⁶⁾ podemos observar como se incrementan los porcentajes de sujetos que precisan ayuda para realizar otras actividades de la vida diaria, como bañarse (14,9 %), vestirse (7,9 %), cuidar de su aspecto físico (7 %) o acudir al servicio (5,5 %). Igualmente se observa un importantísimo incremento de esta dependencia en los sujetos a partir de los 80 años (Tabla 3.5.).

En el mismo estudio antes referido, llevado a cabo por el IMSERSO y la SEGG ⁽⁵⁵⁾ en 1998, podemos comprobar de nuevo el importantísimo incremento de

Tabla 3.4.: Restricción de la motilidad en la población anciana (en porcentaje de sujetos)

	Ancianos no Institucionalizados		Ancianos institucionalizados en Residencias ***
	ESPAÑA *	MADRID**	
Levantarse de la cama y acostarse	2,8 %	-	41,5 %
Caminar	3,3 %	6 %	43,6 %
Ir al baño	-	-	51,4 %
Andar durante 1 hora seguida	20,8 %	-	-
Subir escalones	9,6 %	-	55,3 %
Ir de compras	8,6 %	9 %	-
Usar transporte público	11 %	11 %	-

Elaboración propia. Fuente: * Encuesta Nacional de Sanidad 1997
 ** Los Mayores en la Comunidad de Madrid. 1994
 ***IMSERO-SEGG. 1998

Tabla 3.5.: Necesidad de Ayuda para las ABVD de la población anciana en España

	Población no institucionalizada*				Ancianos institucionalizados en Residencias **
	Total	Varones	Mujeres	80 y más años	
Levantarse de la cama	6,8 %	5,6 %	7,6 %	17,8 %	41,5 %
Vestirse	7,9 %	6,9 %	8,4 %	20,4 %	50,6 %
Arreglarse	7,0 %	5,1 %	8,3 %	21,2 %	39,9 %
Bañarse	14,9 %	11,1 %	17,7 %	38,9 %	60,9 %
Ir al WC	5,5 %	4,3 %	6,3 %	16,4 %	51,4 %
Comer	3,5 %	2,5 %	4,1 %	10,8 %	31,4 %
Micción	-	-	-	-	45,8 %
Deposición	-	-	-	-	38,8 %
Quedarse solo por la noche	8,1 %	5,9 %	9,7 %	22,8 %	-

Elaboración propia. Fuente: * INSERSO-CIS, 1995
 **IMSERO-SEGG. 1998

dependencia que tienen los ancianos que viven en Residencias para la realización de la mayoría de las actividades de la vida diaria. Cifras, por otro lado, fáciles de entender si tenemos en cuenta que la población residencial tiene una media de edad por encima de los 80 años y, como veremos mas adelante, esta dependencia suele ser con frecuencia la causa de ingreso.

Cuando analizamos específicamente algunas de las actividades instrumentales más habituales (IMSERSO-CIS, 1998⁽⁵⁶⁾) vemos como los porcentajes de dependencia afectan en algunas actividades hasta la quinta parte de la población anciana no institucionalizada (*Tabla 3.6.*). Estos datos ponen de manifiesto la incapacidad de muchos mayores para mantenerse en su domi-

cilio de una manera totalmente independiente. En estas situaciones deben empezar a funcionar distintos elementos de soporte para complementar estas actividades que el Mayor es incapaz de llevar a cabo. De la adecuada provisión de esta ayuda va a depender la permanencia del Mayor en su domicilio o su salida de él con destino al domicilio de algún familiar o a una institución..

En esta apartado conviene recordar , como ya comentamos más atrás, la pérdida de efectivos humanos en la provisión del cuidado informal. La mujer, tradicional cuidadora de la familia, tanto de hijos como de padres, ha ido abandonando este papel como precio inexcusable a su incorporación al mercado de trabajo. En la

Tabla 3.6.: Necesidad de ayuda para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria en población anciana no institucionalizada (% de sujetos)

	Total	Varones	Mujeres	80 y más años
Cocinar	12,1 %	5,6 %*	16,7%	27,6 %
Tareas del hogar	20,2 %	6,6 %	20,0 %	36,7 %
Usar el teléfono	8,4 %	6,2 %	10,1 %	20,5 %
Usar transporte público	18,8 %	13,2 %	22,8 %	39,5 %
Viajar	17,5 %	12,9 %	21,0 %	35,4 %
Hacer papeleos	22,9 %	17,9 %	26,4 %	43,8 %
Llevar las cuentas	15,1 %	11,7 %	17,7 %	32,7 %

Fuente: IMSERSO-CIS. 1998.

* Nota: no se contabilizan personas que no realizan la actividad porque no la habían realizado nunca

Tabla 3.7. (IMSERSO-CIS, 1998 ⁽⁵⁶⁾) podemos ver como, a pesar de que la hija sigue siendo la principal proveedora de cuidados informales (38,4 % de los casos), su contribución ha disminuido para aumentar la participación de otros cuidadores y hacer aparecer en escena nuevas fuentes de cuidado. (*Tabla 3.7.*)

Recordando acontecimientos de las últimas décadas veíamos como se producía el cambio de la familia extensa de padres, hijos y abuelos a la actual familia nuclear de padres e hijos donde los abuelos quedaban segregados a una vida independiente. Pues bien, en los últimos años se está volviendo a observar un nuevo incremento de la convivencia de nuestros ancianos con sus hijos, que, curiosamente, alcanza mayores porcentajes en los primeros y últimos años de la vejez. Este hecho probablemente tenga dos explicaciones: la tardía emancipación de los hijos, por un lado, y el alto nivel de dependencia del mayor en edades avanzadas, por otro.

Si observamos los datos de la *Tabla 3.8* ⁽⁵⁷⁾. Vemos como el mayor porcentaje de convivencia entre hijos y padres que tiene edades comprendidas entre los 65 y 69 se produce en el domicilio de éstos últimos. En estos casos el retraso de la edad de emancipación de los hijos, o in-

cluso la vuelta de alguno de ellos tras el fracaso de un matrimonio o relación de pareja, pueda ser la explicación.

Podemos también observar en la referida tabla como se produce otro incremento en la convivencia de los ancianos con sus hijos a partir de los ochenta años. En estos casos es el Mayor el que va a vivir al domicilio del hijo, probablemente

Tabla 3.7.: Cuidador principal del Mayor

Cuidador	% de Participación
Cónyuge	21,5 %
Hija	38,4%
Hijo	12,5 %
Nuera	3,8 %
Yerno	0,4 %
Otros familiares	9 %
Vecinos/as	1,3 %
Amigos/as	1,1 %
Empleado/a de hogar	8 %
Serviciso Sociales	2,6 %
Voluntario/a	0,1 %
Otra persona	1,1 %
No contesta	0,2 %

Fuente: Estudio IMSERSO/CIS 2279.(1998)

Tabla 3.8.: Modalidades de convivencia de las Personas Mayores en España por edad y sexo.

	TOTAL	SEXO		EDAD (años)			
		Varones	Mujeres	65-69	70-74	75-79	80 y más
Solos	14,2 %	6,9 %	19,6 %	13,0%	13,9%	15,2%	15,0%
Con su pareja	41,3 %	53,6 %	32,2 %	46,8%	46,3%	45,9%	30,0% (1)
Con sus hijos	26,4 %	26,8 %	26,1 %	30,8%	26,4%	23,7%	23,7%(1)
Con familiares	5,0 %	4,4 %	5,6 %	4,6%	4,8%	6,5%	4,8%(1)
Con empleado/a hogar	0,5 %	0,1 %	0,8 %	0%	0,2%	0,5%	1,2%(2)
En casa de sus hijos	9,3 %	5,6 %	12,0 %	2,9%	4,5%	6,0%	20,8%(3)
En casa de familiares	2,1 %	1,7 %	2,4 %	1,6%	2,4%	1,6%	2,5%(3)
Con otras personas	1,1 %	0,9 %	1,3 %	0,3%	1,5%	0,5%	2,0%(2)
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100

(1): En casa del entrevistado

(2): No hace referencia al lugar donde vive

(3): Con o sin cónyuge o pareja

Fuente : Reproducido de Geriátría XXI (2000) Tabla 2.2 pag. 59 , elaborado con datos del estudio IMSERSO/CIS 2279 (1998)

condicionado por una situación de dependencia que le impide vivir con autonomía en su propio domicilio.

En la *Tabla 3.8.* donde se exponen los datos del estudio IMSERSO-CIS recogidos en 1998⁽⁵⁸⁾ podemos observar como, a pesar de este discreto incremento de la convivencia padres hijos de los últimos años, la situación más frecuente en la que vive el Mayor es con su pareja (41,3%) o sólo (14,2 %).

Es importante comparar los datos de las personas que viven solas en nuestro país (14,2 % en datos de 1998) con los ob-

servados en otros países de nuestro entorno que van por delante en esa evolución sociodemográfica y que podrían orientar la situación de futuro de España. En este apartado, según datos de la OCDE⁽⁵⁹⁾ (1969), observamos unas proporciones de sujetos que viven solos que en algunos casos triplican la observada en nuestro país. Así vemos como, en cifras de 1992, en Dinamarca vivían solos el 53 % de los Mayores, en Alemania el 41 %, en Italia el 31 % y en Francia el 29 %.

Un importante aspecto revelado en el citado estudio IMSERSO/CIS nº 2279 es el motivo por el que el Mayor vive en

soledad, según las respuestas dadas por éste. En algo más de la tercera parte de los sujetos (35,8 %) vivían solos por decisión propia, y en el 60 % forzados por las circunstancias a las que se habían tenido que adaptar. Curiosamente sólo el 4,5 % de los mayores que vivían solos expresaron su deseo de vivir con sus hijos u otros familiares.

La independencia “social” del Mayor en su domicilio no sólo está condicionada a su autonomía funcional, sino también a su autonomía económica, es decir a sus ingresos y a su patrimonio acumulado.

El principal patrimonio de nuestros Mayores es actualmente la vivienda en la que viven, de la que son propietarios en el 69% de los casos según el estudio 2072 llevado a cabo por el INSERSO/CIS⁽⁵⁶⁾ en 1995. En este estudio se pone de manifiesto también que un 15,4 % de los ancianos vive de alquiler (13 % gestionado por ellos mismos y en el 2,4% por un hijo o familiar) y un 13,8 % viven en una vivienda cedida por algún hijo o familiar. En la Comunidad de Madrid la tenencia en propiedad de la vivienda alcanza hasta el 77,3% de los casos, el 18,7 % es de alquiler y el 3,6 % es cedida de forma gratuita o casi gratuita.

Con respecto a la vivienda de nuestros Mayores conviene resaltar dos aspectos importantes, que pueden también condicionar su permanencia en la misma, como son su antigüedad y su infraestructura .

Resumiríamos la situación de estas viviendas diciendo que son muy antiguas y están poco equipadas. En efecto, más de la cuarta parte (27,5 %) tienen más de 50 años (10,5 % de 51 a 70 años y 17 % más de 70 años), el 35,6 % tienen entre 25 y 50 años y sólo un 28 % de las viviendas tendrían menos de 25 años.

En la Comunidad de Madrid las viviendas de nuestros Mayores son sólo ligeramente más “jóvenes”, superando los 50 años sólo el 15,7% y con una antigüedad entre 25 y 50 años en el 44,3% de los casos.

En cuanto a la infraestructura de estas viviendas se aprecian importantes carencias que, además, tiene un mayor efecto a medida que el anciano envejece y ve disminuida su capacidad funcional. Dos de cada tres viviendas (66,2%) carecen de calefacción en todas las habitaciones, la tercera parte (36 %) de los que viven en edificios de varias plantas no tienen ascensor, el 17,9 % no tiene teléfono, la décima par-

te (10,7%) no tiene baño completo, el 7,1% no tiene agua caliente y, aunque parezca difícil de entender, el 1,3 % de las viviendas no tiene agua corriente. En la C.M. la situación es sólo ligeramente mejor y falta la calefacción en el 55,9 % y el teléfono en el 4,1%.

En cuanto al equipamiento, las viviendas suelen carecer de los elementos tecnológicamente más avanzados como el video, el microondas o el lavavajillas.⁽⁶⁰⁾

El análisis de la renta de nuestros Mayores resulta interesante porque nos va a dar la medida de su capacidad para responder a sus necesidades y el nivel de implicación que deberá tener la Administración en cada caso para responder a esas necesidades no cubiertas por el Mayor.

La evolución en los últimos años del denominado “estado de bienestar” ha puesto en práctica políticas de protección social que han mejorado la situación de algunos colectivos, entre los que se encuentra el Mayor. En lo relativo a las rentas se han implantado medidas como la pensión no contributiva, la equiparación de la pensión mínima al salario mínimo interprofesional, la equiparación de la pensión mínima de viudedad a la mínima de jubilación y la revalorización anual auto-

mática de las pensiones según el incremento del Índice de Precios al Consumo .

Estas medidas han conseguido desbancar la cuestión económica de la primera posición en el listado de preocupaciones del Mayor. Así en 1988 el 31 % de los Mayores encuestados (INSERSO 1988) manifestaba su situación económica como la principal preocupación. Esta cifra se rebajó al 6 % cinco años después (INSERSO 1993) y al 1,3 % en 1998 (INSERSO-CIS).

Según las fuentes de ingresos declaradas por el Mayor (INSERSO-CIS, 1995)⁽⁵⁶⁾, el 82 % proviene de la pensión de jubilación, propia o del cónyuge, el 16,7 % de la pensión de viudedad, el 7,1 % de pensiones de invalidez y el 3,5 % de una pensión no contributiva. Otras fuentes de ingresos, como el sueldo de un miembro de la pareja que todavía trabaja o las rentas sólo aparecen en un escaso porcentaje de casos. En algunos sujetos concurren, obviamente, varias fuentes de ingresos (*Tabla 3.9.*).

El 16,4 % de los Mayores confesó recibir una colaboración de sus hijos o familiares⁽⁵⁶⁾, el 80,9 % manifestó no recibir ningún tipo de ayuda de ellos y el 2,6 % no respondió a la pregunta. La

Tabla 3.9.: Fuentes de ingreso declaradas por los Mayores españoles

	Total %	Hombres %	Mujeres %
Sueldo (trabaja)	1,5%	1,9%	1,2%
Sueldo cónyuge	0,3%	0,2%	0,4%
Pensión de Jubilación propia	57,0%	89,9%	33,5%
Pensión de Jubilación cónyuge	25,0%	5,7%	38,8%
Pensión invalidez propia	5,2%	6,1%	4,6%
Pensión invalidez cónyuge	1,9%	2,9%	1,1%
Pensión viudedad	16,7%	0,3%	28,5%
Pensión no contributiva	3,5%	1,7%	4,9%
Rentas	1,4%	1,3%	1,4%
Ahorros	1,0%	1,0%	0,9%
Otros	1,5%	1,1%	1,7%
N (nº sujetos)	2355	981	1373

Fuente: INSERSO-CIS 1995

ayuda familiar referida se trataba de una dependencia económica absoluta en el 2,7 % de los Mayores. (Tabla 3.10).

En la encuesta realizada dentro del estudio nº 2.279 del IMSERSO-CIS (1998)⁽⁵⁸⁾, se pregunta al Mayor por su nivel de ingresos mensuales comprobando como en más de la mitad de los casos (53%) no superaba las 80.000 pesetas (480,81 Euros) (Tabla 3.11.). Estos datos conviene interpretarlos con cierta cautela al proceder de una encuesta realizada a Personas Mayores y sobre un “delicado

tema” como es su economía. Algunos olvidados, infravaloraciones o encubrimientos intencionados podrían estar subestimando el nivel de ingresos.

No obstante, estas cifras no se apartan mucho de las cifras oficiales derivadas del estudio de las pensiones del Sistema de Seguridad Social (INSS), que como vimos más atrás era la principal fuente de ingresos. Según estos datos la cifra de la pensión media en Abril de 1998 (INSS. 1998)⁽⁶¹⁾ era de 71.745 pesetas (431,2 Euros), próximo a los datos obteni-

Tabla 3.10.: Percepción de ayuda de hijos y/o familiares por parte del Mayor

	TOTAL	SEXO		EDAD (años)			
		Hombres	Mujeres	65-69	70-74	75-79	80 y más
Depende de ellos	2,7%	1,5%	3,5%	0,8%	1%	2,9%	7,5%
Recibe dinero	6,6%	4,4%	8,2%	5,0%	4,8%	7%	11,2%
Colabora en gastos y le proporciona servicios	7,1%	4,4%	9,1%	7,2%	6,4%	6,6%	8,4%
No recibe ayuda	80,9%	86,5%	77%	84%	85,4%	81,6%	70,2%
No contesta	2,6%	3,1%	2,2%	3%	2,4%	2%	2,7%
N (nº de sujetos)	2498	1035	1463	859	623	497	513

Fuente: Modificado de Geriatria XXI (2000); tabla 2.9. Pag: 65. IMSERSO-CIS. 1995

Tabla 3.11.: Ingreso Mensuales de los Mayores en España (1998) (Porcentajes de sujetos por intervalos de ingresos)

	TOTAL %	SEXO		EDAD (en años)				
		Hombres %	Mujeres %	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80 y más %	
<38.000 Ptas. (< 228,38 Euros)	3,7%	1,4%	5,3%	3,5%	3,0%	4,2%	4,1%	
38.001 a 50.000 ptas (228,39 a 300,51 Euros)	7,1%	3,8%	9,5%	3,9%	6,5%	7,7%	10,1%	
50.001 a 65.000 ptas. (300,51 a 390,66 Euros)	28,5%	23%	32,6%	26,4%	26,8%	30,6%	30,5%	
65.001 a 80.000 ptas. (390,66 a 480,81 Euros)	13,7%	17,8	10,9%	15,9%	13,6%	10,8%	13,2%	
80.001 a 95.000 ptas. (480,82 a 570,96 Euros)	7,6%	9,5%	6,3%	8,1%	7,9%	7,4%	7,2%	
95.001 a 110.000 ptas. (570,97 a 661,11 Euros)	8,5%	11,4%	6,3%	9,1%	8,2%	10,7%	7%	
110.001 a 150.000 ptas. (661,12 a 901,52 Euros)	6,9%	8,7%	5,5%	9,6%	8,0%	6,5%	3,8%	
Más de 150.000 ptas. (más de 901,52 Euros)	4,5%	6,2%	3,3%	6,0%	5,3%	3,7%	3,1%	
No contesta	19,5%	18,5%	20,2%	17,6%	20,7%	18,5%	21%	

Fuente: Estudio IMERSO-CIS nº 2279. Datos de 1998

dos a la encuesta referida anteriormente. (Tabla 3.12). En esta misma encuesta también se puso de manifiesto que las Pensiones pagadas procedían casi en su totalidad del Sistema de Seguridad Social (INSS). Sólo el 2 % informó que su pensión procedía de clases pasivas y un 3% de otros organismos (SOVI, ISFAS, MUFACE, MUNPAL).

En cifras de Enero del año 2000⁽⁶²⁾ la pensión media alcanza las 77.998 pesetas (469,79 Euros). La pensión media de jubilación es de 91.699 pesetas (551,12 Euros) y alcanza a más de cuatro millones de personas. La media de la pensión de viudedad, cobrada en la inmensa mayoría de casos por mujeres, es de 55.660 pesetas (334,52 Euros) y es cobrada por casi dos millones de personas.(Tabla 3.13)

Las pensiones del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI) son de una cuantía sensiblemente inferior. La pensión media de jubilación del SOVI en enero del 2000⁽⁶²⁾ es de 36.304 pesetas (218,19 Euros) y la de viudedad de 34.471 pesetas (207,17 Euros).

En la C. M., según cifras del Boletín de estadísticas laborales relativas a Enero de 2000⁽⁶⁶⁾, el INSS abonaba en la Comunidad 786.631 pensiones de las que

470.152 (60%) eran de jubilación y 218.447 (27,9 %) de viudedad, correspondiendo el resto (12,1%) a incapacidad, orfandad y a favor de familiares.

El valor medio de las pensiones en esta Comunidad esta por encima de la observada a nivel nacional, de forma que la pensión media alcanza las 91.615 pesetas (550,62 Euros) (Enero 2000). En el caso de las pensiones de jubilación este promedio llega hasta las 107.541 pesetas (646,33 Euros) y en la de viudedad las 60.806 pesetas (365,45 Euros).

Las pensiones de jubilación abonadas por el SOVI en Madrid alcanzaron las 35.312 en Enero de 2000 con un importe medio de 38.127 pesetas (229,15 Euros) y las de viudedad fueron 7.076 y con un valor medio de 34.455 pesetas (207,08 Euros)

Las pensiones de clases pasivas en la Comunidad de Madrid alcanzaron en 1998 la cifra de 133.029 según la Dirección de Costes y Pensiones Públicas⁽⁶⁷⁾.

Según el IMSERSO (1999)⁽⁶⁸⁾ en la Comunidad de Madrid las pensiones no contributivas alcanzaron la cifra de 32.122 de las que 17.596 correspondían a pensiones de jubilación.. En cuanto a las pensio-

Tabla 3.12.: Pensiones percibidas por los ancianos en Abril de 1998 (n° de pensiones nacionales y valor medio mensual)

	VALOR DE LA PENSIÓN MEDIA			NÚMERO DE PENSIONES PERCIBIDAS		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
65-69 años	Ptas. 85.414	100.597	61.816	1.518.229	923.834	594.395
	Euros 5.133,35	604,60	371,52			
70-74 años	Ptas. 77.317	94.184	57.559	1.448.870	781.591	667.279
	Euros 464,68	566,06	345,94			
75-79 años	Ptas. 69.172	87.886	53.034	1.174.028	543.626	630.402
	Euros 415,73	528,21	318,74			
80-84 años	Ptas. 58.420	74.841	48.355	807.850	306.995	500.855
	Euros 351,11	449,80	290,62			
85 y más años	Ptas. 49.588	59.887	44.651	702.060	227.479	474.581
	Euros 298,03	359,93	268,36			
Total	Ptas. 71.745	88.430	54.127	7.383.850	3.792.421	3.591.429
	Euros 431,20	531,48	325,31			

Fuente: INSS. Abril. 1998

nes asistenciales se abonaron 8.590 y de ellas 4.393 estaban destinadas al capítulo de ancianidad. Finalmente el Subsidio de Garantía de ingresos mínimos fue cobrado por 6550 personas de las cuales 2.495 lo hicieron en concepto de jubilación. (Tabla 3.14).

En la actualidad el Sistema Público de Pensiones gestionado por el INSS, dependiente de la Administración Central del Estado, parece gozar de buena salud y, gracias al reciente aumento de los afiliados a la Seguridad Social, se ha alcanzado una cifra de dos cotizantes por cada pensionista que garantizan el cobro de las pensiones establecidas al menos en un futuro a medio plazo.

El artículo 50 de la vigente Constitución Española (1978)⁽⁶³⁾, garantiza la suficiencia económica de las Personas Mayores. Esta “suficiencia económica” tiene una diferente traducción según los diferentes grupos sociales, de forma que en la encuesta realizada en el estudio 2.072 INSERSO-CIS (1995) el 57% de la población refería tener dificultades para llegar a fin de mes que en el 18% de los casos catalogaban de bastante o mucha dificultad. Menos de la mitad (42%) manifestó llegar a final de mes sin dificultades económicas.

En el Estudio de Panel de Hogares de la Unión Europea (INE 1999)⁽⁶⁴⁾ se analizan los ingresos medios por hogar,

Tabla 3.13.: Pensiones percibidas por los ancianos en Enero 2000 en España

Tipo de Pensión	Sistema de Pensión	Número de pensiones	Valor medio pensión
Jubilación	S. Social (Excepto SOVI)	4.199.020	91.699 ptas 551,12 Euros
	SOVI	391.433	36.304 ptas. 218,19 Euros
	Ambos	4.475.348	88.376 ptas. 531,15 Euros
Viudedad	S. Social (Excepto SOVI)	1.925.465	55.660 ptas 334,52 Euros
	SOVI	48.238	34.471 ptas. 207,17 Euros
	Ambos	1.992.332	54.836 ptas. 329,57 Euros

Fuente: Elaboración propia con datos INSS Enero 2000

Tabla 3.14.: Pensiones percibidas en la Comunidad de Madrid. Enero 2000 (ver fuente)

Sistema de Pensión	Tipo de Pensión	Nº de pensiones	Valor medio pensión
I.N.S.S*	Total	786.631	91.615 ptas (550,62 Euros)
	Jubilación	470.152	107.541 ptas. (646,33 Euros)
	Viudedad	218.447	60.806 ptas. (365,45 Euros)
S.O.V.I*	Total	44.151	-
	Jubilación	35.312	38.127 ptas (229,15 Euros)
	Viudedad	7.076	34.455 ptas. (207,08 Euros)
Clases Pasivas**		133.029	-
Pensiones no *** contributivas	Total	32.122	-
	Jubilación	17.596	-
	Invalidez	14.526	-
Pensiones *** Asistenciales	Total	8.590	-
	Ancianidad	4.393	-
	Enfermedad	4.197	-
Subsidio de Garan- tía de Ingresos Mí- nimos *** (S.G.I.M.)	Total	6.550	-
	Jubilación	2.495	-
	Invalidez	4.055	-

Fuente: Elaboración propia. Datos de: * MITAS: "Boletín Estadístico Laboral. Madrid. Junio 2000

** D. G. Costes y Pensiones Públicas Diciembre 1998

*** IMSERSO. Mapa de Prestaciones no contributivas. 1999

por persona y por unidad de consumo. El umbral de pobreza se establece por debajo del 50 % de los ingresos medios de la población general en cada una de las tres categorías expuestas. Pues bien, si atendemos al nivel de ingresos medios por hogar de las Personas Mayores, más de la mitad, (55,9 %) , están por debajo del umbral de pobreza. Estas escalofriantes cifras quedan matizadas tras ponderarlas considerando los datos por unidad de consumo y por persona, donde encontramos que un 11,5% y un 5,7% , respectivamente, se encuentran por debajo del umbral de pobreza.

Según las cifras observadas en la C.M. el 25,6 % de los mayores de 65 años (145.675 ancianos) estarían viviendo en hogares por debajo del umbral de pobreza frente al 2,9 % de la población menor de 65 años.

Analizando la situación económica de nuestros Mayores por sexos, se observa una situación significativamente más desfavorable en el caso de las mujeres a pesar de los grandes esfuerzos realizados en los últimos años.

Estas cifras deben hacer reflexionar a las diferentes administraciones y animarles a consensuar estrategias para garantizar esa suficiencia económica enunciada en el

citado artículo 50 de nuestra Constitución. De hecho este artículo deja la puerta abierta a la participación de otros sistemas presenciales en los que, sin duda alguna , deben jugar un papel importante las Comunidades Autónomas al amparo de la competencia exclusiva en materia de Asistencia Social atribuida en el artículo 148.1.20ª de la Constitución Española de 1978.

3.2. Recursos Sociales alternativos

A continuación vamos a evaluar el conjunto de recursos sociales que, en unas ocasiones, constituyen una alternativa real al ingreso en la Residencia y, en otras, suponen un soporte asistencial que permite retardar este ingreso aportando los elementos que precisa el Mayor. Ente estos recursos vamos a destacar aquellos que consideramos más interesantes y cuyo uso está mas extendido:

- Centros de Día
- Hogares y clubes
- Servicio de Ayuda a Domicilio
- Teleasistencia
- Otros alojamientos alternativos

3.2.1. Centros de Día

Son Centros a los que el Mayor acude desde su domicilio para reci-

bir atención durante el Día, volviendo a el al término de la actividad. El horario suele extenderse desde las 8-9 de la mañana a las 7-8 de la tarde y se presta durante varios días a la semana, generalmente los días laborales de Lunes a Viernes. Un número casi anecdótico de Centros prestan también atención en días festivos y fin de semana. Está destinado a sujetos con algún grado de dependencia física y /o psíquica y tiene un carácter fundamentalmente rehabilitador.

Los Centros cuentan con atención médica y de enfermería, ayuda para la realización de las ABVD, terapia ocupacional y fisioterapia. Cuentan igualmente con atención social y actividades socioculturales. En algunos Centros cuentan también con atención psicológica. En el plano puramente hostelero suelen recibir el desayuno, la comida y la merienda. El Centro debe contar con un Sistema de transporte adaptado que garantice el traslado de todos los usuarios a pesar de su restricción de motilidad.

Además de la meta rehabilitadora, también pueden ingresar sujetos en los que se persigan otros objetivos asistenciales como el control clínico de diferentes patologías, la prevención del deterioro o la descarga familiar.

Se trata de un recurso de aparición muy reciente en nuestro medio que se ha ido desarrollando a lo largo de la última década, dando muestra de su utilidad y consolidando su posición en la cartera de recursos sociales. No obstante su presencia en el panorama asistencial es aún muy escasa y sólo ofrecen 7.103 plazas en los 329 Centros distribuidos por el país (ratio de 0,11 plazas por cada 100 ancianos)⁽⁶⁹⁾. Esta ratio oscila en las diferentes Comunidades Autónomas entre las 0,02 plazas por cada 100 sujetos mayores de 65 años de Aragón, Baleares, Extremadura y Galicia y las 0,9 plazas por cien ancianos de Álava. En Cantabria, Ceuta y Melilla no existe ninguna plaza.

Según recomendaciones de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología⁽⁷⁰⁾ (= S.E.G.G.) deberían existir 75.754 plazas en la totalidad del territorio español y 8.424 en la C.M. atendiendo al Padrón Municipal de 1996 . Para fijar estas necesidades la S.E.G.G. Estima que son necesarias una plaza por cada 100 sujetos entre 65 y 79 años y dos plazas por cada 100 sujetos mayores de 80 años.

El coste de la plaza/año a nivel nacional oscila entre las 321.200 pesetas (1930,45 Euros) de Extremadura (que solo gestiona 35 plazas) y las 2.069.755

pesetas (12.439,48 Euros) de Álava (con 348 plazas y la mayor ratio como se ha comentado).

En la C.M.^(40,69) (IMSERSO 1998) existen 48 Centros y un total de 1.153 plazas que suponen una ratio de 0,17 plazas por cada 100 ancianos. Cinco de estos Centros de Día están especializados en Psicogeriatría y ofrecen 155 plazas. (Tabla 3.15).

El coste anual de la plaza en la C.M. (1998) es de 900.000 pesetas (5.409,11 Euros). El Ayuntamiento de Madrid, que gestiona la mitad de los Centros de toda la Comunidad, tiene un coste anual de la plaza (1998) de 960.000 pesetas

(5.769,72 Euros) que alcanza la cifra de 1.152.000 pesetas (6.923,66 Euros) en las plazas psicogeriatricas.

La Comunidad de Madrid tiene actualmente Centros de Día en todos los Distritos de la Capital, en 3 Mancomunidades y 15 Municipios. El Plan de Mayores elaborado por esta Comunidad tiene previsto alcanzar las 2.200 plazas en el año 2006.

3.2.2. Hogares y clubes

Según la definición dada por el IMSERSO (1995) son Centros de reunión que promueven la convivencia de las Personas Mayores y la mejora de sus con-

Tabla 3.15.: Centros de Día: nº de Centros, plazas y costes

	ESPAÑA	MADRID
Nº Centros	329	48
Nº Plazas	7103	1153
Ratio (plazas/100 ancianos)	0,11	0,17
Coste plaza (Pesetas/año)	Desde 321.200 (Murcia) a 2069755 (Alava)	Desde 900,000 (C. Madrid) a 960.000 (Ayto. Madrid)
Fuente: Elaboración propia. Datos IMSERSO de 1998. Http\\ : www.imsersomayores.csic.es		

diciones de vida a través de diversos servicios.

Están destinados a sujetos con un amplio grado de autonomía que puede acceder sin grandes dificultades al Centro por medios propios para realizar su actividad diaria .

Ofrecen un lugar de encuentro, una amplia oferta de servicios, y un marco favorable que permite dar cabida a un gran número de actividades generadas por iniciativa propia del Mayor: juegos de mesa, tertulias, manualidades, etc.

Entre los servicios ofertados se encuentran:

- Actividades recreativas: talleres, fiestas, baile, excursiones
- Actividades formativas: charlas, educación para la salud ...
- Servicios de hostelería: cafetería, servicio de comida (en ocasiones comida a domicilio)
- Biblioteca
- Peluquería
- Asistencia Social: asesoramiento, gestión de documentación.
- Podología
- Actividad física: gimnasia de mantenimiento, deportes por equi-

pos. En ocasiones tratamientos sencillos de rehabilitación.

- Servicio médico: En ocasiones se ofrece consulta destinada a la prevención, valoración médica, chequeos de salud, etc.

El interés de estos Centros radica fundamentalmente en su amplia difusión por todo el territorio nacional, su facilidad de acceso y su capacidad para constituirse como punto de encuentro y centro “pivote” de una oferta asistencial más amplia a los mayores de su Área.

En España existen, según datos del IMSERSO de 1998⁽⁶⁹⁾, un total de 3.136 Hogares que dan servicio a un número estimado de 1.893.886 usuarios. A pesar de existir un número de Centros cercano a los 5 por cada 10.000 ancianos, por encima de la ratio de 4 por 10.000 aconsejada por el Plan Gerontológico, la oferta dada a nivel nacional no es óptima debido a la irregular distribución de éstos a lo largo del país. Podemos encontrar desde Comunidades con un número muy escaso de Centros, como Ceuta (2 centros), Baleares (6) o Cantabria (8), a Comunidades con una amplísima distribución de Centros por todo su territorio, como Cataluña (1.126 Centros), País Vasco (301) o Aragón (268). (ver *Tabla 3.16*)

Tabla 3.16.: Hogares y clubes para las Personas Mayores en el Estado Español. 1998.

Ámbito territorial	Nº de >65 años 1/5/96	Nº hog/clubes	Nº de usuarios	% usuarios/>65	% de mujeres
ANDALUCÍA*	951.000	163	150.000	15,77	-
ARAGÓN	238.500	268	105.748	44,34	75
PPDO. DE ASTURIAS	211.900	22	80.539	38,01	-
ISLAS BALEARES	112.800	6	28.649	25,4	-
CANARIAS	167.200	198	-	-	-
CANTABRIA	92.800	8	31.669	34,13	59
CASTILLA – LA MANCHA	318.800	50	150.000	47,05	50
CASTILLA Y LEÓN	511.400	78	250.000	48,89	-
CATALUÑA	989.200	1.126	500.000	50,55	-
EXTREMADURA	181.100	23	140.794	77,74	19,95
GALICIA*	501.800	32	110.000	21,92	60
COMUNIDAD DE MADRID*	687.900	107	173.324	25,2	69-75
REGIÓN DE MURCIA	148.700	220	-	-	-
NAVARRA	87.500	173	84.258	96,29	-
LA RIOJA	47.400	162	-	-	-
COMUNIDAD VALENCIANA	613.600	197	-	-	-
CIUDAD DE CEUTA	7.100	2	6.700	94,37	52,22
CIUDAD DE MELILLA	5.700	-	-	-	-
PAÍS VASCO	321.900	301	82.205	-	-
ESTADO	619.6300	3.136	1.893.886	-	-

Fuente: IMSERSO de 1998. Http\ : www.imsersomayores.csic.es

Lo más frecuente es que los Centros sean de titularidad pública y dependan generalmente de una Comunidad Autónoma, un Ayuntamiento o una Mancomunidad. En algunos casos dependen de alguna entidad de acción social como parroquias, asociaciones benéficas, obra social de las Cajas de Ahorros e incluso asociaciones de Mayores. La gestión con frecuencia es llevada a cabo por los propios Mayores constituidos en Junta de Gobierno.

En la Comunidad de Madrid el número de Centros dependientes del Ayuntamiento de la Capital (67) superan en número a los que dependen directamente de la Comunidad (40). Los usuarios de los Centros de la Comunidad se han estimado en 173.324 ancianos. No se han hecho estimaciones del número de usuarios en los Centros de dependencia Municipal.

En los Centros de la C.M. dos de cada tres usuarios (69 %) son mujeres. Esta cifra asciende en los Centros del Ayuntamiento hasta el 75 %.

3.2.3. Servicio de Ayuda a Domicilio

Constituye otro de los recursos dirigidos a potenciar la permanencia del Mayor en su marco natural y evitar la ins-

titucionalización. Tiene por objeto hacer llegar al propio domicilio del anciano aquellos cuidados personales que precisa, para la realización de su actividad básica diaria, y el apoyo necesario para la realización de las actividades instrumentales y de mantenimiento del propio domicilio.

Los recursos desplazados al domicilio del anciano pueden proceder de diversas fuentes y van orientados a cubrir un determinado ámbito de necesidad. Podemos identificar una ayuda de contenido fundamentalmente sanitaria, que procede de los Equipos de Atención Primaria del Área Básica de Salud o de los Equipos de Atención Geriátrica a domicilio, en los escasos lugares donde existe. Estos sistemas de ayuda domiciliaria han demostrado una disminución muy significativa de los ingresos hospitalarios, de la institucionalización en Residencias y del consumo de otros recursos sanitarios y sociales ⁽⁷¹⁻⁷³⁾.

Desde el ámbito de lo social, o sociosanitario, tenemos el “Servicio de Ayuda a domicilio” (SAD) definido por Pilar Rodríguez (1997)⁽⁷⁴⁾ como “un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo

psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio de una Persona Mayor dependiente en algún grado, con el objetivo básico de favorecer el incremento de la autonomía personal en su medio habitual de vida.”.

Los destinatarios de ayuda a domicilio son, por lo tanto, personas con pérdida de autonomía para la ejecución de su actividad diaria en el domicilio y que precisan de otra persona para la ejecución de las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria.

Los objetivos a cubrir por el SAD incluyen (Rodríguez P. 1997):

- Incrementar la autonomía del Mayor en su domicilio.
- Potenciar la permanencia del anciano en el domicilio el mayor tiempo posible.
- Prestar apoyo en el desarrollo de tareas y actividades para las que el mayor precise ayuda, tanto en el ámbito personal como en el doméstico.
- Adaptar la vivienda a las necesidades y situación de dependencia del anciano, con atención especial a la mejora de su seguridad personal

- Fomentar el desarrollo de hábitos saludables que incluyan un nivel de actividad adecuado a su situación de dependencia.
- Potenciar las relaciones sociales y familiares del Mayor.

El SAD es un recurso prestado al anciano fundamentalmente a través de la Administración, constituyendo la oferta privada un hecho anecdótico en el momento actual. Los responsables de esta gestión suelen ser las entidades locales, fundamentalmente Ayuntamientos o Entidades similares como Mancomunidades, Diputaciones Provinciales o Cabildos Insulares. En escasas zonas donde el nivel de transferencias en materia de servicios sociales no es pleno sigue siendo función del INSERSO.

La ejecución práctica de la prestación de ayuda a través del SAD es llevada a cabo directamente por personal de la Entidad local o, como ocurre en la mayoría de los casos, mediante Empresas mercantiles (sociedades, cooperativas....) o entidades sin ánimo de lucro contratadas por el citado Ente local.

El Servicio suele estar coordinado por un trabajador social. En algunas ocasiones es un equipo multidisciplinar el que se encarga de la gestión del Servicio.

La demanda del servicio llega a los responsables locales con competencia en materia de servicios sociales que, tras la aplicación de un baremo, deciden la idoneidad de la prestación, el tipo de intervención (tareas personales, domésticas, compañía, apoyo social, etc.) y la intensidad con la que esta debe ser llevada a cabo (número de días y horas de la prestación).

En el citado baremo, que no es homogéneo en el territorio nacional sino que varía en las diferentes entidades responsables de su gestión, se consideran factores sociales, familiares, económicos y de dependencia. Con frecuencia la administración que lo imparte establece un tope de ingresos económicos por parte del usuario para considerarle subsidiario de recibir la prestación. Este tope suele estar en las 150.000 pesetas mensuales en municipios de menos de 10.000 habitantes y en torno a las 110.000 en los municipios por encima de 10.000 habitantes.

La financiación del servicio es muy heterogénea a lo largo del territorio nacional. Como media los Ayuntamientos se encargan de aportar el 36,5 % del gasto, el INSERSO el 21,4 %, las Comunidades el 18,8 %, las Diputaciones el 12,7 %, las Mancomunidades el 4,6 % y los Usuarios el 4,1%. Esta cuota pagada por los usuarios

suele estar en relación con su nivel de ingresos y oscila a lo largo del territorio nacional desde el 0,3%, aportado por los ancianos en Murcia o Asturias, y el 11,7%, aportado por los Mayores valencianos o el 13,2 % aportado por los catalanes (IMSERO. 1998)⁽⁷⁵⁾.

El coste de la hora varía también mucho en las diferentes administraciones y va desde las 925 pesetas (5,56 Euros) de Extremadura a las 3.175 pesetas (19,08 Euros) de Navarra. Igualmente se observan importantes diferencias en relación a la intensidad del Servicio que oscila entre las 9,83 horas por anciano al mes de Cantabria y las 34,7 de Álava. (*Tabla 3.17*).

En cuanto al perfil del usuario del Servicio de Ayuda domicilio coincide con el de una mujer (69,4 %), con una edad avanzada que está por encima de los 80 años, en un alto porcentaje (41,4%), y que viven con alguien más (62,5%). La mitad (51,3%) son viudos o divorciados y su capacidad adquisitiva es baja, encontrándose por debajo de las 55.000 pesetas (330,56 Euros).

En lo relativo a la cobertura del servicio en la actualidad no alcanza en España el 2% de los mayores de 65 años (1,82% en cifras de 1998. IMSERSO⁽⁶⁹⁾),

muy por debajo de las recomendaciones del 8% propuestas por el Plan Gerontológico, o el 5 % aconsejado por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. La distribución geográfica también es muy variable y va de 0,78 en Valencia a 5,63 en Álava. (Tabla 3.17).

Mirando a nuestro entorno comunitario europeo observamos cifras muy por encima de cobertura del SAD entre las que podemos destacar el 24 % de los ancianos en Finlandia, el 20 % en Dinamarca, el 9% en Reino Unido, el 8% en Holanda o el 7% en nuestra vecina Francia (OCDE. 1996 ⁽⁵⁹⁾).

Volviendo a nuestro país observamos una distribución geográfica irregular de la prestación. En términos generales podemos decir que llega al 78,8 % de los Municipios y tiene mayor implantación en los Municipios grandes (98%) que en los de pequeño tamaño (75 %). En general se podría decir que la prestación del SAD se ofrece en todos los Municipios de más de 5.000 habitantes⁽⁷⁵⁾. (Tabla 3.17)

En la Comunidad de Madrid el Servicio de Ayuda a Domicilio llega al 1,98% de la población anciana (1998)⁽⁶⁹⁾, lo que supone un número de 13.649 usuarios. La intensidad de la prestación se cifra en 18

horas al mes para cada usuario como promedio de atención, lo que supuso en 1998 un total de 2.175.269 horas. El coste medio de la hora fue de 1.532 pesetas (9,21 Euros) y el usuario aportó el 8,56 % del coste de la prestación.

El principal problema de la ayuda a domicilio desde el ámbito de los social es que, a pesar de las buenas bases sobre las que se sustenta la prestación, todos los esfuerzos realizados se traducen finalmente en una mera ayuda domestica que no se coordina con otros recursos aplicados al Mayor y que se desarrolla en un ámbito de actuación poco regulado y por una personal con formación muy heterogénea y, en cualquier caso, muy deficiente.

Si recordamos la definición de la ayuda a domicilio que dimos más atrás de Pilar Rodríguez (1997), donde se habla del carácter preventivo y rehabilitador y donde, además de la ayuda doméstica, se debe articular una atención psicosocial, personal, familiar y de relación con el entorno, y después observamos la realidad de la ayuda a domicilio en nuestro país, vemos múltiples deficiencias que conviene resolver para que el SAD sea una verdadera alternativa asistencial, o un buen complemento a otros recursos que permita el mantenimiento del anciano el mayor tiem-

Tabla 3.17.: El Servicio público de Ayuda a Domicilio para Personas Mayores en España por Comunidades . 1998.

ÁMBITO TERRITORIAL	>65 años 1/5/96	Nº de usuarios >65	% usuas/ >65	% de >80	% Tareas dome.	% Cuidados	NºHoras	Inten-sidad	Coste hora Ptas.	% copago
ANDALUCÍA	951.000	17.028	1,79	33,97	41	59	2.131.081	-	1.442	6
ARAGÓN	238.500	6.008	2,52	20,06	80	20	123.915	16,5	1.450	15
ASTURIAS	211.900	3.195	1,51	60,85	82	18	660.000	15,09	1.166	-
BALEARES	112.800	2.575	2,28	-	75	25	339.519	-	1.921	4,1
CANARIAS	167.200	3.179	1,9	-	-	-	-	-	-	-
CANTABRIA	92.800	1.399	1,51	-	-	-	267.923	9,83	-	-
CASTILLA – LA MANCHA	318.800	8.091	2,54	8,7	-	-	1.904.847	20	1.025	-
CASTILLA Y LEÓN	511.400	10.904	2,13	-	-	-	2.227.606	18	928	-
CATALUÑA	989.200	12.195	1,23	33	81	19	1.751.408	19,35	1.200	-
EXTREMA-DURA	181.100	8.500	4,69	-	90	10	1.172.476	11	925	-
GALICIA	501.800	5.817	1,16	-	-	-	1.276.907	12	1.000	-
C. MADRID	687.900	13.649	1,98	-	65	35	2.175.269	18	1.532	8,56
R. MURCIA	148.700	2.134	1,44	-	80	20	450.000	15,5	1.200	8
NAVARRA	87.500	2.915	3,33	-	20	80	241.137	12	3.175	7,8
PAÍS VASCO	321.900	8.897	2,76	-	-	-	2.567.211	-	-	-
LA RIOJA	47.400	1.089	2,3	-	-	-	145.000	10	1.375	15
C. VALEN-CIANA	613.600	4.805	0,78	-	-	-	716.338	13	1.500	-
CCEUTA	7.100	198	2,79	20,7	68,5	31,5	29.300	10	1.301	0
MELILLA	5.700	219	3,84	50,23	61,54	38,46	45.984	17,49	2.290	0
ESPAÑA	6.196.300	112.797	1,82	-	-	-	18.225.921	-	-	-

Fuente: IMSERSO. 1998

po posible en su domicilio, evitando su ingreso “forzado” en la Residencia cuando no es la opción deseada por el Mayor.

Algunas de las medidas que deberían ser de urgente implantación para que la ayuda a domicilio en nuestro país ocupe el sitio que merece podrían resumirse en:

- Adecuada coordinación entre la ayuda a domicilio prestada desde el ámbito social y el sanitario. Para ello debería existir un trabajo conjunto entre el trabajador social, responsable de la prestación, y el profesional sanitario del Centro de Salud, responsable de la atención sanitaria dispensada en el domicilio del Mayor. La adecuada coordinación mejoraría mucho la labor de detección de casos, la optimización de los recursos y la consecución de objetivos, que deberían ser fijados de forma conjunta por los profesionales de los dos ámbitos de actuación. Un propuesta alternativa sería la creación en los municipios de equipos específicos destinados a la coordinación real de todos los recursos asistenciales destinados a la Persona Mayor, convirtiendo en realidad esa entelequia que hoy llamamos espacio sociosanitario.

- Mejora de la formación de todo el personal implicado, tanto personal técnico como auxiliar, en aspectos específicos de atención al Mayor y de organización y funcionamiento de la ayuda a domicilio y otros recursos relacionados (teleasistencia, centros de día, atención institucional, etc.)

- Coordinación de la ayuda a domicilio con la prestada al Mayor en otros niveles asistenciales, de forma que pudiera disponer de ellos de forma puntual o continuada cuando fuera preciso: por ejemplo ingresos temporales en residencia, atención en centro de día, etc.

- Potenciar el voluntariado de calidad mediante una red de apoyo y coordinación adecuada que además garantice la formación mínima para una actuación eficaz.

- Análisis profundo de la estructura sociofamiliar del Mayor optimizando la labor de ayuda de los cuidadores informales prestándoles el apoyo formativo y estructural necesario

- Aumento de los recursos económicos destinados a esta prestación, permitiendo alcanzar una mayor co-

bertura nacional con una atención de mayor calidad..

No olvidemos que el SAD es una prestación económica de fácil e inmediata aplicación y que respeta el marco natural de convivencia del Mayor. Consecuentemente con esto, su potenciación va reportar una mayor calidad de vida del anciano que quiere permanecer en su domicilio y una optimización de la aplicación de los recursos económicos destinados a atender a éste.

3.2.4. Teleasistencia

La teleasistencia domiciliaria consiste en la implantación de un sistema telemático en el domicilio de la Persona Mayor que le permite el envío de una señal de emergencia mediante el accionamiento de un dispositivo. Esta señal es recogida en una central que se encarga de disponer los medios asistenciales pertinentes en cada caso.

Existen diversos tipos de equipos que han ido mejorando en los últimos años y que hoy permiten dar unas prestaciones de calidad a un precio aceptable. Básicamente el equipo consiste en un dispositivo tipo pulsera, colgante, etc. que el Mayor lleva siempre consigo y que, al ser accio-

nado, actúa a modo de mando a distancia enviando una señal al teléfono instalado en el domicilio que, a su vez, realiza una llamada a una Central de recepción donde se encuentra personal adiestrado en la valoración de situaciones de emergencia y en la aplicación de los recursos adecuados.

La implantación en nuestro país es todavía muy reciente y está gestionada desde la administración, Organizaciones no lucrativas y la Empresa Privada.

Es un recurso muy útil en Personas Mayores que tienen un grado aceptable de autonomía que les permite vivir solos en su domicilio, o viven acompañados pero permanecen solos durante gran parte del día. La existencia de la teleasistencia da una gran seguridad al Mayor y permite la rápida actuación en caso de necesidad, todo lo cual contribuye al mantenimiento del anciano en su entorno y a evitar una institucionalización no deseada ni aconsejable.

Con gran frecuencia las llamadas se corresponden a la realización de "pruebas" efectuadas por el Mayor en un intento de confirmar que hay alguien dispuesto a ayudarle en caso de necesidad. Igualmente muchas de las llamadas se producen con la intención de reclamar el apoyo afectivo que con frecuencia precisa el

anciano que vive solo en su domicilio y carece, casi por completo, de aferencias del “mundo exterior”.

La respuesta, consecuentemente con lo anterior, puede consistir en el mantenimiento de una conversación afectuosa entre el Mayor y el operador de la Central de Recepción, el aviso a un familiar o vecino previamente acordado, o el envío de los servicios de Emergencia al domicilio del anciano.

Según las últimas cifras publicadas, IMSERSO⁽⁶⁹⁾ 1998 , la cobertura por el servicio de teleasistencia domiciliaria alcanza solamente al 0,78 % de la población mayor de 65 años, es decir 48.574 personas, muy por debajo del 12,5 % recomendado por el Plan Gerontológico Nacional⁽⁷⁶⁾. Cuatro de cada cinco usuarios son mujeres (81 %) y tienen una edad media de 79 años, con un número importante de ancianos “jóvenes” por debajo de los 70 años (20,9 %) entre los que se acumulan situaciones de alto riesgo, alta morbilidad y gran dependencia funcional.

La teleasistencia domiciliaria puede ser la única prestación utilizada por el anciano, pero casi en la mitad de los casos (47%) suele ser el complemento a otra prestación social, casi siempre (94 % de

los casos) al Servicio de Ayuda a Domicilio.

Al igual que ocurre con otras prestaciones, su cobertura, coste del servicio y participación del usuario en el pago varía mucho dependiendo de la Comunidad Autónoma de que se trate. La mayor cobertura la encontramos en la Comunidad de Navarra, alcanzando al 2,27 % de los ancianos, y la menor cobertura la ofrece la Comunidad de Galicia, que sólo ofrece el servicio al 0,12 % de los mayores. En cuanto al coste del servicio la prestación resulta más económica en la Comunidad Balear, donde el gasto por usuario al año es de 11.818 pesetas (71,03 Euros), frente a las 63.226 pesetas (380 Euros) de la Comunidad de Madrid, donde resulta más caro el servicio de entre las Comunidades en las que se ha evaluado el coste. (Tabla 3.18.)

En la Comunidad de Madrid la cobertura está solo discretamente por encima de la media nacional, alcanzando 1,05 % de los Mayores de 65 años, es decir a 7.191 usuarios. La mayoría de los usuarios son mujeres (84,4%) y más de la mitad (54,4 %) está por encima de los 80 años de edad. El coste, como acabamos de comentar, es el más caro de los conocidos entre las diferentes Comunidades.

Tabla 3.18.: La Teleasistencia Domiciliaria a Personas Mayores en España por Comunidades Autónomas. 1998.

ÁMBITO TERRITORIAL	Nº de >65 años 1/5/96	Nº de usuarios >65 a.	%usua/ >65 a.	% de Mujeres	% de >80 años	Coste ptas/ usua/año	% copago
ANDALUCÍA	951.000	8.875	0,93	-	-	-	-
ARAGÓN	238.500	2.842	1,19	64	19,99	23.647	-
ASTURIAS	211.900	1.401	0,66	81,94	61,24	48.000	10
BALEARES	112.800	640	0,57	76,47	53,62	11.818	-
CANARIAS	167.200	429	0,26	86,48	48,48	42.000	23,9
CANTABRIA	92.800	190	0,2	-	-	-	-
CASTILLA – LA MANCHA	318.800	3.947	1,24	-	-	42.000	-
CASTILLA Y LEÓN	511.400	6.209	1,21	-	-	54.000	-
CATALUÑA	989.200	3.902	0,39	-	-	-	-
EXTREMADURA	181.100	1.315	0,73	-	-	-	-
GALICIA	501.800	587	0,12	-	-	-	-
C. MADRID	687.900	7.191	1,05	84,41	54,41	63.226	-
R. MURCIA	148.700	1.094	0,74	-	-	-	-
NAVARRA	87.500	1.986	2,27	78,95	48,39	36.460	-
PAÍS VASCO	321.900	3.941	1,22	-	-	-	-
LA RIOJA	47.400	298	0,63	60,07	84,9	-	-
C. VALENCIANA	613.600	3.510	0,57	-	-	-	-
CCEUTA	7.100	111	1,56	86,49	33,33	48.672	1,13
MELILLA	5.700	106	1,86	34,91	50	45.331	0
ESPAÑA	6.196.300	48.574	0,78	-	-	-	-

Fuente: IMSERSO. 1998

Por todo lo que acabamos de decir, la teleasistencia puede mejorar la calidad de vida y disminuir la institucionalización en aquellos ancianos con algún riesgo que viven solos en el domicilio, aquellos que precisan ser supervisados para sentirse seguros, o aquellos que precisan ésta como complemento a otra prestación. Su alta rentabilidad basada en su eficacia y bajo coste debe animar a las diferentes administraciones, e incluso a la iniciativa privada, a desarrollar esta prestación por todo el territorio nacional para alcanzar ese 12,5 % propuesto por el Plan Gerontológico⁽⁷⁶⁾.

3.2.5. Otros alojamientos alternativos

En este epígrafe se recogen diversos tipos de alojamiento distintos al domicilio habitual de la Persona Mayor a los que éste acude para paliar una situación de soledad, una necesidad de ayuda, o por tener dificultades en su vivienda habitual.

Estos alojamientos son más próximos al hogar habitual que a la institución, pueden tratarse de apartamentos individuales o destinados a dos o más personas pero nunca a grupos grandes de convivencia. Suelen tener algún tipo de tutela que va desde la simple supervisión a la prestación

de diferentes servicios según el grado de necesidad. Tal como están diseñados en la actualidad van dirigidos a personas con un buen grado de independencia funcional.

Básicamente existen dos fórmulas de convivencia: los diferentes tipos de viviendas tuteladas y diversas fórmulas de acogida de la Persona Mayor.

Entre las viviendas tuteladas encontramos apartamentos individuales o para dos personas, viviendas tuteladas que acogen a pequeños grupos de no más de 10 personas, y viviendas comunales que suelen ser autogestionadas por las Personas Mayores que las ocupan.

Estas viviendas tuteladas suelen disponer de diferentes servicios entre los que podemos encontrar: restaurante, servicio de comida a domicilio, lavandería, peluquería, actividades de ocio y servicios de atención sanitaria. Igualmente suelen contar con algún sistema de tutela que puede ir desde un equipo de teleasistencia a cualquier dispositivo conectado con la portería, o algún "cuidador" ubicado en el propio edificio.

En cuanto a los sistemas de acogida encontramos diversas fórmulas como el acogimiento familiar, o el interge-

neracional.

En la fórmula de acogimiento familiar el Mayor pasa a vivir con una familia diferente a la suya como si se tratará de un miembro más de dicha familia. A cambio la familia recibe una contraprestación económica que puede provenir del propio anciano o de algún programa establecido desde la administración.

El acogimiento intergeneracional consiste en una forma simbiótica de intercambio entre un Mayor y una Persona Joven, con frecuencia estudiantes. El Mayor que precisa de compañía y de pequeñas ayudas para su actividad diaria recibe en su domicilio a un Joven que a cambio de resolver sus necesidades recibe alojamiento.

El error que ya han demostrado estos sistemas de alojamiento alternativo es partir de la condición de independencia del Mayor sin prever lo efímero de esta situación en muchos casos. De cualquier forma el tiempo suele disminuir la situación funcional del mayor y hace replantearse la forma de convivencia elegida. Este error, similar al que ya se observó con la implantación de Residencias de válidos, obligará, sin duda a replantearse la organización de estos alojamientos alternativos.

En nuestro país los alojamientos alternativos son de muy reciente aparición por lo que su desarrollo actual apenas es significativo, resultando muy difícil de cuantificar debido a la escasa normativa reguladora al respecto.

Según el IMSERSO (1998)⁽⁶⁹⁾ existen en nuestro país 601 viviendas tuteladas que alojan a 3.348 Personas Mayores y suponen el 0,05% de la población anciana del país. La Comunidad que mayor cobertura tiene es la de Extremadura con 628 plazas y una ratio del 0,35%, muy por debajo todavía del 1 % recomendado por el Plan Gerontológico Nacional⁽⁷⁶⁾. En el lado opuesto se encuentran muchas Comunidades en las que no existen las viviendas tuteladas, como Aragón o la Comunidad Valenciana⁽⁶⁹⁾.

En la Comunidad de Madrid la totalidad de las viviendas tuteladas censadas están gestionadas por el Ayuntamiento de la capital y son un total de 60 con capacidad para 100 ancianos, lo que supone una ratio del 0,01 % de los mayores de 65 años de Madrid. La tercera parte son mujeres (61), y la edad media de todos los usuarios es de 75 años, con 12 sujetos por encima de los 80. La plaza cuesta de promedio al año por cada usuario 1,420.000 pesetas (8534,37 Euros), participando el Mayor en

el 20 % de este coste. (Tabla 3.19)

En lo relativo al acogimiento familiar en la Comunidad de Madrid existen 18 hogares en los que se encuentran 48 ancianos, la mayoría (34) son mujeres y están por encima de los 80 años (32). El Mayor

paga la totalidad de los gastos generados por su acogida. (Tabla 3.20.). La Consejería de Servicios Sociales intenta potenciar este tipo de iniciativas ofreciendo ayudas que regula mediante la publicación de normativa al respecto ⁽⁷⁷⁾.

Tabla 3.19.: Viviendas tuteladas en la Comunidad de Madrid (1998) ⁽¹⁾

Número de viviendas	Número de plazas	% plazas/ >65 años	Número de Mujeres	Número > 80 años	Media de edad	Coste anual de la plaza(ptas)	% pagado por el Mayor
66	100	0,01	61	12	75 años	1.420.000	20 %

Fuente: IMSERSO. 1998

(1) La totalidad de las viviendas registradas son gestionadas por el Ayuntamiento de Madrid

Tabla 3.20.: Acogimiento familiar en la Comunidad de Madrid (1998)

Número de Hogares	Número de plazas	Número de mujeres	Número > 80 años	% pagado por el Mayor
18	48	34	32	100%

Fuente: IMSERSO 1998

4. TIPOLOGÍA Y COBERTURA ASISTENCIAL DE LAS RESIDENCIAS

Sin ánimo de hacer una clasificación estricta de las Residencias, extremo que sin duda estaría condenado al fracaso, pretendemos a continuación explicar alguno de los calificativos que se manejan a la hora de hablar de las Residencias y que vienen a definir alguna de sus características.

Según los últimos datos publicados por el IMSERSO (1998)⁽⁶⁹⁾ existen en España 3.720 Residencias con un total de 198.358 plazas, lo que supone 3,2 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años. Estos Centros pueden clasificarse en diversos tipos atendiendo a los siguientes criterios que exponemos a continuación:

4.1. Tipos de Residencias según capacidad funcional del anciano:

4.1.1. Residencias para ancianos válidos:

Todos los usuarios son independientes para las actividades básicas de la vida diaria (= A.B.V.D.) y no necesitan ningún tipo de ayuda.

4.1.2. Residencias para ancianos asistidos:

Los ancianos que ingresan tienen algún grado de incapacidad precisando ayuda para realizar parte o todas las A.B.V.D.

4.1.3. Residencias mixtas:

En ellas conviven ancianos válidos y ancianos asistidos..

Esta clasificación carece de sentido en la actualidad, porque el envejecimiento de nuestra población y el aumento de su grado de discapacidad, asociados a la actual carencia de plazas residenciales, hacen necesario orientar estas plazas a los ancianos con alguna incapacidad física y/o psíquica que serían los que se podrían beneficiar mas de este nivel asistencial, destinando otro tipo de recursos a ancianos válidos con problemática social y/o económica (asistencia a domicilio, teleasistencia, pisos tutelados, centros de día, etc.).

Por otro lado, un criterio indispensable para no desvirtuar el concepto de Residencia de válidos debería ser el alta al

domicilio o el traslado a otro Centro de cualquier anciano en el momento de incapacitarse de forma temporal o definitiva. Este extremo no solo parece poco viable en la práctica, y de dudosa legalidad, sino que además supone un importantísimo elemento desestabilizador del anciano en el momento en el que precisa mayor provisión de cuidados.

Como dato adicional diremos que las macrorresidencias edificadas en los años 70 en España para ancianos válidos han tenido que ir incorporando progresivamente “módulos” de asistidos que se han ido desbordando, haciendo necesaria la convivencia de ancianos asistidos y válidos a la espera de una plaza en el “módulo” de asistidos. De esta forma estas Residencias han quedado transformadas en Residencias Mixtas reconvirtiendo progresivamente plazas de válidos a asistidos.

4.2. Tipos de Residencias según la institución de que dependen:

4.2.1. Residencias Públicas:

El centralismo administrativo imperante en nuestro país en el momento de iniciarse la construcción de estos Centros, hizo que las primeras Residencias dependieran de organismos de la administra-

ción central como el INSERSO que distribuyó su red de Centros por toda nuestra geografía. Las posteriores tendencias centrífugas hacia la gestión de recursos socio-sanitarios en comunidades autónomas y corporaciones locales han hecho proliferar la creación de Residencias dependientes de estas Instituciones. La Comunidad de Madrid cuenta actualmente con múltiples Residencias en su ámbito de actuación y, desde el 1 de Enero de 1996, ha empezado a gestionar las Residencias del INSERSO tras recibir las transferencias de la Administración Central en materia de gestión de Servicios Sociales. Otras Entidades como Ayuntamientos, Mancomunidades, etc. contribuyen a completar la oferta de plazas públicas en nuestro país. Este tipo de plazas en la totalidad del territorio nacional alcanza la cifra de 52.113 (INSERSO 1998)⁽⁶⁹⁾ distribuidas en 638 Residencias y con una reparto muy irregular a lo largo de la geografía nacional (*Tabla 3.21*). En la Comunidad de Madrid (INSERSO 1998) existen 33 Residencias Públicas que ofertan un total de 7.206 plazas.

El coste de las plazas es muy variable según la Comunidad de que se trate debido a los diferentes tipos de gestión aplicados en cada una de ellas. También se observan diferencias en función de la forma de contabilizar los gastos y la im-

Tabla 3.21.: Distribución de Centros y Plazas de Residencia en España por comunidades , 1998.

ÁMBITO TERRITORIAL	CENTROS			PLAZAS				TOTAL		
	Públicos	Privados concertad.	Privados no concer.	Públicas	Privadas concerta.	Privadas no concertadas	Centros	Plazas	% plazas >65 años	
ANDALUCÍA	154	-	379	8.253	3.996	20.115	533	32.364	3,4	
ARAGÓN	12	7	178	1.737	143	8.473	197	10.353	4,34	
ASTURIAS	13	30	103	2.056	483	3.934	146	6.473	3,05	
BALEARES	1	8	12	552	202	1.251	21	2.005	1,78	
CANARIAS	41	2	59	2.077	90	1.228	102	3.395	2,03	
CANTABRIA	2	14	27	420	271	2.742	43	3.433	3,7	
CASTILLA – MANCHA	16	54	78	2.102	1.156	7.597	148	10.855	3,4	
CASTILLA Y LEÓN	91	125	238	8.417	1.148	15.921	454	25.486	4,98	
CATALUÑA	132	420	476	6.171	8.864	23.404	1.028	38.439	3,89	
EXTREMADURA	25	9	38	1.657	155	2.802	72	4.614	2,55	
GALICIA	28	13	56	2.837	559	5.589	97	8.985	1,79	
C. MADRID	33	46	249	7.206	2.172	11.556	328	20.934	3,04	
R. MURCIA	13	10	15	1.184	804	938	38	2.926	1,97	
NAVARRA	3	13	42	310	738	2.924	58	3.972	4,54	
PAÍS VASCO	35	44	150	2.895	3.103	4.493	229	10.491	3,26	
LA RIOJA	3	5	18	438	165	1.802	26	2.405	5,07	
C. VALENCIANA	34	44	117	3.646	1.937	5.308	195	10.891	1,77	
CCEUTA	1	2	0	62	42	0	3	104	1,46	
MELILLA	1	0	1	93	0	140	2	233	4,09	
ESPAÑA	638	846	2.236	52.113	26.028	120.217	3.720	198.358	3,2	

Fuente: IMSERSO. 1998

putación que se hace de ellos. Por ejemplo la Comunidad Catalana en algunas plazas, como las psicogerítricas, separa el módulo social del módulo sanitario imputándolo por separado a cada una de las “Consellerias” competentes en la materia.

De acuerdo a lo anterior, el coste anual de la plaza de anciano válido (IMSERSO.1998)⁽⁶⁹⁾ oscila en nuestro país entre 1.000.000 pesetas (6010,12 Euros) en Cantabria y 3.535.0000 pesetas (21.245,78 Euros) en Ceuta. (Tabla 3.22)

Con respecto al coste anual de la plaza de asistido (IMSERSO.1998)⁽⁶⁹⁾, ésta oscila entre 1.500.000 pesetas (9.015,18 Euros) en Asturias y 5.110.717 pesetas (30.716,03 Euros) en Álava.

El coste de la plaza psicogerítrica (IMSERSO.1998)⁽⁶⁹⁾ va desde 1.500.000 pesetas (9.015,18 Euros) en Asturias a 5.110.717 pesetas (30.716,03 Euros) en Álava. En Cataluña el coste del “módulo social” correspondiente a la plaza psicogerítrica es de 815.858 pesetas (4.903,41 Euros).

En la Comunidad de Madrid la plaza de válidos y asistidos gestionadas directamente tienen imputadas el mismo coste (IMSERSO.1998)⁽⁶⁹⁾ que se cifra en

2.800.000 pesetas (1682,83 Euros), y la plaza psicogerítrica se encuentra sólo ligeramente por encima con 2.937.520 pesetas (17.654,85 Euros) de coste.

La práctica totalidad del coste de la plaza es asumido por la administración y, aunque el anciano aporta un porcentaje de sus ingresos, que varía según las comunidades (en Madrid está en torno al 75-85 % de la pensión), son cantidades muy pequeñas debido a la escasez de rentas de los Mayores que cumplen los criterios de acceso.

El elevado coste de la gestión de plazas residenciales por parte de la Administración, ha animado a la concertación de plazas con Residencias privadas a un precio sensiblemente inferior al coste de la plaza de gestión pública. Este tipo de plazas ya constituyen (IMSERSO.1998) un número de 26.028 en la totalidad del territorio nacional y 2.172 en la Comunidad de Madrid.

La experiencia de rentabilidad adquirida en la Comunidad de Madrid, con respecto a las plazas concertadas en Centros Privados, le ha animado a la concertación de la gestión íntegra de Centros Propios por parte de Entidades Privadas.

Tabla 3.22.: Coste de plazas públicas de Residencia en España por Comunidades . 1998.

ÁMBITO TERRITORIAL	Plaza válido	Plaza asistido	Plaza Psicogeríátrica
ANDALUCÍA	-	-	-
ARAGÓN	1.029.300	1.930.850	1.996.550
ASTURIAS	1.500.000	1.500.000	1.500.000
BALEARES	1.132.595	2.115.905	-
CANARIAS	1.131.500	-	-
CANTABRIA	1.000.000	1.856.000	2.157.000
CASTILLA – LA MANCHA	-	2.121.015	-
CASTILLA Y LEÓN	1.058.500	1.934.500	2.044.000
CATALUÑA	-	1.620.000	815.858
EXTREMADURA	-	-	-
GALICIA	1.328.965	2.955.402	2.955.402
C. MADRID	2.800.000	2.800.000	2.937.520
R. MURCIA	-	-	-
NAVARRA	-	-	-
PAÍS VASCO	-	-	-
LA RIOJA	1.620.336	1.620.336	-
C. VALENCIANA	-	-	-
CCEUTA	3.535.000	-	-
MELILLA	-	-	-
ESPAÑA	-	-	-

Fuente: IMSERSO. 1998

4.2.2. Residencias Privadas:

Suponen las tres cuartas partes de la oferta de plazas en nuestro país con, un total de 146.245 (1998)⁽⁶⁹⁾ distribuidas en 3.082 Residencias. En la Comunidad Autónoma de Madrid esta cifra asciende a 13.728 plazas en 295 Centros, que suponen el 65,58 % de las 20.934 plazas totales de ésta Comunidad.

Cuando la entidad privada encargada de la gestión es una Entidad Benéfica orientada a dar un servicio a un determinado colectivo de ancianos sin obtener una rentabilidad económica podemos hablar de Residencias Privadas sin ánimo de lucro (CARITAS, Comunidades Religiosas, ONCE, etc.). Desgraciadamente estas iniciativas sólo cubren un número mínimo del total de camas. La C.M. intenta fomentar estas iniciativas mediante la publicación anual de subvenciones para entidades sin ánimo de lucro que gestionen plazas de Residencia.

La mayor parte de las plazas de Residencias, tanto en el ámbito de las privadas como del cómputo total de plazas, son gestionadas por Empresas Privadas con el fin de obtener una rentabilidad económica. Hablaríamos en este caso de Residencias Privadas con ánimo de lucro.

El concierto de plazas con la administración, que antes comentábamos, se convierte en un interesante atractivo para estos Centros permitiéndoles obtener unos ingresos garantizados al margen de las oscilaciones del “mercado”. Esto permite una subclasificación de las Residencias privadas en concertadas y no concertadas. Dado que la Administración obliga al cumplimiento de una serie de condiciones en cuanto a la infraestructura material y personal de la Residencia, los Centros concertados, en principio, presentan una buena dotación.

Esta política de concertación ha permitido ampliar la oferta de plazas públicas que, a pesar de todo, sigue siendo insuficiente y genera largas listas de espera de ancianos que, cumpliendo los criterios de adjudicación de plaza requeridos por la Comunidad, no acceden directamente a ella y deben esperar a que se produzca una vacante.

Al margen de esa lista de espera “oficial”, se ha creado otra lista de Personas Mayores que precisan plaza de Residencia y no pueden acceder a ellas, dado que su situación socioeconómica supera los restringidos baremos exigidos por la Comunidad para acceder a una plaza pública, pero no son suficientes para contra-

tar plaza en una Residencia Privada.

Este hecho en la Comunidad de Madrid ha generado la inquietud en los responsables de la Consejería de Servicios Sociales, que han diseñado un tipo de plaza dirigida a este grupo de población con un rango de poder adquisitivo “intermedio” entre el usuario de plaza pública y de plaza privada. Son las denominadas plazas cofinanciadas en las que el anciano ocupa un plaza en una Residencia Privada cuyo coste es asumido de forma conjunta entre la Comunidad de Madrid y el anciano. Actualmente el Mayor abona en torno al 60 % del coste estimado de la plaza que viene a suponer una cifra próxima a las 125.000 pesetas (751,27 Euros), asumiendo la Comunidad de Madrid el importe restante de la plaza. En el año 2000 existen en esta Comunidad 300 plazas ubicadas en 7 Centros.

4.3.- Tipos de Residencias según el número de plazas:

El número ideal de plazas en una Residencia suscita amplia polémica en todos los foros de debate, dentro y fuera de nuestras fronteras, habida cuenta que el objetivo a perseguir es aportar una adecuada asistencia a un precio razonable (con una rentabilidad económica en el caso de

las Residencias Privadas) y todo ello apartándose lo menos posible del carácter ineludible de “hogar” que debe tener el Centro para el anciano.

Por poner algún ejemplo de lo expuesto arriba diremos que los países escandinavos optan por Residencias de pequeño tamaño, siempre por debajo de las 50 camas, y en Francia la legislación regula su construcción estableciendo el número de plazas entre 40 y 80 con un diseño modular en unidades de 20 camas.

En nuestra experiencia el número ideal de camas, para poder mantener la infraestructura necesaria y dar una asistencia de calidad a un precio razonable huyendo de la excesiva masificación del Centro, está entre las 80 y 100 plazas. Por otro lado los datos aportados por el IMSERSO, en cuanto a tamaño de los Centros, utilizan los puntos de corte de 50 y 150 plazas clasificando tres grupos de centros. En base a esto podemos dividir, eso sí de forma arbitraria, las Residencias en pequeñas, medianas y grandes.

4.3.1. Residencias pequeñas:

Estarían por debajo de las 50 camas. En nuestro país suponen un número importante del total de Residencias y

del total de camas. Salvo contadas excepciones, como el de algunas Residencias Privadas de “lujo” donde el elevado coste de la cama permite mantener una infraestructura suficiente, en la inmensa mayoría de los casos se trata de Centros donde se ofrece alojamiento, comida, asistencia para las AVD y cuidados de enfermería, los más afortunados cuentan además con algún tipo de asistencia médica propia y el resto, la mayor parte, dependen del Sistema Público de Salud en el ámbito de la asistencia médica.. En una parte significativa de los casos cumplen con grandes esfuerzos la legislación vigente o se encuentran fuera de ella.

Dentro de este grupo encontraríamos las miniresidencias o microrresidencias con un número de usuarios más próximo a la convivencia familiar (acogimiento, viviendas comunales o tuteladas, etc.) que a la Residencia y que no sobrepasan las 20 plazas. Estos Centros tienen un nivel de infraestructura, tanto material como personal, muy escaso que difícilmente les permiten cumplir la normativa vigente,

4.3.2. Residencias Medianas:

Entre 50 y 150 plazas. Aportan mayor infraestructura a sus Residentes que las anteriores pero no suelen tener una

autonomía completa y dependen, al menos en parte, de los recursos comunitarios. Es un modelo muy utilizado por Comunidades Autónomas y corporaciones locales. Permiten ofrecer un aceptable nivel de atención al Mayor sin necesidad de hacerle participar de la vida de una gran Institución

4.3.3. Residencias Grandes:

Por encima de las 150 plazas. Suelen contar con una dotación completa de medios, tanto sociales como sanitarios, que les hacen funcionar con independencia. La inmensa mayoría cuenta con médico propio y muchas de ellas con una cobertura durante las 24 horas, ya sean con médico de presencia o localizado. Muchos incorporan rehabilitación en el propio Centro y en contados casos consulta de especialidades médicas.

En este tipo de Residencia el anciano sólo recurre a los Servicios Comunitarios cuando precisa alguna consulta médica especializada o un ingreso hospitalario.

Si bien la mayor parte de este grupo estaba constituido originalmente por Residencias Públicas, dentro de las que encontramos las macrorresidencias con más

de 250-300 plazas, la inversión de grandes capitales privados al sector han hecho proliferar progresivamente la aparición de Grandes Residencias con amplias dotaciones, eso sí, a precios no siempre accesibles para todo el colectivo de ancianos.

Según las diferentes Comunidades Autónomas se observa como prima la construcción de un determinado tamaño de centros (*Tabla 3.23*). Por ejemplo en Baleares y Canarias las tres cuartas partes de los Centros (77,78 % y 76,74 % respectivamente) están por debajo de las 50 plazas. En Murcia, por el contrario, el 60,7 % de las Residencias superan las 150 plazas.

En la Comunidad de Madrid, analizando las cifras disponibles de Centros propios y concertados (IMSERSO 1998), vemos como el 13,92 % corresponde a Residencias de menos de 50 plazas, la mayoría (60,76 %) son Centros con un número de plazas comprendido entre 50 y 150, y la cuarta parte (25,32 %) se trata de Residencias por encima de las 150 plazas.

4.4.- Tipos de Residencias según la atención

Según el tipo de atención podemos hablar de Residencias Generales y de Re-

sidencias Especializadas. Las primeras irían destinadas a ancianos con todo tipo de problemática y las especializadas centrarían su atención en un grupo con unas características, problemática o patología determinadas.

En este último grupo, que en la actualidad es muy escaso, conviene destacar la creación de Centros dirigidos a ancianos con demencia que están empezando a aparecer debido a la gran presión asistencial del amplio colectivo, en continuo crecimiento, de ancianos con esta patología.

La sensibilidad de la administración ante la creciente carga sanitaria de muchos mayores ha llevado a la creación en la Comunidad de Madrid de las denominadas plazas sociosanitarias. Estas plazas van destinadas a ancianos que con frecuencia viven a camino entre la Residencia y el Hospital debido a la presencia de pluripatología y factores de riesgo que le predisponen a descompensaciones frecuentes. Se pretende ofrecer una plaza en un Centro con una mayor cobertura sanitaria y una atención especializada que mejore su calidad de vida y disminuya la frecuencia de reingresos. La rentabilidad, tanto terapéutica como económica, parece fuera de toda duda. Actualmente la C.M. ofrece una

Tabla 3.23.: Clasificación de las Residencias según tamaño. (1998)

ÁMBITO TERRITORIAL	< 50 plazas %	50-150 Plazas %	> 150 plazas %
ANDALUCÍA	-	-	-
ARAGÓN	42,1	26,32	31,58
ASTURIAS	67,4	25,58	6,98
BALEARES	77,78	11,11	11,11
CANARIAS	76,74	11,63	11,63
CANTABRIA	0	68,75	31,25
CASTILLA – LA MANCHA	27,14	52,86	20
CASTILLA Y LEÓN	-	-	-
CATALUÑA	-	-	-
EXTREMADURA	41,18	47,06	11,76
GALICIA	24,39	51,22	24,39
C. MADRID	13,92	60,76	25,32
R. MURCIA	39,13	0	60,87
NAVARRA	75	0	25
PAÍS VASCO	-	-	-
LA RIOJA	25	37,5	37,5
C.VALENCIA	-	-	-
CCEUTA	33,33	66,67	0
MELILLA	0	100	0
ESPAÑA	-	-	-

Fuente: IMSERSO. 1998

Residencia con 80 de éstas plazas.

4.5. Necesidades actuales de plazas residenciales

La oferta de plazas residenciales actualmente en nuestro país se encuentra numéricamente muy por debajo de los niveles de cobertura ofrecidos en los países de nuestro entorno, donde se superan las cinco plazas por persona mayor de 65 años.

En los últimos años se ha realizado un enorme esfuerzo por parte de la iniciativa pública, y sobre todo de la privada, para la creación de plazas residenciales que se traducen en casi 100.000 plazas en 10 años, pasando de las 106.488 plazas en 1988 a las 198.358 inventariadas en 1998.

Este enorme esfuerzo ha tenido como contrapeso el rápido incremento de la población anciana, que solo ha permitido el incremento en un punto de la ratio (nº de plazas por cada 100 ancianos) que

ha pasado de 2,15 a 3,2 en ese mismo periodo. Según las recomendaciones de la S.E.G.G. deberíamos perseguir, al menos como un objetivo modesto, la ratio de 4,5, lo que, atendiendo a esas cifras de 1998, supone la creación de 96.005 plazas.

Este esfuerzo por la creación de plazas no debe ser el mismo en las diferentes Comunidades Autónomas (*Tabla 3.24*). Aunque algunas Comunidades ya han superado ligeramente esta ratio (Castilla la Mancha y Castilla León) o están muy cerca de ellas (Navarra y la Rioja), en el resto de las Comunidades se deben volcar todavía grandes esfuerzos para aumentar el número de plazas residenciales, que en el caso de Madrid y de Galicia superan las 15.000 (15.523 y 15.488 respectivamente). El concurso de la iniciativa privada estimulado y coordinado por las diferentes administraciones parece estar dando resultados favorables en muchas Comunidades Autónomas.

Tabla 3.24.: Plazas residenciales en 1998 y necesidades para alcanzar la ratio de 4,5.

ÁMBITO TERRITORIAL	1998		Estimaciones	
	Plazas n	Ratio %	Plazas n	Necesidades %
ANDALUCÍA	28.939	2,95	44.081	15.142
ARAGÓN	9.645	3,93	11.030	1.385
ASTURIAS	5.707	2,64	9.717	4.010
BALEARES	3.278	2,97	4.970	1.692
CANARIAS	3.549	2,97	7.754	4.205
CANTABRIA	3.377	3,62	4.195	818
CASTILLA – LA MANCHA	15.557	5,03	13.904	-1.653
CASTILLA Y LEÓN	23.637	4,56	23.345	-292
CATALUÑA	34.481	3,33	46.529	12.048
EXTREMADURA	4.357	2,33	8.419	4.062
GALICIA	7.099	1,41	22.587	15.488
C. MADRID	16.923	2,35	32.446	15.523
R. MURCIA	3.315	2,21	6.750	3.435
NAVARRA	3.899	4,28	4.102	20.
PAÍS VASCO	9.061	2,73	14.920	5.859
LA RIOJA	2.154	4,19	2.315	161
C. VALENCIANA	13.585	2,22	27.141	13.556
CEUTA y MELILLA	350	2,38	662	312

Fuente: SEGG-GERIATRÍA XXI .IMSERSO. 1998

5. OBJETIVOS DE LA RESIDENCIA

La función de la Residencia consiste en cubrir diversos objetivos asistenciales frente al anciano, objetivos frente al personal del Centro y, finalmente, frente a otras instituciones.

5.1. Objetivos asistenciales

Los Objetivos Asistenciales que debe perseguir la Residencia en lo relativo a su atención al anciano pueden resumirse de forma genérica en los referidos a continuación:

- Asistir al anciano en aquellas actividades de la vida diaria que no puedan realizar con independencia, potenciando sus capacidades residuales para mantener la autonomía en las áreas aún preservadas.
- Establecer el programa de rehabilitación y T. ocupacional específico para cada anciano orientado a recuperar las funciones afectadas. Estimular la actividad física continuada.
- Potenciar una adecuada higiene estimulando al anciano al mantenimiento de una buena imagen que favorezca su autoestima.
- Procurar la alimentación adecuada a los requerimientos nutricionales y médicos del anciano sin desatender los criterios culinarios de gusto y presentación esmerados.
- Proporcionar el alojamiento adecuado, ya sea en habitación individual o compartida, prestando especial cuidado al respeto a la intimidad. Asegurar el cuidado de las pertenencias del anciano.
- Establecer los adecuados programas de seguimiento en el marco de una actitud preventiva, ya sea primaria, secundaria o terciaria.
- Aplicar las medidas diagnósticas y terapéuticas que correspondan en cada caso.
- Estimular al anciano para que participe del entramado social del Centro, propiciando las buenas relaciones entre los residentes y entre éstos y todo el personal .

- Favorecer la relación del anciano con sus familiares y amigos y con el medio externo a la Residencia.
- Elaborar un programa de actividades estimulando la participación del anciano.
- Propiciar el protagonismo del anciano en la dinámica del Centro estableciendo los mecanismos adecuados para su libre expresión y esforzándose en reflejar los deseos y necesidades de éste en los diferentes programas de intervención.

5.2 Objetivos con el personal:

En cuanto a *los* objetivos que debe perseguir la Residencia con respecto al propio personal del Centro, en el ánimo de establecer el clima más adecuado para poder cumplir los objetivos asistenciales arriba referidos, podemos destacar:

- Establecer el organigrama adecuado que permita el mejor flujo de información entre los profesionales del Centro.
- Distribuir las tareas en función de la capacitación profesional de cada miembro del equipo de trabajo con

especial atención al reparto adecuado de las cargas de trabajo. Si fuera necesario habrá que establecer las rotaciones adecuadas de ubicación de cada trabajador dentro del Centro para evitar la sobrecarga.

- Estimular el ejercicio de una buena práctica profesional mediante los refuerzos positivos que se estimen adecuados en cada caso.
- Favorecer la formación continuada de todo el personal.
- Propiciar el trabajo en equipo potenciando el abordaje multidisciplinar del anciano.

- Facilitar los elementos necesarios para convertir la Residencia en un Centro de Investigación permanente que permita evaluar los resultados del trabajo realizado para potenciar o corregir los aspectos que procedan respecto a la labor asistencial.

5.3 Objetivos institucionales

En lo relativo a los objetivos de la Residencia como institución frente a otras instituciones, y frente al medio extrarresidencial, destacaremos los si-

güentes apartados:

- Potenciar su carácter de Centro abierto propiciando la libre entrada y salida de visitas y usuarios,
- Divulgar su actividad haciendo propaganda de ella en su entorno para dar a conocer su presencia, infraestructura y forma de funcionamiento.
- Abrir su actividad a la participación de familiares, amigos, voluntarios y profesionales relacionados con el Sector .
- Conocer la legislación vigente en cada momento adaptándose a la normativa que sea de aplicación, tanto aquella de carácter obligatorio como aquella que, sin serlo, contribuya a mejorar la calidad asistencial en el

Centro.

- Coordinar su actividad con todas aquellas instituciones relacionadas con el funcionamiento del Centro (Servicios Sociales y sanitarios de la zona, asociaciones locales, etc.).
- Sumarse a todos aquellos foros de discusión y participación que tengan que ver con la Asistencia al Mayor y puedan ser de interés a juicio de los gestores del Centro.

La continua evolución de la Asistencia en las actuales Residencias va a plantear, sin duda, nuevos retos y va a obligar a redefinir muchos de estos objetivos que, en cualquier caso, siempre deben ir dirigidos a un único Objetivo General que es mejorar en lo posible la calidad de vida de los Mayores que tienen a su cargo.

6. SERVICIOS DE LA RESIDENCIA

Para alcanzar los objetivos relacionados en el capítulo anterior cada Centro elabora su estrategia y su catálogo de prestación de Servicios. La variedad, e incluso la intensidad en la prestación, de estos servicios van a definir la idiosincrasia de cada Centro. A continuación definimos algunos de los Servicios más habituales en estas Instituciones:

6.1. Alojamiento:

La habitación es, como muchos residentes denomina, SU CASA. Debe ser preocupación fundamental de la Residencia proporcionar un espacio propio para el anciano donde tengan cabida sus objetos personales y se respete su intimidad. Las limitaciones habituales a este principio básico suelen ser la situación de dependencia y la necesidad de compartir habitación debido a la actual infraestructura de la mayoría de los Centros. La limitación de la intimidad que van a propiciar estos hechos puede verse minimizada si se adopta la sana costumbre de preguntar al Mayor, cuando ello sea posible, sobre sus preferencias y seguir fielmente sus indicaciones. La entrada en su “espacio personal”

como son la habitación, el baño, su armario, etc. deben de tener lugar tras su oportuna autorización para no convertir un acto de ayuda en una invasión de su intimidad. Esta costumbre suele ser valorada muy positivamente por la mayoría de los ancianos hasta fases muy avanzadas de deterioro. No olvidemos que la pérdida funcional, ya sea física o psíquica, nunca va ligada a la pérdida de dignidad personal.

Por otro lado la habitación debe tener la amplitud suficiente y las adaptaciones necesarias para la situación del Mayor. El buen estado de mantenimiento y la buena higiene deben estar garantizadas permanentemente.

El resto de la otras habitaciones de “la casa” como el comedor, el salón, la cocina, etc. deben seguir los mismos criterios de mantenimiento, higiene y accesibilidad descritos para su habitación

6.2. Alimentación

La Residencia debe elaborar los menús dando respuesta a las necesidades dietéticas del anciano sin olvidar sus apencias y hábitos culinarios. Cuando sea

preciso se realizaran las modificaciones necesarias para el control de sus patologías y/o factores de riesgo.

Además del Servicio de Comedor muchos Centros medianos y grandes suelen ofrecer el Servicio de Cafetería que, además de su función “nutricional”, cumplen una función social y de ocio, propiciando el encuentro con otros residentes y familiares que acuden a visitarles.

6.3. Asistencia en las AVD

El deterioro funcional del anciano hace necesario que reciba ayuda para la ejecución de las actividades de la vida diaria. Esta asistencia, que puede ser desde mínima (ayuda o supervisión para el baño) hasta absoluta (grandes dependencias funcionales), deben ser proporcionada por personal cualificado con la formación y titulación necesaria. Cualquier acto de ayuda en esta área debe ir presidida por un escrupuloso respeto al pudor y la intimidad del anciano dentro de los límites permitidos por su deterioro funcional.

Actualmente existen diferentes perfiles formativos para el personal de Atención directa al Mayor según los diferentes tipos de Centros. Básicamente los Centros públicos exigen la Titulación de Auxiliar

de Enfermería (formación de Grado Medio) y los Centros Privados el de Gerocultor. A esta última categoría de Gerocultor se accede tras la realización de un curso específico de atención a la Persona Mayor. Esta formación actualmente no está reglada y la imparten múltiples Entidades Públicas y Privadas con grandes diferencias en el contenido y duración del programa formativo, que rara vez supera los 30 Créditos.

En los Centros Privados coexisten por lo tanto en esta categoría Auxiliares de Enfermería y Gerocultores. La formación continuada, tanto en Centros Públicos como Privados, está empezando a generalizarse y mejorar el conocimiento de estos profesionales en áreas específicas como el manejo de ancianos con deterioro cognitivo, rehabilitación, terapia ocupacional, etc.

Según los datos del estudio realizado por la S.E.G.G. (Cuestionario Residencias. Geriatría XXI. 2000)⁽⁷⁸⁾ en Centros de más de 50 plazas existía una ratio de 7,3 residentes por auxiliar de enfermería o gerocultor.

6.4. Asistencia Médica

Dada la alta fragilidad de gran parte de los usuarios de Residencias, condicio-

nada por su alta morbilidad y deterioro funcional, la atención médica se ha convertido en un servicio muy importante dentro de estos Centros.

Según los datos del estudio Geriatria XXI. (2000)⁽⁷⁸⁾, la totalidad de las Residencias encuestadas disponían al menos de un médico. Conviene recordar que el citado estudio excluye a las Residencias con menos de 50 plazas en las que cabe suponer que la situación no sea tan favorable.

Esta elevada presencia del médico en la Residencia se produce a expensas de una gran diversidad en el tiempo de dedicación, perfil formativo y tipo de relación laboral.

Según el citado estudio de la SEGG (Geriatria XXI) el 71% de los médicos estaban contratados a Jornada completa y el 24,3% a media Jornada. Algo más de la mitad de los Centros (53,3%) tenían 1 médico y el 18,7 % tenían más de dos. No se observaron diferencias en el número de médicos en función de la titularidad de los Centros.

Dadas las necesidades de la población Residencial es imprescindible garantizar la atención médica durante las 24 horas de día. Este asunto esta resuelto de

forma muy diferente en cada Centro. En algunas Residencias se deriva la Urgencia directamente al Sistema Público de Salud y en otros queda cubierta por los propios médicos del Centro. En este último tipo de cobertura cabe diferenciar también aquellos Centros en los que existe presencia física del médico de aquellos en los que no la hay y el médico es avisado en caso necesario. Según el estudio Geriatria XXXI solo existía médico de presencia física durante las 24 horas en el 12 % de los Centros encuestados.

En relación con el perfil formativo del médico coexisten médicos generalistas con formación en Atención Primaria, con médicos generalistas con formación geriátrica no reglada y médicos especialistas en Geriatria.

Afortunadamente la formación media del médico de Residencia se ha ido acrecentando en los últimos años apareciendo diferentes colectivos científicos y profesionales encargados de fomentar la actividad formativa y el intercambio entre profesionales. Sería deseable un futuro donde se regulara una formación más homogénea del médico de Residencia que, además de los importantes aspectos medico-geriátricos, incorporara otros conocimientos sobre los diferentes aspectos que

este profesional debe manejar diariamente como cuidados paliativos, rehabilitación, nutrición y dietética, gestión de equipos de trabajo, etc.

6.5. Atención de Enfermería

La enfermería tiene un papel muy importante en las Residencias (no olvidemos que la terminología sajona para denominar las Residencias es “Nursing home”, algo similar a “Casa de Enfermería”). La cantidad de factores de riesgo que suele presentar el mayor le hacen muy propicio para su inclusión en diferentes programas de enfermería (exclusivos del departamento o en conjunto con el departamento médico), como cuidados de la piel, control de la incontinencia, estreñimiento, diabetes, hipertensión arterial, etc. La preparación y administración de la medicación por diferentes vías es otra función importante e esta categoría profesional. Finalmente la coordinación de las tareas del personal Auxiliar de Enfermería y su apoyo al departamento médico completan su ámbito de actuación en la Residencia.

Según el citado estudio Geriatria XXI se registró una ratio de un enfermero/a por cada 18,4 Residentes. La media de estos profesionales por centro fue de

10,5 aunque la amplísima desviación estándar (15,2) da idea de la gran variedad encontrada entre los Centros. El número de enfermeros/as fue significativamente superior en los Centros Públicos frente a los Privados.

La mayor cobertura se observó por las mañanas encontrándose personal de enfermería en el 91,6 % de los Centros. El 88,8 % tenían enfermero/a por las tardes y sólo el 72% lo tenían por las noches. En el 15% de los Centros no existía enfermero/a durante el fin de semana (Geriatria XXI. 2000).

6.6. Asistencia Farmacéutica

La Residencia debe garantizar la aplicación de todos los tratamientos farmacológicos destinados a la prevención, mantenimiento y/o curación de la Persona Mayor ingresada en la Residencia.

Para el cumplimiento de este servicio la Residencia suele asumir la prescripción, el abastecimiento del fármaco y su administración.

La prescripción y administración corren a cargo del personal médico y de enfermería, respectivamente, de los que ya hemos hablado.

En cuanto al abastecimiento de la medicación se recurre a la cobertura farmacéutica que posea la Persona Mayor, que con frecuencia suele ser del Sistema Público de Salud. No obstante este capítulo de obtención del fármaco queda resuelto de forma diferente según que la titularidad el Centro sea Pública o Privada. Igualmente se observan diferencias en el abordaje de esta cuestión en cada Comunidad Autónoma. A continuación exponemos la situación en la Comunidad de Madrid que, con algunos matices podría extrapolarse al resto del territorio nacional:

a) En las Residencias Públicas un concierto con el INSALUD (u organismo de la Comunidad que hubiera asumido las competencias sanitarias) permite que el médico prescriba libremente en recetas del propio INSALUD que posteriormente son canjeadas en farmacias externas al Centro. El presupuesto destinado a Farmacia cubre el resto de necesidades no subvencionadas por el Sistema Nacional de Salud.

b) En las Residencias Privadas, aunque no hay criterios generales, algún representante del Centro, habitualmente el médico, debe acordar con el médico titular de INSALUD (u organismo

equivalente de la Comunidad) asignado a cada anciano, los mecanismos a través de los cuales la prescripción médica en la consulta de la Residencia se traduce en una prescripción por el médico del INSALUD con receta a cargo del Sistema Público de Salud. Este trámite, que actualmente no está regulado de una forma satisfactoria, supone una fuente permanente de conflictos pero es indispensable para que el anciano pueda hacer uso de su derecho a la financiación pública de sus necesidades farmacéuticas y no tenga que hacer un esfuerzo económico adicional al que ya está realizando para cubrir los costes de su estancia en la Residencia.

En la actualidad en las diferentes Comunidades autónomas se está intentando dar un contenido real al concepto de lo "sociosanitario" definiendo con claridad el nivel de implicación (legislativo, organizativo y presupuestario) de las diferentes áreas administrativas (social y sanitaria) en el funcionamiento de estos Centros.

6.7. Fisioterapia

La incorporación de la fisioterapia al equipo multiprofesional de las Residencias está comenzando a generalizarse como consecuencia de los óptimos resultados demostrados.

La actuación del fisioterapeuta además de centrarse en actividades de mantenimiento y recuperación funcional del Mayor debe encargarse, junto con el terapeuta ocupacional, de valorar y adaptar la accesibilidad del Centro a las características de los usuarios y prescribir la ayudas técnicas necesarias para cada anciano.

El fisioterapeuta debe intervenir en la formación del personal del Centro en los aspectos relacionados con la ergonomía del trabajo y la prevención de lesiones, tanto del anciano como del auxiliar, durante las transferencias y movilizaciones.

Según el citado estudio Geriatria XXI existía fisioterapeuta en el 62,6% de las Residencias con más de 50 plazas.

6.8. Terapia Ocupacional

El terapeuta ocupacional tiene como objetivo fundamental mantener y potenciar la capacidad funcional del Mayor para ejecutar sus actividades de la vida diaria. Con este fin el terapeuta desarrolla diversas técnicas de intervención que deben partir del análisis pormenorizado de las necesidades de cada anciano.

Como ya comentamos debe colaborar con el fisioterapeuta en la mejora de la

accesibilidad del Centro y la prescripción de las ayudas técnicas necesarias. Su valoración sobre la capacidad del Mayor para ejecutar las AVD debe convertirse, junto con las pautas dadas por el personal de enfermería, en una herramienta de uso permanente por el personal Auxiliar que le indique claramente donde debe hacer, donde ayudar y donde sólo debe supervisar.

Existe terapeuta ocupacional en el 67,3 % de la Residencias de más de 50 plazas (Geriatria XXI.. 2000)

6.9. Atención Psicológica

La incorporación del psicólogo al Equipo de Trabajo de las Residencias es un hecho aún reciente y poco significativo que sólo alcanza al 29,9% de los Centros , según el estudio Geriatria XXI.

Su posibilidad de intervención a nivel diagnóstico y terapéutico a muchos niveles le hacen un profesional muy adecuado para este tipo de Centros. La alta prevalencia de deterioro cognitivo, de trastornos del estado de ánimo, y de problemas conductuales en la población Residencial claman por un incremento de su presencia en estas Instituciones.

Su posibilidad de actuación en el manejo ambiental del Centro y en la intervención con familias son aspectos muy interesantes y todavía infravalorados en las Residencias.

6.10. Atención Social

El trabajador social desarrolla igualmente una importante labor en todo lo relacionado con la situación sociofamiliar de los Residentes y en la coordinación de recursos destinados al Mayor de fuentes externas a la Residencia.

Su presencia en las Residencias alcanza el 82,2% de los Centros y es mayor en los públicos (94,6 %) que en los Privados (68 %). (Geriatría XXI 2000).

6.11. Animación sociocultural

El programa de animación sociocultural de la Residencia debe ir dirigido a fomentar las actividades lúdicas, la participación, la ocupación del tiempo libre y las inquietudes culturales manifestadas por el Mayor . Cuando el anciano no exprese espontáneamente esta necesidad se deberán realizar las intervenciones que se consideren adecuadas en cada caso para conocer sus inquietudes (encuestas personales, reuniones grupales, etc.)

Este tipo de actividades esta afrontado de forma muy diferente en cada Centro, pudiendo encontrar a diferentes profesionales al frente de estas actividades.

El animador sociocultural es un profesional cuyo curriculum profesional es de reciente aparición y su presencia actualmente en las Residencias es poco significativa, constituyendo más una anécdota que un hecho habitual.

Es frecuente que estas actividades sean desarrolladas por el Trabajador Social o por el Terapeuta ocupacional, que a veces unen sus esfuerzos constituyendo un departamento multidisciplinar al que se pueden incorporar otros profesionales del Centro.

6. 12. Podología

Los pies del Mayor suelen ser una fuente de problemas cuando no se les presta la atención oportuna. Esta problemática tiene una especial incidencia en personas con determinadas patologías como diabetes mellitus, insuficiencia vascular periférica, etc.

Este hecho condiciona la presencia del podólogo en un alto porcentaje de Centros que suele estar contratado por

horas o mediante un contrato de prestación de Servicios.

6.13. Peluquería

Al igual que la podología suele ser un servicio prestado por un profesional externo al Centro que acude un determinado número de horas a la semana para atender a los Residentes.

Al margen de su actividad obligada en cada Residente, en cumplimiento de las normas mínimas de higiene, conviene propiciar su utilización por los Residentes en lo que, sin duda, resultará un ejercicio interesante para el cultivo de su autoestima.

6.14. Otros Servicios

En algunos Centros Privados dirigidos a usuarios con elevado poder adquisitivo se pueden encontrar otra serie de servicios complementarios como especialidades médicas, odontología, comida a la carta, servicio de habitaciones, etc.

El futuro desarrollo de los Centros Residenciales, que van a albergar a usuarios cada vez más exigente, educados en la cultura del bienestar y con un nivel cultural y socioeconómico mucho más elevado que el actual, va a obligar a ampliar este abanico de oferta asistencial para dar respuesta a nuevas demandas de los Mayores.

7. LA RESIDENCIA DEL FUTURO

Analizando las tendencias asistenciales actuales podemos intentar definir cual será la estructura de las Residencias del futuro, habida cuenta del riesgo que entraña cualquier profecía.

El progresivo aumento de la demanda asistencial parece estar obligando a un desarrollo paralelo de los diversos niveles asistenciales en detrimento del tradicional desequilibrio entre la proliferación de Centros de larga estancia y el menosprecio de la atención a domicilio y en Centros de día.

Por otro lado parece razonable coordinar todo este tipo de asistencia para dar una atención más homogénea y permitir la transición del anciano entre diferentes niveles de una forma no traumática.

En este marco las Residencias están surgiendo como Centros ideales para este tipo de coordinación por varios motivos fundamentales:

- El elevado número de camas y la amplia distribución por todo el territorio nacional, tanto rural como ur-

bano, hacen llegar la oferta asistencial a la Mayor parte de nuestra geografía.

- La prestación de servicios a domicilio o de estancia diurna desde o en la Residencia permiten optimizar los recursos de ésta última.

- La coordinación Residencia-Hospital permite el flujo adecuado de pacientes en ambas direcciones, racionalizando los ingresos en el Hospital y favoreciendo el alta hospitalaria a la Residencia para continuar con los cuidados necesarios hasta que el anciano se encuentre en condiciones de volver al domicilio.

- El contacto de la Residencia con los Centros de Servicios Sociales consigue rebasar el margen de las prestaciones sanitarias ampliando la oferta a aquellos ancianos, con problemas sociales de cualquier índole, que precisan asistencia temporal o permanente en la Residencia.

A la vista de todo lo anterior creemos que la Residencia del futuro debe

prestar sus servicios a través de diversas unidades funcionales coordinadas entre sí. Estas Unidades, ya sean módulos, plantas, departamentos, etc. , podrían corresponder a las que definimos a continuación:

- ***Unidad de Media-Larga Estancia*** : Incluiría a ancianos ingresados de forma temporal o definitiva en la Residencia, desarrollando su actividad, comiendo y pernoctando dentro del Centro. Los objetivos a cubrir en cada caso pueden ser rehabilitadores, diagnósticos, terapéuticos, asistenciales o sociales. Pueden estar distribuidos dentro de la Residencia según su grado de validez físico o psíquico, según tipo de patología o de acuerdo a cualquier otro criterio funcional del Centro.

- ***Unidad de estancias diurnas-Centro de día*** : Va destinado a ancianos que acuden a la Residencia durante el día, habitualmente desde el desayuno hasta después de la merienda. El grado de validez y el estado general de estos ancianos debe permitir el traslado diario del domicilio al Centro. Los objetivos a cubrir desde este nivel pueden ser igualmente rehabilitadores,

diagnósticos o terapéuticos. En este caso además la función social de esparcimiento lúdico del anciano y la descarga familiar pueden ser un objetivo importante de abordar.

El acceso de cada anciano puede ser diario o sólo algunos días a la semana, en cualquier caso es recomendable que esta Unidad funcione todos los días, incluidos festivos y fines de semana, para optimizar los recursos del Centro y hacer la oferta asistencial accesible a un mayor número de ancianos.

En esta línea de aprovechamiento de recursos se aconseja el uso de las mismas instalaciones de la Unidad de Media-Larga estancia, evitando destinar recursos específicos a esta Unidad, salvo en cuestiones muy concretas, que encarecerían los costes asistenciales.

A pesar de no ser un criterio unánime, nosotros pensamos que el anciano de esta Unidad debe compartir espacios físicos, programas, actividades y recursos con los residentes de la Unidad de Media-Larga estancia para permitir un mayor número de referencias a ambos

grupos, enriquecer la vida social del Centro y acercar al anciano de la Unidad de Estancias Diurnas a la que puede llegar a ser su futura ubicación, haciendo que esta se produzca de la forma mas solapada y natural posible.

- Unidad de Atención a Domicilio:

Esta debe pretender hacer llegar al anciano la provisión de cuidados necesarios para mantenerle en su domicilio cuando éste sea su deseo y la situación lo permita. El objetivo general en este caso, más que en ningún otro nivel asistencial, debe ser potenciar la independencia del anciano, atendiéndole sólo en aquellas tareas que no pueda llevar a cabo por medios propios dado que esta Unidad sólo le ofrecerá asistencia durante una parte del día y éste deberá permanecer solo el resto del día, en un alto porcentaje de los casos. Este hecho hace necesario que el anciano de esta Unidad, si vive sólo, mantenga un nivel mínimo de independencia.

La Unidad de Atención a domicilio puede hacer llegar al hogar del anciano diferentes recursos según las necesidades detecta-

das en cada caso. Entre dichos recursos podemos destacar los siguientes:

* Asistencia doméstica para ayudarle en las tareas del hogar.

* Personal auxiliar de enfermería para atenderle en las actividades de la vida diaria.

* Acompañamiento durante los largos ratos de soledad.

* Comida elaborada en la cocina de la Residencia atendiendo a sus necesidades dietéticas.

* Lavado y planchado de la ropa.

* Atención médica y de enfermería.

* Asistencia Social.

* Ayuda para realizar cualquier tipo de gestión

* Acompañamiento en los desplazamientos fuera del domicilio, etc.

Los modernos sistemas de telealarma y teleasistencia pueden completar esta oferta tutelando al anciano durante las 24 horas del día, y poniendo a su disposición toda la infraestructura de la Residencia .

Del mismo modo que podemos hacer llegar la mayor parte de la infraestructura de las otras Unidades al domicilio del anciano, también podemos contemplar la posibilidad del ingreso temporal del anciano en alguna de éstas por modificación de su situación funcional, aparición de nuevas patologías o agudización de procesos crónicos que hagan recomendable su control en otro nivel asistencial. De cualquier modo sería aconsejable alguna visita periódica del anciano a estas Unidades con motivo de alguna actividad, fiesta, control médico, etc., para hacerle sentirse integrado en una Residencia con diferentes niveles de asistencia y permitirle contemplar la posibilidad de un cambio de Unidad si la situación lo recomienda.

- *Consultas externas:* Tendría como objetivo proporcionar consulta de Geriatria y otras especialidades orientadas a patologías de alta inci-

dencia en el paciente geriátrico (Cardiología, traumatología, rehabilitación, etc.). Estaría destinada a ancianos que inician su contacto con la Residencia en este nivel asistencial para diagnóstico o control de sus patologías, o a pacientes dados de alta de las otras Unidades y que precisan una revisión periódica.

Esta Unidad precisa de una óptima coordinación con el resto de recursos sanitarios comunitarios para la realización de estudios complementarios que no pueda ofrecer la infraestructura de la Residencia.

- *Otras Unidades:* Cualquier Centro de las características que estamos abordando debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a las necesidades que la población anciana le plantee en cada caso. Por poner algunos ejemplos, con el único objetivo de ilustrar este apartado y sin la intención de agotar las múltiples posibilidades existentes, podemos citar:

* Unidades de Atención Especializada: Destinadas a la atención de pacientes con patologías de alta prevalencia que precisan con-

trol exhaustivo y pueden beneficiarse de una individualización del enfoque diagnóstico y terapéutico. Es el caso de pacientes con deterioro cognitivo, enfermedad terminal que precisa cuidados paliativos, trastornos psiquiátricos, etc.

*** Unidad de Valoración:**

Orientada a la valoración funcional , médica, psíquica y social del anciano que permita aconsejar sobre su ubicación y diseñar el plan de recursos asistenciales que precise.

*** Unidad Docente:** Diseñada para permitir la enseñanza de la Geriatria a todos los niveles . Con independencia de los programas que cada Centro pudiera elaborar aplicando sus propios recursos para atender su demanda docente , éste debe mantener una perfecta coordinación de forma permanente con el resto de los recursos docentes de su entorno, en especial con la Universidad y con los Hospitales Universitarios, poniendo a su disposición las instalaciones del Centro para formar en este nivel asistencial a sus alumnos.

IV. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio pretende mejorar el conocimiento sobre las características físicas, funcionales, psíquicas y sociales de los ancianos que ingresan en una Residencia, así como establecer su evolución durante los seis primeros meses valorando la repercusión de dicho ingreso sobre los parámetros mencionados.

El estudio fue realizando en ocho Residencias, para incrementar el tamaño muestral, y obtener conclusiones que pudieran ser aplicables a la mayoría de las Residencias de nuestro entorno.

La selección de Centros se realizó con los criterios que expondremos más

adelante, pero, en general, se incluyeron Centros con diferentes infraestructura material y personal para obtener conclusiones acerca de la repercusión sobre el anciano de diversos aspectos de la Residencia como el tamaño, la titularidad o el equipamiento..

En este apartado se presenta todo lo relacionado con el diseño del presente estudio que quedará detallado en los siguientes apartados para una mejor comprensión:

- 1.- Selección de Centros
- 2.- Selección de Sujetos
- 3.- Metodología aplicada
- 4.- Análisis estadístico

1. SELECCIÓN DE CENTROS

Como ya se expresó en la hipótesis de trabajo, consideramos las características del Centro como una de las variables importantes a considerar en la respuesta del Mayor tras su ingreso en la Residencia. Por este motivo no quisimos renunciar al estudio de algunos de los aspectos que, en base a nuestra experiencia, nos parecía que podían influir más en la respuesta diferencial del Mayor según el tipo de Centro.

Según esto, y tras barajar múltiples aspectos, decidimos analizar la repercusión de las siguientes características de los Centros incluidos en el estudio:

- Titularidad (pública o privada)
- Tamaño (número de residentes)
- Infraestructura del Centro.

La población inicial de partida era la Comunidad de Madrid en la que contábamos con los siguientes datos, según la Guía directorio de Centros para Personas Mayores del INSERSO de 1995⁽⁷⁹⁾:

- Residencias Públicas: 23
- Residencias Privadas: 170
- **Total de Residencias: 193**

- Plazas Públicas: 5.577
- Plazas Privadas: 8.846
- **Total de Plazas: 14.423**

Consecuentemente con esto la muestra de Centros seleccionados debería reflejar una distribución similar para permitir la inferencia de resultados y conclusiones.

Conviene considerar algunos aspectos previos a la selección de la muestra de Centros:

- Se decidió incluir solamente Centros autorizados por la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, dado que la inclusión de Centros no autorizados (“ilegales”), además de no parecernos legítima, podría aportar sesgos importantes al estudio.
- Todos los Centros Autorizados por la Comunidad de Madrid cumplen unos mínimos en cuanto a infraestructura, “ratios” de personal, organización, etc. según la normativa vigente de Autorización de Centros Residenciales.

- Los Centros de Titularidad Pública, en su práctica totalidad, dependen de la C.M. y, sólo en casos anecdóticos, de las Entidades Locales. Estos Centros tienen una gran homogeneidad en cuanto a recursos asistenciales marcados por la normativa de funcionamiento interno.
- La Concertación de plazas Públicas en Centros Privados es práctica habitual en la C.M. , por lo que un porcentaje elevado de los Centros Privados de tamaño mediano y grande y con una buena infraestructura asistencial son Centros Privados Concertados. En estos, a pesar de las diferencias encontradas en cada Centro, también quedan garantizadas unas infraestructuras asistenciales mínimas, en base a las condiciones de concertación, y que son más exigentes que la normativa mínima exigida para la Autorización y Registro de Centros⁽¹⁴⁾.
- Las Residencias Privadas no concertadas suelen ser centros de menor tamaño y con un nivel de infraestructura material y personal también menor.

Esta cierta “homogeneidad” de los Centros según su tipología resultó del máximo interés a la hora de realizar la selección, permitiendo una muestra representativa del colectivo de Centros sin necesidad de ampliar en exceso el tamaño muestral.

El presente estudio no contaba con ninguna financiación ajena a la del propio investigador. Este hecho unido a la complejidad del estudio, que podría dar lugar a una gran variabilidad interobservador en la recogida de datos, aconsejó la realización de todo el trabajo de campo por una sola persona: el autor del presente estudio.

Considerando que el diseño obligaba al entrevistador a visitar cuatro veces a cada uno de los sujetos en su Residencia, la dispersión geográfica de los Centros hubiera hecho el estudio inviable (o eterno).

Consecuentemente con esto, y en base a esta tendencia a la homogeneidad de los Centros según su tipología, se optó por realizar el estudio en un área más restringida y accesible al investigador, la Zona Suroeste de la C.M. , seleccionando una amplia muestra de Centros con una distribución entre Públicos y Privados similar a la de la C.M. y un número de pla-

zas suficientemente representativo.

Esta limitación metodológica obliga a ser prudentes al extrapolar los resultados a toda la Comunidad. No obstante creemos que los datos obtenidos en nuestro estudio son una fiel representación de la situación en el Área Suroeste de Madrid, y se pueden aproximar, con suficiente fiabilidad, a la de la totalidad de la Comunidad.

Conviene, en cualquier caso, decir también que el acceso a una plaza pública de Residencia de la Comunidad de Madrid (propia o concertada) se establece a través de un baremo objetivo y en la primera plaza que quede vacante. Este hecho constituye una verdadera aleatorización en la distribución de sujetos dentro de la C.M.

Finalmente se seleccionaron 8 Residencias que en conjunto albergaban a 1103 sujetos (7,65 % del total de la población Residencial de la Comunidad de Madrid). Dos de los Centros eran Públicos y albergaban un total de 435 sujetos y seis eran Privados y albergaban a 668 sujetos. La razón entre plazas privadas y plaza públicas de nuestra muestra fue de 1,54, similar a la distribución en la Comunidad de Madrid en la que esta razón era de 1,59. En nuestra muestra los seis Centros

Privados correspondían a 3 Residencias concertadas con un total de 543 plazas y tres Residencias no concertadas, de menor tamaño que las anteriores, con un total de 125 plazas.

Para los Centros de la Comunidad de Madrid se obtuvo el oportuno permiso de la Conserjería de Integración Social con fecha 7 de Junio de 1994 y Referencia 08/0274280/94 (ANEXO I). Posteriormente se solicitó en cada uno de los Centros Públicos el permiso del Director y del Departamento Médico antes del inicio del trabajo de campo.

Igualmente, en las Residencias Privadas se solicitó el permiso del Director y posteriormente el del Dpto. Médico antes del inicio del estudio.

En todas los Centros se autorizó el acceso directo a toda la información requerida de los Residentes y se facilitó la labor de recogida de datos.

Tras la inclusión de los Centros se elaboró una ficha de cada uno de ellos donde constaba el nombre, la localización, dependencia administrativa, número de Residentes y recursos materiales y personales con la que contaban (ANEXO II)

Los Centros quedaron clasificados según titularidad, tamaño y nivel de infraestructura (*Tabla 4.1.*) de acuerdo a los criterios que comentamos a continuación. Estas características se utilizaron para analizar los datos de forma independiente y ver la respuesta de los individuos en función de estos rasgos del Centro. No se pretendía pues, valorar los resultados en un Centro en concreto sino de un determinado aspecto que generaba subgrupos en la muestra de Residencias que iban cambiando según el aspecto estudiado.

Los criterios utilizados para la clasificación de las Residencias de nuestra muestra fueron el tamaño, la titularidad y el nivel de recursos. Según esto se definieron las categorías de Centros que exponemos a continuación:

- **Tamaño de la Residencia:** Atendiendo al número de usuarios clasificamos los Centros en tres categorías:
 - **Residencias Pequeñas:** las que tenían 50 o menos usuarios.
 - **Residencias Medianas:** las que tenían de 51 a 150 usuarios.
 - **Residencias Grandes:** las que

atendían a más de 150 usuarios

- **Titularidad del Centro:** Según este criterio se establecieron tres categorías:
 - **Residencias Publicas:** Centros de la Administración. En nuestra muestra la Comunidad de Madrid.
 - **Residencias Privadas no Concertadas:** aquellas cuyo propietario era una Sociedad o Empresario Privado y atendía a usuarios con los que contraía directamente la asistencia sin ningún tipo de concierto público.
 - **Residencias Privadas Concertadas:** aquellas que, siendo propiedad de una Empresa o Particular, atendían a todos, o parte de sus usuarios, a través de un concierto firmado con la Administración.
- **Infraestructura del Centro:** Todos estaban autorizados y contaba, al menos, con el personal asistencial mínimo requerido por normativa, con asistencia médica propia de

Tabla 4.1.: Características de las Residencias incluidas en el estudio

	Localidad	Titularidad	Tamaño (n° plazas)	Asistencia
Residencia PP.MM. de Navalcarnero	Navalcarnero	Pública	Mediano (120)	Con Rehabilitación
Residencia PP.MM. de Villaviciosa de Odón	Villaviciosa de Odón	Pública	Grande (315)	Con Rehabilitación
Residencia "La Aurora"	Navalcarnero	Privada Concertada	Mediano (116)	Con Rehabilitación
Residencia "San Juan de Dios"	El Álamo	Privada Concertada	Mediano (143)	Con Rehabilitación
Residencia GERIASA	Brunete	Privada Concertada	Grande (284)	Con Rehabilitación
Geriasol	Brunete	Privada	Pequeño (45)	Sin Rehabilitación
Las Rosas del Camino	Navalcarnero	Privada	Pequeño (30)	Sin Rehabilitación

Lunes a Viernes y S° de Urgencias garantizado por medios propios o a través del Centro de Salud más cercano. Nos pareció interesante diferenciar los Centros en dos grandes grupos:

- Centros con Rehabilitación: Los usuarios tenían a su disposición, al menos, un departamento de fisioterapia.
- Centros sin Rehabilitación

La Residencia los Madroños (Privada no concertada de 50 plazas) se incluyó en el estudio con 11 sujetos que fueron revisados al mes. Posteriormente el Centro fue excluido del estudio debido a cambios en la organización del mismo que impidieron el seguimiento de los sujetos.

En el análisis de los resultados se han considerado los datos aportados por estos 11 sujetos al ingreso y en la primera entrevista realizada al mes. En el estudio de la repercusión del ingreso según las características de los Centros se excluyeron estos datos ya que los cortes utilizados fueron los tres y seis meses.

El resto de los Centros incluidos se mantuvieron durante todo el estudio aunque hubo diferencias importantes en la cantidad de ingresos producidos y en la facilidad de acceso a los mismos. Este hecho condicionó diferentes tiempos de seguimiento en cada Centro y cifras de sujetos mas correlacionadas con este índice de renovación de plazas y facilidad de acceso a los mismos que con el número de plazas del Centro.

2. SELECCIÓN DE SUJETOS

Para la selección de los sujetos que iban a ser incluidos en el estudio se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión que exponemos a continuación:

2.1. Criterios de inclusión

Se incorporaron al estudio todos los sujetos que cumplían los siguientes criterios:

- Persona mayor de 65 años que ingresa en alguna de las Residencias seleccionadas desde cualquier procedencia (domicilio, Residencia, Hospital....) y en cualquier situación física, psíquica y funcional que no esté incluida en los criterios de exclusión que exponemos más adelante.

- Aceptar la inclusión en el estudio tras ser informado del objetivo y de las características del mismo. Cuando el anciano no estaba capacitado para decidir sobre esta inclusión se solicitaba el consentimiento de sus

familiares o de sus cuidadores de hecho.

2.1. Criterios de exclusión

- Negativa a participar en el estudio por parte del sujeto o de sus familiares o cuidadores de hecho.
- Ingreso para estancia temporal inferior a los seis meses de seguimiento previstos en el estudio.
- Concurrencia de enfermedad en estadio terminal, definiendo ésta como aquella con una expectativa de vida inferior a seis meses.
- Imposibilidad de realizar la primera entrevista dentro de la primera semana del ingreso.

Todos los sujetos que cumplieron los criterios de inclusión fueron incorporados al estudio y los datos recogidos se utilizaron para la obtención de conclusiones, independientemente de que a lo largo de los seis meses se interrumpiera el seguimiento por fallecimiento, alta del centro o

por dificultad para realizar alguna de las entrevistas en la fecha indicada (ingresos hospitalarios, ausencias prolongadas, dificultades técnicas, etc.). Por este motivo los resultados van siempre acompañados del número de sujetos en cuyos datos se basan las conclusiones obtenidas. Obviamente la pri-

mera entrevista recoge datos del total de sujetos incluidos en el estudio y las entrevistas sucesivas aportan información de un número decreciente de sujetos debido al acúmulo de individuos perdidos durante el seguimiento.

3. METODOLOGÍA APLICADA

Para la recogida de datos de los sujetos incluidos en el estudio se elaboró un protocolo con una hoja destinada a cada una de las cuatro entrevistas realizadas a cada sujeto (ANEXO III). La obtención de información para rellenar estos protocolos fue llevada a cabo por un único investigador por los motivos ya comentados en el apartado 3, "Selección de Centros". En alguno de estos Centros se tuvo ayuda puntual de los miembros del Equipo Médico.

Esta labor "de campo" se prolongó durante 30 meses (Dic'93-Mayo'96). La incorporación de las Residencias se hizo de forma escalonada en función de la obtención de los oportunos permisos y en base a una programación que evitara el trabajo simultáneo en los ocho Centros e impidiera la recogida de toda la información.

Todos los ancianos ingresados durante el periodo de estudio asignado a cada Centro eran sometidos a una entrevista en los primeros días de su estancia, siempre dentro de la primera semana, quedando descartados del estudio aquellos sujetos en los que no se pudiera realizar la primera entrevista dentro de este plazo por cual-

quier motivo. En esta primera entrevista se recogieron los siguientes datos:

- Filiación: Nombre de la Residencia y del Residente, fecha de nacimiento, sexo, estado civil, profesión, nivel de estudios, motivo de ingreso y domicilio de procedencia.
- Diagnósticos al ingreso
- Tratamiento al ingreso
- Valoración funcional: Escala Física de Cruz Roja, Índice de Katz para las actividades básicas de la vida diaria, Índice de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria
- Valoración Psíquica: Escala Psíquica de Cruz Roja, Mini Examen Cognitivo (Lobo), Test de depresión de Yesavage (en su versión de 30 items.)
- Actitud del anciano ante el ingreso según una escala analógica de elaboración propia que

más adelante comentaremos .

Cada uno de los individuos incluidos inicialmente en el estudio era revisado nuevamente al mes, a los tres y seis meses de la fecha de la primera entrevista. En estas tres nuevas revisiones se recogían los siguientes datos:

- Nuevos diagnósticos aparecidos desde la anterior entrevista
- Tratamiento actualizado
- Valoración funcional: se administraban los mismos tests y escalas realizados al ingreso excepto el Índice de Lawton.
- Valoración Psíquica: se administraban los mismos tests y escalas realizados al ingreso
- Índice de satisfacción de la estancia del anciano en la Residencia según la misma escala analógica utilizada para valorar la actitud ante el ingreso y que, como ya anunciamos, se describirá más adelante.

El seguimiento quedaba interrumpido por exitus del anciano, alta definitiva

del Centro o imposibilidad de realizar la entrevista en la fecha indicada. El ingreso en el Hospital con alta posterior a la Residencia no excluía a la Persona Mayor del estudio, salvo que dicha estancia se produjera en la fecha de alguna de las entrevistas.

Para el almacenaje y posterior tratamiento estadístico de toda la información recogida “en papel” se elaboró una base de datos con el programa SPSS versión 9.0⁽⁸⁰⁾. La matriz de esta base estaba constituida por 95 columnas (campos) en la que se recogían todas las variables analizadas en las cuatro sucesivas visitas y 219 filas (registros) correspondientes a los sujetos incluidos en el estudio, lo que generó un total de 20.805 celdas. Los datos se introdujeron mediante doble entrada para asegurar la fidelidad de los mismos. Se encontró un porcentaje despreciable de errores en la primera entrada que fueron subsanados en la segunda . Se realizó una segunda comprobación para ver el rango de distribución de cada una de las variables y las frecuencias máximas y mínimas de presentación para identificar valores erróneos sin encontrarse ninguno fuera del rango establecido para cada variable.

En la recogida de datos se tuvieron en cuenta diversos criterios que pasamos a

exponer a continuación en los diversos apartados

3.1. Profesión

Se pregunto a cada sujeto por su profesión cuando la situación de éste permitiría obtener una respuesta fiable. En caso contrario se consultaba en los documentos existentes o se preguntaba a sus familiares o cuidadores. Cuando el sujeto había tenido más de una profesión, hecho frecuente, se registraba aquella que mantuvo durante mayor tiempo. Para la clasificación profesional se establecieron las siguientes categorías:

1.- *Ama de casa*

2.- *Administrativo*

3.- *Servicios*: En esta categoría se incluía a todos aquellos sujetos que desarrollaban su profesión dentro del Sector Servicios tales como hostelería, transporte, comercio, etc.

4.- *Profesión Liberal*: Recogía a todos aquellos sujetos que ejercían alguna de las profesiones consideradas tradicionalmente como liberales o necesitaban cualificación superior (Universitaria) para dicho ejercicio (médicos, abogados, arquitectos, psicólogos, profesores...).

5.- *Empleada/o de hogar*: En ella se incluían todas las personas, generalmente mujeres, que trabajaban realizando las labores del hogar (limpieza, cocina, lavado y planchado de ropa, etc.) en domicilios distintos al propio y a cambio de un salario.

6.- *Profesión manual*: En esta categoría se incluían a los sujetos que ejercían su profesión transformando una materia prima, construyendo o en general empleando su habilidad manual (empleados de la construcción, operarios de fábrica, etc). Algunas profesiones manuales que no requerían un especial esfuerzo físico y estaban relacionadas con el sector servicios fueron incluidos dentro de dicha categoría (peluquero, sastre...)

7.- *Trabajador del Campo y el Mar*

8.- *Empresario*: Se consideraban bajo este epígrafe a todos aquellos que poseían negocio propio (independientemente del tamaño) y desarrollaban su trabajo gestionando el mismo con o sin operarios a su cargo (pequeños comerciantes, constructores, directores propietarios de empresas, etc)

9.- *Militar*

10.- **Funcionario:** Aquí se recogían todas aquellas personas que trabajaban para la Administración y se definían a sí mismo como funcionarios no cualificados, sin especificar una profesión concreta que permitiera incluirlos dentro de alguno de los anteriores epígrafes. (por ejemplo, si se definía como médico o abogado era incluido como profesional liberal independientemente de que lo hiciera para la administración).

3.2. Estudios

En este apartado se recogió el nivel de formación máximo alcanzado por el anciano, independientemente de que este se correspondiera o no con una titulación académica. Para clasificar los datos se establecieron cuatro apartados:

1.- **Analfabeto:** Incluía a todos los sujetos que no aprendieron a leer o escribir en ningún momento de su vida. No se incluían en este apartado a aquellos que habiendo adquirido esta capacidad la perdieron posteriormente por algún proceso patológico o por desuso.

2.- **Estudios Primarios:** Aquí incluíamos a todos aquellos ancianos con un nivel formativo que iba desde el manejo de la lectura y escritura hasta la realización de estudios básicos.

3.- **Estudios de Grado Medio:** Este apartado recogía a las personas que habían completado sus estudios de grado medio (Bachiller Superior, Formación Profesional...) o habían accedido a la Universidad sin completar sus estudios.

4.- **Estudios de Grado Superior:** Bajo este epígrafe incluimos a todos los sujetos que habían completado estudios Universitarios de Grado Medio (Diplomados) o Superior (Licenciados).

3.3. Motivo de ingreso

Durante la encuesta realizada al Mayor en la primera visita se le formulaba una pregunta abierta para conocer el motivo de ingreso (¿Por qué ha venido Vd. a esta Residencia?). Se prefirió no predefinir las respuestas y limitar al Mayor a encuadrar sus motivos en una de las categorías preestablecidas para dejar que éste expresara libremente la causa de su ingreso. Una vez analizados los múltiples motivos de ingreso obtenidos en las encuestas se establecieron cinco categorías. Cada uno de los sujetos fue encuadrado en una de las categorías a juicio del examinador. En los casos en los que concurrían varias causas sólo se consideró la más determinante a la hora de decidir el ingreso. Las cinco categorías establecidas fueron

las siguientes:

1.- Necesidad de asistencia:

Quedaban incluidos dentro de este grupo todos aquellos ancianos que ingresaran en la Residencia con una situación de deterioro físico, psíquico o funcional que hicieran precisa su asistencia por personal cualificado (ayuda en las actividades básicas de la vida diaria, control clínico,, etc.).

2.- Soledad: En esta categoría

se incluyeron todos los individuos que vivían solos previamente al ingreso y justificaron el mismo en base a dicha situación. Se excluyeron aquellos que, por presentar una situación de dependencia y/o problemática sociofamiliar, eran susceptibles de incluirse en la siguiente categoría.

3.- Problemática social: En esta

categoría se incluyeron todos los ancianos que llegaron a la Residencia por la presencia de conflictos en su contexto sociofamiliar que hacían imposible su mantenimiento en el domicilio. Se consideraron problemas de índole económico, falta de apoyo familiar, presencia de malos tratos, vivienda inadecuada, etc. Cuando además, se trataba de un Mayor que precisaba asistencia, éste era incluido en la primera categoría citada, entendiendo que en ausencia de esta depen-

dencia el sujeto podría elaborar voluntariamente respuestas distintas a la institucionalización.

4.- Acompañamiento: Esta

categoría recogía a todos los sujetos en los que no concurría ninguna situación de dependencia ni problemática social e ingresaban en la Residencia con el único motivo de acompañar a otra persona (conyuge, hermano, etc.).

5.- Voluntario: Se elaboró este

epígrafe para recoger a un reducido número de sujetos que afirmaron ingresar en la Residencia de forma voluntaria, por comodidad o seguridad, sin verse condicionados por ninguno de los motivos expuestos en las anteriores categorías.

3.4. Procedencia

En este apartado se recogió el domicilio habitual del Mayor previo al ingreso en la Residencia. Se pretendía registrar tanto la ubicación como el núcleo social de convivencia del Mayor.

Con el fin de simplificar el análisis de los resultados se definieron las siguientes cinco categorías:

1.- Vivía sólo: Se incluían en

este epígrafe a los Mayores que vivían solos en el domicilio (propio, alquilado o cedido) y no recibían ayuda de terceros, o ésta era esporádica. El Mayor era el máximo responsable de su autocuidado y del cuidado de su hogar.

2.- Vivía con su pareja: Recogía a aquellos ancianos que vivían en su domicilio acompañados de su pareja. Uno o ambos miembros de la pareja eran responsables del cuidado del hogar. Podía tratarse de dos individuos independientes, uno dependiente y el otro desempeñando las funciones de cuidador, o ambos dependientes pero asumiendo su autocuidado y el de su hogar. Podían convivir con alguna persona pero en este caso deberían tener a dicha persona a su cargo (hijos, nietos, hermanos).

3.- Vivía sólo con ayuda a domicilio: se trataba de personas que precisaban de ayuda regular suministrada por terceros para mantenerse en el domicilio. El apoyo podía provenir tanto de cuidadores formales como informales, pero en cualquier caso era imprescindible para mantener la actividad diaria del Mayor y cuidar del domicilio.

4.- Vivía con familia: En estos casos el Mayor convivía con otros fa-

miliares (en el domicilio de ellos o en el suyo propio) y eran estos los encargados de mantener el cuidado del hogar. El Mayor se encontraría “a cargo” de dichos familiares.

5.- Vivía en Residencia: Esta categoría era asignada a los Mayores que ingresaron procedentes de otra Residencia.

3.5. Actitud ante el ingreso

Durante la realización de la primera entrevista se realizaba al anciano la siguiente pregunta: ¿Qué le parece a usted haber ingresado en una Residencia?. Se permitía que el anciano expresara libremente su opinión y a continuación se le pedía que respondiera de forma cerrada según cinco opciones preestablecidas con la siguiente pregunta: ¿Diría usted que su ingreso le parece muy mal, mal, regular, bien o muy bien?. En el protocolo de recogida de datos quedaba registrada exclusivamente la respuesta a esta segunda pregunta .

3.6. Diagnósticos

Con el objeto de conocer la morbilidad de los Mayores al ingreso en la Residencia, y su evolución dentro de ella, se recogieron los diagnósticos

conocidos que constaban en la Historia Clínica en la primera valoración. En las tres visitas posteriores, al primero, tercero y sexto mes, se recogieron los nuevos diagnósticos encontrados.

En todas las visitas se recogió el número de diagnósticos en cifras globales y separadas por aparatos.

Se sopesaron varias opciones de clasificación de las patologías recogidas valorando las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas con el fin de un ulterior análisis de los datos. Uno de los aspectos que se consideró de gran importancia era la posibilidad de correlacionar el consumo de fármacos con las patologías conocidas en el Mayor. Por este motivo se decidió utilizar una clasificación que permitiera establecer grupos de fármacos y de patologías que facilitaran este análisis.

Finalmente se optó por agrupar los medicamentos consumidos por el anciano según la *Clasificación anatómica de grupos terapéuticos* ⁽⁸¹⁾ (BOE nº 121 de 21 de Mayo de 1985) y establecer estos mismos grupos para la codificación de los tratamientos. Según esta clasificación se establecieron catorce grupos, tal como refleja la *Tabla 4.2*.

3.7. Tratamientos

El consumo de fármacos es otra de las características de importancia capital en el estudio del Mayor. La alta tasa de polifarmacia no sólo traduce una habitual pluripatología sino que, además, pone también en evidencia la escasa racionalización de las prescripciones realizadas por diferentes facultativos, los frecuentes errores en el seguimiento de las indicaciones por parte del paciente y la terrible y tan prodigada automedicación.

Como es conocido, la prescripción terapéutica en el Mayor debe estar gobernada por tres principios fundamentales que todo facultativo que trabaje con este grupo de edad debe conocer:

- Monoterapia: Es preferible tratar la patología con un solo fármaco siempre que sea posible
- Monodosis: Se intentará administrar la dosis diaria en una sola toma
- Minidosis: Debe intentarse prescribir la dosis mínima eficaz.

En atención a estos criterios y en el ánimo de conocer el grado de ajuste de los hábitos de prescripción en el Mayor,

Tabla 4.2. Clasificación de diagnósticos y tratamientos. (Basado en la Clasificación anatómica de grupos terapéuticos B.O.F. 121 DE 21-5-85)

	Grupo de Diagnóstico	Grupo Terapéutico
A	Aparato Digestivo y metabolismo	Aparato Digestivo y metabolismo
B	Sangre y Órganos Hematopoyéticos	Sangre y Órganos Hematopoyéticos
C	Aparato Cardiovascular	Aparato Cardiovascular
D	Enfermedades dermatológicas	Terapia Dermatológica
G	Aparato Genitourinario	Terapia Genitourinaria (incluidas hormonas sexuales)
H	Sistema Endocrino	Terapia Hormonal
J	Enfermedades infecciosas	Terapia Antiinfecciosa vía general
L	Neoplasias	Terapia Antineoplásica
M	Aparato Locomotor	Aparato Locomotor
N	Sistema Nervioso	Sistema Nervioso
P	Enfermedades Parasitarias	Antiparasitarios
R	Aparato Respiratorio	Aparato Respiratorio
S	Órganos de los sentidos	Órganos de los sentidos
V	Varios	Varios

dentro y fuera de la Residencia, a estos estándares descritos se registró tanto el número de fármacos que consumían como el número de dosis diarias.

Se entendió como tratamiento cualquier fármaco que el Mayor consumiera de forma habitual excluyendo del recuento a aquellos que sólo utilizará de forma esporádica.

Se interpretó como una dosis cada uno de los actos de entrada de un fármaco en el organismo, independientemente de la "cantidad", forma galénica (comprimidos, polvo, solución, etc.) o vía de administración. Según esto la ingesta de medio comprimido se contabilizaba como una dosis.

Para codificar el grupo farmacológico del medicamento consumido por el Mayor se utilizó, como ya comentamos en el apartado anterior, la *Clasificación anatómica de grupos terapéuticos* (BOE nº 121 de 21 de Mayo de 1985) ⁽⁸¹⁾ (Tabla 4.2.).

Se recogieron todos los fármacos consumidos en el momento del ingreso y se analizó la evolución de la prescripción durante los seis primeros meses de estancia anotando los fármacos que consumía en el momento de cada una de las tres entrevis-

tas restantes (al mes, tres y seis meses de estancia). Se perseguía ver si el ingreso en la Residencia, como recurso específico de atención al Mayor, contribuía, o no, a una mejor racionalización del consumo farmacológico

3.8. Situación funcional

Dado el carácter asistencial de las Residencias, la situación funcional de sus usuarios es de capital importancia, ya que ésta constituye la causa de ingreso en un importante número de casos (como confirma la práctica diaria y esperamos demostrar en el presente estudio).

Nos interesa conocer cual es la situación al ingreso y ver como evoluciona durante su estancia en la Residencia. No olvidemos que entre los recursos asistenciales de muchos de estos Centros también existen, entre otros, programas rehabilitadores dirigidos a mejorar la situación funcional de sus usuarios y, en cualquier caso, la filosofía de trabajo va siempre dirigida, o así debería ser, a potenciar el desarrollo de las capacidades residuales del anciano.

Para valorar la situación funcional nos hemos decidido a utilizar tres herramientas de extendido uso en Geriatría, todas ellas validadas en nuestro país y para

la población anciana⁽⁸²⁻⁸⁸⁾. Las herramientas utilizadas fueron (Anexo IV):

- Escala de Cruz Roja Física (CRF)
- Índice de Katz (IK)
- Índice de Lawton y Brody (IL)

Las dos primeras valoran las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y la tercera las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Todas las escalas e índices fueron aplicados por el autor del presente estudio. Como ya se comentó las dos primeras (CRF e IK) fueron administradas al ingreso, al mes, tres y seis meses y el IL solamente al ingreso.

Previa a la recogida de datos se solicitaba la autorización y colaboración del anciano después de ser informado del procedimiento y objetivos perseguidos con el estudio. Los datos obtenidos se contrastaban con los de la historia clínica y con la información facilitada por los profesionales del Centro.

La *Escala Física de Cruz Roja*^(82,83,87) fue publicada en 1972 por el

Servicio de Geriátría del Hospital de la Cruz Roja de Madrid dirigido por el Dr. Salgado Alba. Valora la capacidad global para la realización de las ABVD , la ayuda necesaria para la deambulación y la continencia de esfínteres. Clasifica a los ancianos en 6 categorías denominadas como 0,1,2,3,4 y 5 de mayor o menor grado de independencia de modo que el nivel 0 corresponde al sujeto totalmente independiente y continente y el nivel 5 al sujeto con dependencia absoluta.

La CRF es una escala muy difundida en nuestro medio, sencilla, de rápida administración y muy gráfica en cuanto a la expresión de su resultado. Da una información global del grado de validez del anciano pero no especifica el funcionamiento de cada una de las ABVD de forma independiente.

El *Índice de Katz*^(88,89) fue elaborado por el equipo multidisciplinar del Hospital de enfermos crónicos Benjamin Rose de Cleveland, Ohio (EEUU), dirigido por Sidney Katz y publicado en 1963. Valora 6 actividades básicas: baño, vestido, uso del retrete, transferencia, continencia y alimentación. Parte del concepto de jerarquización de las ABVD de forma que se adquieren en la infancia empezando por la alimentación y siguiendo el orden descrito

arriba hasta llegar al baño. La pérdida tendría lugar en el sentido inverso. Con este criterio se establecen 7 categorías funcionales: A, B, C, D, E, F, y G que hacen el recorrido desde la independencia absoluta (clase A) hasta la total dependencia (clase G). Su uso está muy extendido y da una buena información sobre la capacidad del Mayor para ejecutar de forma concreta cada una de las actividades básicas evaluadas.

El *Índice de Lawton y Brody*⁽⁸³⁾ fue publicado en 1969 a partir de los trabajos de Barrabee y Philips. Valora 8 actividades instrumentales de la vida diaria: capacidad para usar el teléfono, ir de compras, preparación de la comida, cuidar de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad sobre la medicación y capacidad para usar el dinero. Cada una de las actividades se puntúa como 0, cuando el sujeto no es capaz de llevarla a cabo, o como 1 cuando es capaz de realizarla. Consecuentemente se obtiene una valoración global que va del 0 (máxima dependencia) al 8 (independencia total para las AIVD evaluadas). Es muy útil ya que es una de las pocas escalas utilizadas para evaluar las AIVD y, en cualquier caso, la que tiene un uso más extendido. En su aplicación en las Residencias tiene el inconveniente de valorar dos

“items”, preparar la comida y cuidar la casa, de difícil evaluación dentro de la misma. Igualmente tiene menos validez en el anciano varón en nuestro medio debido a la escasa cultura doméstica adquirida por éste.

En cualquier caso la elección de estas tres escalas nos permiten una valoración adecuada del estado funcional del Mayor usando una nomenclatura ampliamente extendida y que permite el contraste con los parámetros obtenidos en otros estudios sobre ancianos no institucionalizados.

En la CRF se estudiaron los porcentajes de sujetos asignados a cada una de las categorías generadas por la escala 0,1,2,3,4 y 5. Estos valores de carácter cualitativo (no puntúan, sólo denominan la categoría) fueron transformados en su valor homónimo numérico, con una intención más gráfica que estadística, de forma que a mayor número se asociaba mayor grado de incapacidad. Ésto permitió obtener la media de los diferentes subgrupos analizados aportando una idea de su mayor proximidad a la situación de total independencia (0) o de absoluta dependencia (5). Este recurso, insistimos que sin ningún valor estadístico, nos permitió también la comparación de la escala entre diferentes

grupos y valorar la evolución de cada uno de ellos en los diferentes cortes temporales.

En cuanto al IK se obtuvieron igualmente los porcentajes observados en cada una de las categorías asignadas por las escala (A, B, C, D, E, F, y G) en los diferentes subgrupos y su evolución. Posteriormente se transformó la escala según la versión numérica de Rubenstein⁽⁹⁰⁾ en la que se asigna a cada una de las seis ABVD evaluadas un 0 si el sujeto la realiza de forma independiente, o un 1 si el sujeto depende de otra persona para su ejecución. La puntuación total era la suma de las obtenidas en todas las ABVD evaluadas, de forma que dicha puntuación indicaba el número de actividades para las que el sujeto era dependiente (por ejemplo: una puntuación de 0 indicaría su total independencia y una puntuación de 4 indicaría su dependencia para 4 de las actividades evaluadas en el índice).

Esta transformación numérica del índice de Katz permitió su manejo como variable cuantitativa a todos los efectos estadísticos, interpretando los resultados como el número de ABVD afectadas. Esto permitió el cálculo de la media en los diferentes subgrupos así como la aplicación de diferentes pruebas de contraste de

hipótesis.

Finalmente se estableció un campo para cada una de las actividades de la vida diaria valoradas en el índice de Katz, haciendo constar en cada sujeto si era dependiente o independiente para esa actividad concreta. Con posterioridad se analizó las frecuencias y porcentajes de afectación de cada actividad de forma independiente, analizando su evolución durante el periodo de estudio.

3.9. Situación Psíquica

La evaluación de la situación psíquica al ingreso en la Residencia tiene una importancia capital en el desarrollo de la estrategia asistencial al Mayor por múltiples motivos que pasamos a detallar:

- El efecto de la edad produce algunas modificaciones fisiológicas sobre la función psíquica que conviene diferenciar de aquellas producidas como consecuencia de la irrupción de una enfermedad^(88,91-93). De la inobservancia de este aspecto se puede traducir tanto la interpretación patológica de un envejecimiento normal, y la consecuente intervención inadecuada, como la subestimación de síntomas generados por una enfer-

medad psíquica y la abstención terapéutica.

- La morbilidad psíquica se incrementa con la edad⁽⁹⁴⁻⁹⁶⁾ dando lugar a entidades patológicas poco definidas y con sintomatología encubierta o modificada respecto a los patrones habituales. En algunos casos la enfermedad psíquica está inducida por la presencia de otras patologías concomitantes. Esta morbilidad se extiende tanto a la función cognitiva como a la afectiva^(88,97,98).
- El entorno de la Persona Mayor, presidido por el acúmulo de pérdidas (de posición social, económica y laboral, de seres queridos, de capacidad funcional, etc.), predispone la aparición de trastornos del estado de ánimo a veces difíciles de detectar y concretar en una entidad nosológica bien definida.
- La patología psíquica afecta a la adaptación del Mayor al Centro y a la evolución general y del resto de patologías.
- La presencia de una función cognitiva alterada puede condicionar el ingreso o contraindicarlo. En cualquier

caso es imprescindible conocer, al menos de una forma aproximada, la capacidad cognitiva del Mayor al ingreso. Este hecho toma especial relevancia si consideramos que la presencia de una función psíquica alterada obliga a comunicar inmediatamente al juzgado (dentro de las primeras 24 horas⁽⁹⁹⁾) la existencia de un ingreso involuntario que debe ser confirmado judicialmente. Con posterioridad nos veríamos obligados a solicitar una posible incapacitación judicial^(100,101).

En atención a estas consideraciones estimamos apropiado realizar una valoración psíquica del Mayor al ingreso, abordando tanto la función cognitiva como la función afectiva⁽¹⁰²⁾.

Conscientes de la amplia limitación de cualquier test o escala a la hora de diagnosticar una patología psíquica sin una valoración clínica global, hemos recurrido a varios de estos instrumentos para aproximarnos a la situación psíquica aplicando una cantidad de tiempo “razonable” en cada sujeto que hiciera viable este amplio estudio poblacional. En consecuencia con esto, cuando hablemos en las próximas líneas de depresión o deterioro de la función cognitiva, en base al uso de los citados



instrumentos, deberemos entenderlo con las limitaciones mencionadas.

Todos los instrumentos utilizados han sido validados en población geriátrica y han mostrado alta sensibilidad y especificidad en aquello que pretenden medir. Estos instrumentos son los siguientes:

- Instrumentos para medir la función cognitiva: escala de Cruz Roja Psíquica y Mini Examen cognoscitivo (Lobo).
- Instrumento para medir la depresión: Escala de depresión Geriátrica de Yesavage en su versión de 30 ítems.

Los tres instrumentos fueron aplicados al ingreso y en los sucesivos controles realizados al mes, tres y seis meses.

3.9.1. Función cognitiva

La **Escala de Cruz Roja Psíquica (CRP)**^(82,84,88) fue publicada, al igual que la CRF, por el Servicio de Geriatria del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid. Valora la memoria, orientación, lenguaje, conducta y repercusión funcional del de-

terioro psíquico con especial atención a la continencia de esfínteres.

Esta escala establece seis categorías (0, 1, 2, 3, 4 y 5) de menor (nivel 0) a mayor deterioro (nivel 5). La escala es aplicada por el entrevistador según las conclusiones obtenidas de su propia exploración sin que dicha escala proponga al sujeto la realización de ninguna prueba que pueda ser evaluada posteriormente de forma objetiva..

La puntuación de esta escala tiene el inconveniente de dar una valoración global sin definir claramente las áreas afectadas. A pesar de estas limitaciones es una escala muy útil en nuestro medio dada su sencillez y amplia difusión. Ha sido validada con el Mini Mental State Examination de Folstein⁽¹⁰³⁾ del que ahora hablaremos.

El **Mini Examen Cognoscitivo (MEC)**⁽¹⁰⁴⁾ es la versión validada en español por A. Lobo (1979) del Mini Mental State Examination de Folstein⁽¹⁰⁵⁾ (1975). El test valora orientación, fijación, memoria, concentración y cálculo, lenguaje, pensamiento abstracto y praxias. Se ad-

judican puntos por cada respuesta acertada. La puntuación máxima es de 35 puntos (30 en la versión original de Folstein). Se considera normal una puntuación de 30 o superior por debajo de la cual, y hasta el punto de corte para deterioro cognitivo (23-24 puntos), se habla de déficit discreto de la función cognitiva que no se considera patológico. Desde el punto de corte hasta los 20 puntos se habla de deterioro cognitivo leve, de 19 a 15 de deterioro moderado muy sugerente de demencia, y por debajo de 15 sugiere deterioro cognitivo grave. Es un test ampliamente difundido y con una alta sensibilidad para la detección del deterioro cognitivo.

Con el interés de hacer una aproximación clínica de estas cifras analizamos los resultados por rangos de puntuación asignándoles las etiquetas ya se comentadas mas atrás:

- Deterioro cognitivo severo: puntuaciones del 0 al 14.
- Deterioro cognitivo moderado: puntuaciones del 15 al 19.
- Deterioro cognitivo leve: puntuaciones del 20 al 23.

- Déficit incipiente: puntuaciones del 24 al 29.

- Normalidad cognitiva: puntuaciones del 30 al 35.

En la escala de CRP, además del cálculo de las categorías cualitativas 0,1,2,3,4 y 5 definidas, se realizó la transformación, ya comentada en la escala de Cruz Roja Física, en su valor homónimo cuantitativo para mostrar resultados de forma más gráfica (que no estadística).

3.9.2. Función afectiva

La **escala de depresión geriátrica (Geriatric Depression Scale de Yesavage^(106,107)** es una escala utilizada para la detección de depresión que fue publicada en 1983 por Yesavage y colaboradores que consta de 30 preguntas en relación con los sentimientos y deseos del sujeto que permiten respuesta dicotómica Si/No. En cada pregunta se concede un punto si la respuesta sugiere la presencia de depresión (según lo indicado en el test). La puntuación máxima es de 30 y la mínima de 0 puntos. Con puntuaciones iguales o mayores de 11 se puede sospechar la

presencia de depresión con una sensibilidad del 84 % y una especificidad que alcanza el 95 %. Si elevamos el punto de corte a 14 reducimos la sensibilidad del test al 80 % pero la especificidad es del 100 %. Para nuestro estudio establecimos tres categorías en relación con la puntuación obtenida en el test:

- 0 a 10 puntos: Ausencia de depresión
- 11 a 20 puntos: Depresión leve-moderada.
- 21 a 30 puntos: depresión severa.

Existe una versión reducida de 15 items aunque para el estudio preferimos utilizar la versión original. Es un test útil por su amplia difusión, por su diseño y validación específica para personas mayores y por la escasez de tests que valoren la situación anímica del Mayor.

3.10. Satisfacción de la estancia en la Residencia

Como ya se reflejo en el apartado dirigido a valorar la actitud del anciano

ante el ingreso en la Residencia, en la primera entrevista y al final de toda la encuesta se le preguntaba: ¿Qué le parece a Vd haber venido a una Residencia? Y se le daban cinco opciones de respuesta: “muy mal”, “mal”, “regular”, “bien” o “muy bien” para que indicara la que más se aproximara a su actitud ante el ingreso.

En las entrevistas realizadas al mes, tres y seis meses se preguntó nuevamente al final de cada entrevista ¿Qué le parece a Vd. su estancia en la Residencia? Y se le ofrecían las mismas cinco opciones de respuesta arriba relatadas.

Se pretendía con ello recoger de forma sencilla el grado de confort del Mayor en el Centro valorando su evolución durante los seis meses del estudio.

Somos conscientes de la cautela con la que conviene interpretar estos datos debido al factor de “intimidación” que puede suponer para el Mayor contestar a una pregunta que compromete su juicio sobre aquellos que le cuidan diariamente, y que recoge un extraño del que desconoce el grado de afinidad con el Centro. No obstante, valgan los resultados como una simple aproximación al grado de satisfacción *manifestado* por el mayor sobre su estancia en la Residencia.

3.11. Resultados según las características de la Residencia

Como ya comentamos, nos interesaba valorar la repercusión de la infraestructura de la Residencia sobre el anciano. Para ello analizamos los resultados en los diferentes subgrupos de Centros generados según el criterio a estudiar (titularidad, tamaño y tipo de infraestructura)

Nos pareció interesante analizar los resultados en dos cortes temporales : a los tres y seis meses. Se descartó la valoración de los resultados obtenidos al mes al tratarse de un periodo muy corto en el que todavía se podía estar evaluando el proceso de adaptación del usuario, y aún quedarían pendientes resultados de diferentes pruebas y valoraciones para realizar los nuevos diagnósticos y los consecuentes ajustes de tratamiento.

Se decidió valorar la evolución de cinco apartados diferentes: rentabilidad diagnóstica, manejo farmacológico, situación funcional, situación cognitiva y situación afectiva.

Para el análisis de todas estas variables se calculó en cada sujeto la diferencia entre los valores mostrados al tercero y sexto mes con respecto al ingreso. Poste-

riormente se calculó la media de esas diferencias observadas. Los valores positivos indicaban un incremento de la media del parámetro analizado y los valores negativos una disminución de dicha media.

A continuación hacemos algunas aclaraciones con respecto a estas cinco variables analizadas y el significado de las cifras aportadas en los resultados.

3.11.1 Rentabilidad diagnóstica

En este apartado se pretendía ver la capacidad de la Residencia para la identificación de nuevos diagnósticos, tanto de cuadros agudos presentados durante la estancia del Mayor en el Centro, como de cuadros crónicos ya presentes en el momento del ingreso, y previamente no diagnosticados. Los resultados positivos, según el cálculo comentado, indicaban el incremento de nuevos diagnósticos en el corte trimestral o semestral del que se tratase.

3.11.2. Manejo farmacológico

En relación con este aspecto conviene decir que la terapia farma-

cológica aplicada sobre el Mayor debe pretender dar respuesta, no solo a las entidades nosológicas que padece el Mayor y son susceptibles de ser tratadas con fármacos, sino que además, debe dirigirse a cubrir los factores de riesgo abordables con drogas y corregir los síntomas inespecíficos que disminuyen su confort. Todo este complicado manejo debe además estar presidido por las “tres emes” de la farmacología geriátrica ya comentadas: Monoterapia, Monodosis y Minidosis. Es decir pocos fármacos, tomados pocas veces al día y a la dosis mínima eficaz^(108,109).

El análisis de la idoneidad de la prescripción en las Residencias se escapa de los objetivos de este trabajo, ya que precisaría de un análisis más exhaustivo que debería considerar además de la patología a tratar, la situación del Mayor que la padece y la presencia de otros diagnósticos y tratamientos.

En este apartado nos centraremos exclusivamente en el análisis cuantitativo del consumo farmacológico en la Residencia, contabilizando el número de fármacos diferentes consumidos al ingreso y durante la

estancia en la Residencia.

Para valorar los resultados se calculó la media de las diferencias observadas entre el consumo farmacológico del tercer y sexto mes con respecto al ingreso. Las cifras positivas indicaban un aumento del promedio de fármacos consumidos en el punto de corte, y las cifras negativas un descenso en dicho promedio de consumo.

3.11.3. Evolución de la situación funcional

El envejecimiento fisiológico, las secuelas de múltiples enfermedades, los efectos de algunos fármacos e incluso algunos condicionantes sociales atentan con frecuencia contra la integridad de la situación funcional del Mayor⁽¹¹⁰⁾.

En este contexto, las estrategias de atención a Personas Mayores, y en particular las llevadas a cabo dentro de las Residencias, deben luchar contra esta tendencia “natural” a la pérdida de funcionalidad, intentando, al menos, mantener la capacidad del Mayor al ingreso en el Centro.

Con este criterio, pequeñas mejoras de la situación funcional, e incluso el mantenimiento de la misma, pueden ser considerados como un éxito en una población con un índice de deterioro tan importante como el observado en las Residencias, en las que un amplio porcentaje de los sujetos tienen un alto grado de dependencia como acreditaremos en este estudio^(111,112).

Para la valoración de los resultados se utilizó el Índice de Katz transformando en su versión numérica (Rubenstein). Se calculó la media de la diferencia entre los valores al tercer y sexto mes respecto al ingreso. Los resultados positivos indicaban un incremento de la incapacidad, es decir, de la media de ABVD para las que había aumentado la dependencia en la población al tercero o sexto mes con respecto al ingreso. Por el contrario las cifras negativas indicaban el descenso del grado de incapacidad.

3.11.4. Evolución de la situación cognitiva

La valoración del deterioro cognitivo en el Mayor justifica su

importancia debido a su alta prevalencia en edades avanzadas y su alto impacto sobre la calidad de vida del Mayor y de todo su entorno. Con frecuencia es una de las causas más importantes que condicionan el ingreso en la Residencia dando lugar a una prevalencia de la enfermedad por encima de la observada en la población general⁽¹¹³⁾.

La base de este deterioro cognitivo, en un altísimo porcentaje de casos, está en una demencia de carácter degenerativo de la que sólo cabe esperar una agudización progresiva de toda la sintomatología y un deterioro global del sujeto.

En este contexto resulta de gran importancia evaluar la posible influencia de cualquier estrategia en esta evolución. Cualquier mejora, por discreta que sea, o incluso estabilización o “ralentización” de la evolución de este síndrome deletéreo, puede ser evaluado como un éxito.

Para contrastar los resultados según la tipología de los Centros utilizamos el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC). Interesaba,

como en los apartados anteriores, evaluar la evolución a los tres y seis meses del ingreso. Con este fin se calculó la diferencia entre el MEC en cada uno de estos cortes temporales con respecto al mostrado al ingreso por cada sujeto. Nuevamente se muestra la media de estas diferencias observadas, de forma que los valores positivos según este cálculo evidenciaban un aumento de la puntuación en el control de que se tratará con respecto al origen y, consecuentemente, una mejoría del rendimiento cognitivo del sujeto. Por el contrario los valores negativos sugerían un aumento del deterioro cognitivo.

3.11.5. Evolución de la situación afectiva

El anciano sometido a continuos cambios presididos, fundamentalmente, por el acúmulo de pérdidas, interpreta con frecuencia el ingreso en la Residencia como su última gran pérdida. El ingreso implica con frecuencia la ruptura con su contexto familiar, material y social. Este hecho, unido al de la imagen, presente todavía en la mayoría de nuestros ancianos, de la Residencia más

próxima al antiguo asilo que al moderno Centro Asistencial, puede precipitar deterioros latentes del estado de ánimo o agudizar situaciones de franca depresión ya diagnosticadas con anterioridad.

En el lado opuesto podemos encontrar también a aquellos Mayores con un deterioro anímico condicionado por sus carencias materiales, asistenciales, funcionales o afectivas en el domicilio y que podrían mejorar su situación en la medida en la que el Centro asistencial sea capaz de atenuar dichas carencias.

Tras este breve planteamiento parece interesante ver como diferentes características de estos Centros asistenciales pueden influir en la situación anímica del Mayor. Con este objetivo se decidió utilizar la valoración afectiva de los sujetos mediante la escala de depresión de Yesavage, contrastando los valores a los tres y seis meses con los del ingreso. En la media de estas diferencias observadas los valores positivos indicarían una mayor puntuación de la escala en el control trimestral y semestral respecto al ingreso y, consecuentemente, un empeoramiento del estado

anímico. En sentido inverso los valores negativos indicarían una mejoría de la situación afectiva en los con-

troles posteriores a la entrada en el Centro.

4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Como ya se comentó, el tratamiento estadístico de la información se ha realizado mediante el paquete informático SPSS versión 9.0. Los datos obtenidos fueron expresados numéricamente y/o en forma gráfica. En este último caso los gráficos se elaboraron con el programa informático EXCEL incluido en Microsoft Office 2000 partiendo de los datos obtenidos tras el procesamiento con SPSS 9.0.

Inicialmente se realizó un estudio descriptivo de los resultados obtenidos en el estudio Posteriormente se realizaron diversos procedimientos de inferencia estadística mediante el contraste de hipótesis para valorar la significación de las diferencias encontradas entre las subpoblaciones de nuestra muestra.

4.1. Análisis descriptivo

Las *variables cuantitativas* fueron expresadas mediante sus medidas de centralización y dispersión. En los casos que se consideraron de interés se expresaron igualmente los límites superiores e inferiores de la distribución.

Entre estas variables incluimos: “edad”, “Índice de Lawton”, “Mini Examen Cognitivo” y “Escala de depresión de Yesavage”. La variable “Diagnósticos médicos” al ingreso y en cada control fue tratada como cuantitativa en relación al número de diagnósticos encontrados aunque, como veremos más adelante, también tiene un tratamiento cualitativo. Igual ocurre con la variable “Tratamiento farmacológico” que es manejada como variable cuantitativa en relación al número de fármacos y número de dosis consumidos, pero tiene también una valoración cualitativa que comentaremos.

En la variable “Edad”, al tratarse de una variable cuantitativa continua, se consignó el valor de la edad en cada sujeto con el valor de la marca de clase correspondiente para el cálculo de la media. Así, por ejemplo el sujeto que tenía 80 años, y se encontraba por lo tanto entre 80 y 81 años quedó consignado con la edad de 80,5 para obtener un mejor ajuste del resultado.

En la variable edad y en otras variables cuantitativas discretas, como el Mini Examen cognitivo y el test de depresión

de Yesavage, se establecieron diferentes intervalos (clases) y se mostraron las frecuencias de clase o el porcentaje de la distribución asignado a la misma para facilitar la interpretación de los resultados.

Las “Escalas de Cruz Roja Física” y “Psíquica” son variables cualitativas en las que el valor asignado a cada categoría es un valor numérico. Estos valores constituyen una escala del 0 al 5, de forma que a mayor puntuación se asigna mayor dependencia. Esta característica, común a estas dos variables, permite su transformación “artificial” en una variable cuantitativa para poder calcular la media y observar su distancia a los valores límites de la distribución (0= máxima independencia; 5= máxima dependencia). El cálculo de esta “media” en los diferentes controles permite ver la evolución del citado parámetro. Quede claro para el lector del presente estudio que esta estrategia sólo pretende “ilustrar gráficamente” un resultado sin ninguna otra pretensión estadística.

Las variables “Actitud ante el ingreso” e “Índice de satisfacción de la estancia” al mes, tres y seis meses consisten en una escala analógica construida al efecto donde el sujeto asignaba un valor numérico entero en una escala creciente

del 1 al 5 en las que cada uno de los valores tenía una interpretación cuantitativa (1= muy mal, 2= mala, 3= regular, 4= buena y 5= muy buena). En estas variables se calcularon las medias de la puntuación asignada por el sujeto. Igualmente se calcularon las frecuencias y porcentajes de sujetos que puntuaban en cada categoría.

El Índice de Katz, que asigna a cada categoría funcional una letra desde la A a la G, fue tratado como una variable cualitativa. Dado el alto interés de la información suministrada por este test se realizó la corrección de Rubenstein⁽⁹⁰⁾, que asigna a cada categoría el número de actividades de la vida diaria afectadas (A=0, B=1.....G=6) trabajando posteriormente con ella como variable cuantitativa. Sobre esta variable se hizo una segunda manipulación consistente en convertir cada una de las actividades de la vida diaria valoradas en el índice en una variable cualitativa con un valor dicotómico SI/NO que indicaba la capacidad (o incapacidad) del sujeto para su ejecución. Cada una de estas nuevas variables fue tratada de forma aislada como variable cualitativa.

En general, las *variables cualitativas* fueron expresadas mediante las frecuencias y/o porcentajes correspondientes a

cada una de sus categorías. Entre estas variables incluimos el “Sexo”, “Profesión”, “Estado Civil”, “Estudios”, “Motivo de Ingreso” y “Procedencia”. Las variables “Escala de Cruz Roja Física”, “Escala de Cruz Roja Psíquica”, “Índice de Katz”, “Actitud ante el ingreso” e “Índice de satisfacción de la estancia” tuvieron el tratamiento como variable cualitativa ya comentado más arriba.

Las variables “Diagnósticos médicos” y “Tratamiento farmacológico”, como ya se adelantó, además del su manejo como variable cuantitativa, tienen su consideración como variable cualitativa agrupando las frecuencias observadas, tanto de diagnósticos como de tratamientos, en categorías según el aparato del organismo implicado.

En lo relativo a los diagnósticos se realizó una recodificación consistente en extraer del conjunto de diagnósticos encontrados cuatro patologías de alta prevalencia en Geriátrica: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y demencia. Estas patologías fueron consignadas como nuevas variables cualitativas con un valor dicotómico SI/NO, permitiendo ofrecer la frecuencia y porcentaje de presentación de cada una de dichas

patologías (variables).

4.2. Inferencia estadística

Para el contraste de los datos obtenidos se realizaron diversos tests de contraste de hipótesis. En todos ellos se utilizaron intervalos de confianza del 95 % (riesgo $\alpha=0,05$) y se asumieron como significativos aquellos valores de p inferiores a 0,05.

Consecuentemente con lo anterior cuando se hable de significación estadística de alguno de los contrastes realizados consideraremos los parámetros comentados salvo anotación en contra que indique un intervalo de confianza o nivel de significación diferente.

Para la comparación de proporciones observadas en las variables cualitativas se utilizó la prueba Chi cuadrado (χ^2). Cuando la frecuencia esperada en alguna de las categorías de la variable presentaba una frecuencia inferior a 5 se realizaba la prueba exacta de Fisher. En el resto de tablas de 2x2 se mostraba la corrección de Yates .

Para el contraste de medias de una variable cuantitativa (dependiente) con una cualitativa (independiente) dicotómica se utilizó la prueba T de Student.

Previamente a la ejecución de esta prueba se evaluó la bondad del ajuste a la distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Igualmente se realizó la prueba de homocedasticidad para la homogeneidad de varianzas con la prueba de Levene.

Cuando la variable cualitativa presentaba más de dos categorías se utilizó el ANOVA de un factor previa confirmación de las condiciones de normalidad y homecedasticidad. Se realizaron comparaciones a posteriori (“post hoc”) para evidenciar las diferencias mostradas por la variable cuantitativa en cada una de las categorías de la variable cualitativa (factor). Las pruebas “post hoc” utilizadas a tal efecto fueron las de Scheffe y Bonferroni.

Para el contraste de hipótesis de variables que no seguían una distribución normal se utilizaron pruebas no paramétricas. En el caso de muestras independientes se utilizó la de U de Mann-Whitney cuando se trataba de dos muestras y la prueba H de Kruskal-Wallis para más de dos. Para muestras relacionadas se utilizó la prueba de Wilcoxon cuando se trataba de contrastar dos muestras y la prueba de Friedman para más de dos.

Se realizó el análisis de correlación simple para evaluar la relación entre dos variables cuantitativas. Cuando ambas se ajustaban a la normal se obtuvo el coeficiente de correlación lineal de Pearson. Cuando al menos una variable no se ajustaba a la normal se utilizó el coeficiente de correlación por rangos de Spearman.

V. RESULTADOS

La recogida de datos se llevo a cabo durante 30 meses con una inclusión en el estudio de 219 sujetos, muestra suficiente según los cálculos previos realizados para las variables estudiadas, y con porcentajes distintos en cada uno de los Centros en función del número de residentes, número de ingresos y facilidad de acceso para la recogida de datos en dichos Centros.

En la *Tabla 5.1.* podemos ver los sujetos incluidos en cada Centro al inicio de estudio. Igualmente se muestra el número de ancianos que llegaron al final del estudio

y en los que se pudieron recoger los datos de la cuarta entrevista realizada a los seis meses..

Se aportan datos en la citada tabla sobre los sujetos perdidos durante el seguimiento especificando los que fallecieron y aquellos que fueron excluidos del estudio por otros motivos. Entre estas causas se incluyen la estancia prolongada en el hospital coincidiendo con la fecha de realización de la entrevista, el alta de la Residencia, las ausencias prolongadas del Centro durante el periodo de estudio y la imposibilidad de realizar la entrevista en la fecha

Tabla 5.1.: Distribución de sujetos por Centros

Residencia	Nº de Sujetos al inicio del estudio	Nº de Sujetos al final del estudio	Nº Sujetos perdidos (no incluye exitus)	Exitus
R. PP.MM. Navalcarnero	26	18	5	3
R. PP.MM. Villaviciosa O.	8	7	0	1
R. "La Aurora"	33	19	10	4
R. "San Juan de Dios"	17	9	6	2
R. GERIASA	77	43	16	18
R. Geriasol	36	13	13	10
R. Los Madroños	11	0	11	0
R. Las Rosas del Camino	11	7	2	2
TOTAL	219	116	63	40

indicada por motivos técnicos imputados al entrevistador o al Centro.

En uno de los Centros (Residencia los Madroños) se incluyeron 11 sujetos en la primera entrevista y en la segunda realizada al mes, teniendo que interrumpir posteriormente el seguimiento de todos ellos debido a cambios en la infraestructura del Centro que dificultaban el acceso a la información del residente.

Durante el periodo de inclusión de sujetos se incorporaron al estudio todos aquellos que ingresaron en el Centro cumpliendo los criterios establecidos. En todos los Centros, a excepción de la citada Residencia los Madroños, el estudio se continuó durante los 6 meses posteriores a la incorporación del último sujeto en el Centro. Según esto, el tiempo de estudio osciló entre los 10 meses en la Residencia de la Comunidad de Madrid de Villaviciosa de Odón y los 22 meses en la Residencia de la C.M. de Navalcarnero. La media del tiempo de seguimiento en los ocho Centros fue de 17 meses.

Esta amplia variabilidad del tiempo de estudio entre los diferentes Centros estuvo condicionada por el grado de interferencia del estudio sobre la actividad normal del Centro. Conviene considerar que

en cada Residencia era necesario, como mínimo, un espacio físico para la realización de los test, la colaboración de personal del Centro para avisar o llevar al anciano al lugar de la entrevista y el acceso a los diferentes sistemas de información del Centro (Historia Clínica, hojas de evolución, libros de tratamiento, valoraciones realizadas, informe oral del personal, etc.). En aquellos Centros en los que la dinámica de estudio interfirió con su normal funcionamiento se prefirió disminuir el periodo de inclusión por debajo de los 10 meses previstos inicialmente, aumentando el seguimiento en aquellos Centros en los que las condiciones de estudios fueron más favorables. Finalmente la media del periodo de inclusión alcanzó esa cifra prevista de los 10 meses.

Dado que la metodología de estudio, como ya se comentó en el capítulo correspondiente, no iba dirigida a la obtención de los datos por Centros, sino por la tipología de los mismos, esta variabilidad no afectó a la estructura global de la muestra perseguida.

El número de Residentes incluido en cada Centro dependió, fundamentalmente, del índice de renovación de la población residencial que, a su vez, estaba condicionada por el tamaño de la Residencia, el

número de fallecimientos y la movilidad de los ancianos ingresados (altas, traslados, etc.).

La presentación de los datos obtenidos se realiza a lo largo del presente capítulo en dos grandes bloques: por un lado se ofrecen los Resultados globales de la población incluida en el estudio y, por otro, se interpretan dichos resultados según las diferentes tipologías de Centros en función de su tamaño, titularidad e infraestructura. Lo primero permite conocer el perfil del anciano que ingresa en la Residencia y el impacto del ingreso durante los seis primeros meses y lo segundo, es decir, la interpretación según las características del Centro, ayuda a valorar la influencia de éstas en los citados resultados.

Para hacer “digerible” la presentación de la ingente cantidad de resultados obtenidos se ha dividido el presente capítulo en los siguientes apartados:

- Perfil del anciano al ingreso: En este apartado se muestran datos relativos a la edad, sexo, profesión, estado civil, nivel de estudios, motivo de ingreso, procedencia y actitud ante el ingreso de la población sometida a estudio.
- Morbilidad y Mortalidad: Aquí se muestran los datos sobre las enfermedades presentadas por el anciano al ingreso y aquellas que se diagnosticaron durante el primer semestre de estancia. Igualmente se aportan los datos registrados de mortalidad durante el periodo de seguimiento.
- Consumo de fármacos: En este apartado se relata el tratamiento que realiza el anciano al ingreso y como se modifica durante la estancia. Se aportan datos relativos al número de fármacos consumidos, número de dosis diarias y distribución de dicho consumo según los diferentes grupos farmacológicos.
- Situación funcional: Este apartado informa sobre el grado de dependencia observado al ingreso y su evolución en base a los datos obtenidos en la escala de Cruz Roja Física, Índice de Katz, e índice de Lawton.
- Estado Psíquico: La situación psíquica al ingreso y durante el periodo de estudio se analiza en su vertiente cognitiva, por un lado, y en su vertiente afectiva, por otro. El

análisis de la función cognitiva se realiza en base a los resultados obtenidos en la escala de Cruz Roja Psíquica y el Mini Examen Cognitivo. La función afectiva se traduce de los resultados obtenidos en la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

- Satisfacción de la estancia: Los resultados de una escala analógica elaborada al efecto permiten presentar datos en este apartado en relación con la satisfacción mostrada por el anciano durante su estancia en la Residencia.
- Análisis de resultados por Centros: Como ya comentamos más arriba se decidió interpretar todos los resultados anteriores en fun-

ción de las tres características que, a nuestro juicio, resultaban más significativas a la hora de identificar los Centros: el tamaño, la titularidad y la infraestructura. Esta estrategia permite ver como influye cada uno de los rasgos de una determinada Residencia en la evolución de diferentes parámetros del anciano de forma que se le pueda orientar a la Residencia más adecuada según la problemática que presente. Los aspectos analizados según las características del Centro son la rentabilidad diagnóstica, el manejo farmacológico y la evolución de la situación funcional, cognitiva y afectiva.

Pasamos a continuación a presentar los resultados según los citados apartados.

1.- PERFIL DEL ANCIANO AL INGRESO

En este apartado vamos a detallar los datos que nos van ayudar a perfilar las características de la Persona Mayor que ingresa en la Residencia.

Para hacer este “retrato robot” se aportará información de la población estudiada en relación con las siguientes variables:

- Edad
- Sexo
- Profesión
- Estado Civil
- Estudios
- Motivo de ingreso
- Procedencia
- Actitud ante el ingreso

Para mayor claridad en la descripción de estos parámetros expondremos los datos según los diferentes apartados.

1.1.- Edad

La edad media de la muestra al ingreso era de 82,4 años con una desviación típica de 6,3 y unos valores mínimo y máximo de 65 y 98 años respectivamente (Tabla 5.2.). La distribución por tramos

de edad la podemos observar en el Gráfico 5. 1 .

Conviene destacar, entre los datos obtenidos, que dos de cada tres ancianos (67,9 %) pertenecían a la denominada “cuarta edad” o “viejos viejos” con una edad igual o superior a los 80 años.

La media de edad en los varones (81,4 años +/- 7,02) fue algo menor que en la mujer (82,9 años +/- 5,88) sin que esta diferencia fuera significativa ($p= 0,10$, T de Student).

Tampoco hubo diferencias significativas en la edad de ingreso en los diferen-

Tabla 5.2.: Edad al ingreso

<i>Edad Media</i>	<i>82,43 años</i>
<i>Desviación típica</i>	<i>6,31 años</i>
<i>Edad máxima</i>	<i>98 años</i>
<i>Edad mínima</i>	<i>65 años</i>
<i>Edad media varones</i>	<i>81,4 años</i>
<i>Edad media mujeres</i>	<i>82,9 años</i>
<i>Sujetos < 80 años</i>	<i>32,9 %</i>
<i>Sujetos con 80 y más años</i>	<i>67,1%</i>

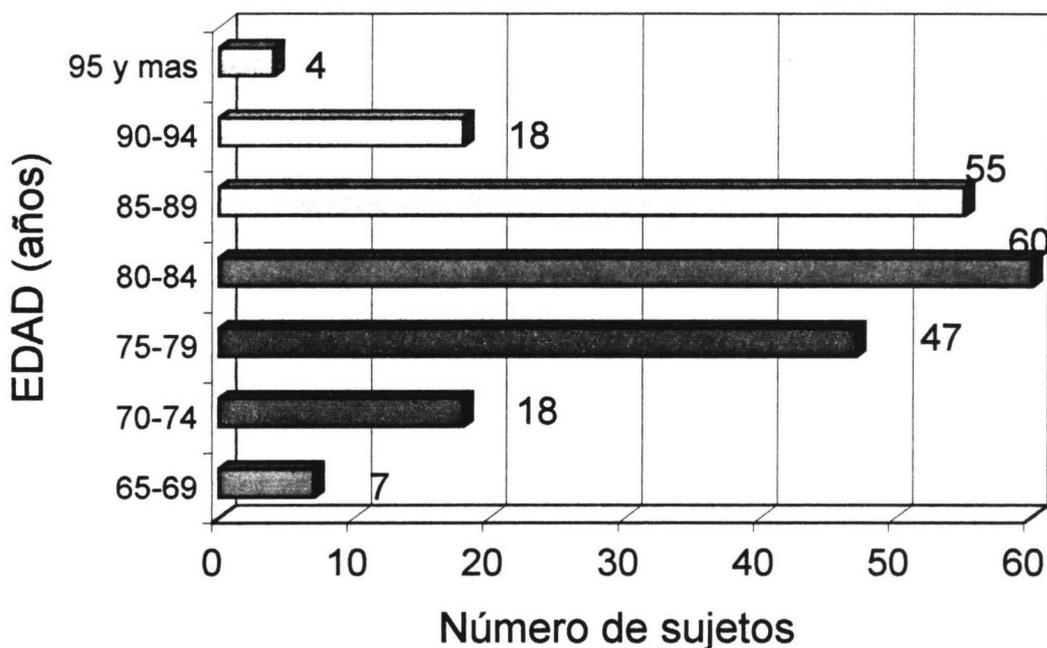


Gráfico5.1.: Edad de los Residentes

tes centros incluidos en el estudio.

La media de edad de los casados (80,03 +/- 6,5 años) fue significativamente inferior ($p < 0,05$, T de Student) a la de solteros y viudos (83,3 +/- 6,6 y 82,8 +/- 5,9 respectivamente).

1.2.- Sexo

Las dos terceras partes de los ancianos que ingresaron en la Residencia (66,7%) correspondían a mujeres. (Gráfico 5.2.)

Si estudiamos la distribución de sexos en diferentes tramos de edad, podemos comprobar como esta predominan-

cia del sexo femenino se mantiene en todas las edades, a excepción del grupo de población más joven (65-69 años) en el que los resultados son poco valorables dada la escasez de sujetos que lo componen (5 varones y dos mujeres).

No se observaron diferencias con significación estadística en la distribu-

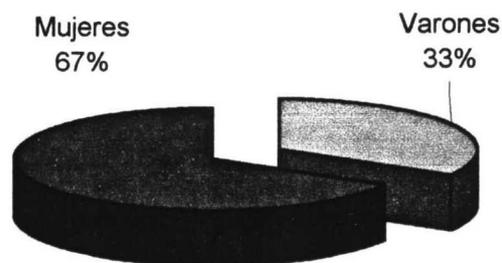


Gráfico5.2.: Distribución por sexos

ción de sexos entre los sujetos de 80 y más años y los de 65 a 79 años ($p= 0,22$, χ^2 de Pearson).

En cualquier caso podemos observar gráficamente la distribución de sexos por tramos de edad en el Gráfico 5.3

Dada esta significativa predominancia del sexo femenino resulta muy ilustrativo hablar de *Razón de masculinidad* que indica el número de varones existentes por cada 100 mujeres y que podemos ver reflejado en la *Tabla 5.3.*

1.3.- Profesión

Como se puede observar en el *Gráfico 5.4.* la profesión que se identificó

Tabla 5.3.: Razón de masculinidad del estudio

Edad en años	Razón de masculinidad
65-69	250*
70-74	64
75-79	52
80-84	54
>85	40

* Poco valorable por el escaso tamaño muestral

con mayor frecuencia (39,4%) en el total de la población fue la de Labores del hogar (= Ama de casa, Sus Labores, etc.) ya que, aunque solo lo ejercían las mujeres, ésta era la ocupación en el 60 % de ellas. Seguían por orden de frecuencia las profesiones incluidas dentro del Sector Servicios (23,2%), las incluidos dentro de

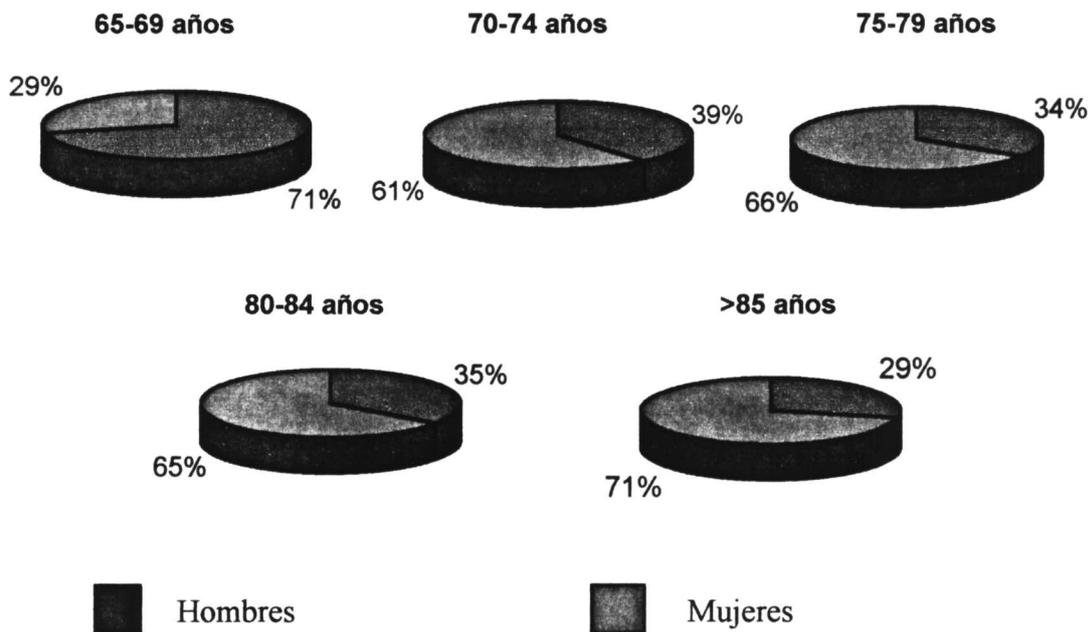


Gráfico 5.3. *Distribución de hombres y mujeres por tramos de edad*

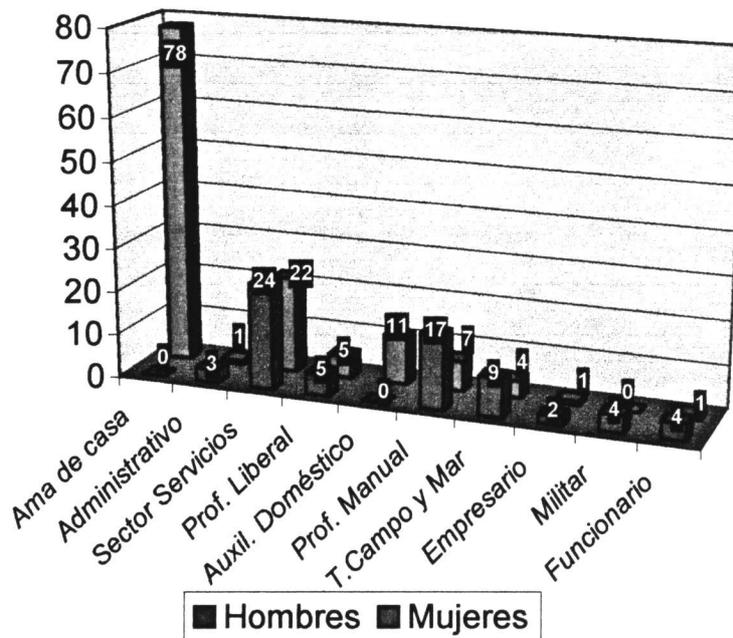


Gráfico 5.4. Profesiones de los ancianos antes de su jubilación por sexos (nº de sujetos)

las que hemos denominado profesiones manuales (12,1%), los trabajadores del campo y del mar (6,6%), las empleadas de hogar (5,6%) y los profesionales liberales (5,1%). El resto de profesiones se presentó con una frecuencia muy baja.

Se mostraron como profesiones exclusivamente femeninas la de ama de casa y empleada de hogar.

El hombre sólo mostró esta exclusividad para la profesión de militar pero presentó una frecuencia más elevada en los grupos de administrativo (75% vs 25%), profesiones manuales (71% vs 29%), trabajadores del campo

y del mar (69% vs 31%), empresarios (67% vs 33%) y funcionarios (80% vs 20%).

En la *Tabla 5.4.* podemos observar las profesiones ejercidas por los sujetos de la muestra antes de la jubilación y en la que se observan interesantes datos que traducen la sociedad “sexista” en la que tuvieron que convivir nuestros Mayores, y que asignaba los patrones de actividad según el sexo (aunque en el caso de la mujer casi se podría decir que no asignaba). Los datos de la citada tabla ofrecen el número de varones y mujeres en cada grupo de actividad profesional, el porcentaje de cada actividad en la población total, el

Tabla 5.4.: Profesiones ejercidas antes de la jubilación

Profesión	Nº de sujetos		% Población total			% Profesiones en cada sexo		Profesión H vs. M	
	H	M	Todos	H	M	H	M	H	M
Ama de casa	0	78	39,4%	0,0%	39,4%	0,0%	60,0%	0,0%	100%
Administrativo/a	3	1	2,0%	1,5%	0,5%	4,4%	0,8%	75%	25%
S. Servicios	24	22	23,2%	12,1%	11,1%	35,3%	16,9%	52,2%	47,8%
Prof. Liberal	5	5	5,1%	2,5%	2,5%	7,4%	3,8%	50%	50%
Aux. doméstico	0	11	5,6%	0,0%	5,6%	0,0%	8,5%	0,0%	100%
Prof. Manual	17	7	12,1%	8,6%	3,5%	25,0%	5,4%	70,8%	29,2%
T. campo y mar	9	4	6,6%	4,5%	2,0%	13,2%	3,1%	69,2%	30,8%
Empresario	2	1	1,5%	1,0%	0,5%	2,9%	0,8%	66,7%	33,3%
Militar	4	0	2,0%	2,0%	0,0%	5,9%	0,0%	100%	0,0%
Funcionario	4	1	2,5%	2,0%	0,5%	5,9%	0,5%	80%	20%

porcentaje dentro de cada uno de los sexos y finalmente, dentro de cada actividad profesional, el porcentaje de varones que la ejercían frente al de mujeres.

(21%) y Solteros (19,5%). Solamente 2 personas se encontraban en situación legal de separación (1 %) y una divorciada (0,5%) . En 19 sujetos no se pudo recoger el estado civil (8,2%) (Gráfico 5.5)

1.4.- Estado Civil

Algo más de la mitad de los residentes eran Viudos (58%), encontrándose un porcentaje importante de Casados

La proporción de mujeres solteras y viudas (22,6% y 65,7% respectivamente) era muy superior a la de los varones pero por cada mujer casada había cua-

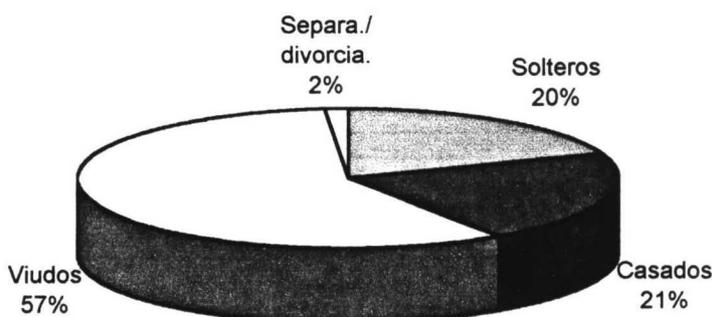


Gráfico 5.5. Estado Civil del total de Residentes ingresados

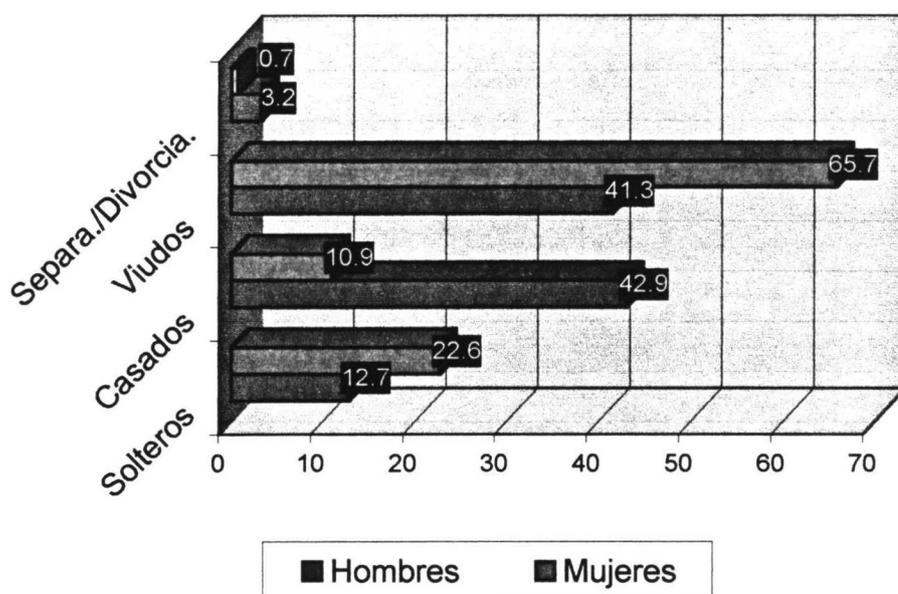


Gráfico 5.6.- Distribución del Estado Civil dentro de cada sexo (en porcentajes)

tro hombres con el mismo estado civil.

La proporción de varones casados y viudos era muy similar y ambos estados englobaban a 4 de cada cinco de ellos. (Gráfico 5.6)

Analizando los resultados por tramos de edad comprobamos como por debajo de los 70 años lo más frecuente era permanecer casado y a partir de esa edad la viudedad se imponía sobre el resto de situaciones. Ningún hombre soltero superó

Tabla 5.5.: Porcentajes de distribución del estado civil por tramos de edad

EDAD	SOLTEROS/AS			CASADOS/AS			VIUDOS/AS			SEPA/DIVOR		
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
65-69 años	28,6	20	50	42,9	60	0	28,6	20	50	0	0	0
70-74 años	11,8	16,7	9,1	35,3	33,3	36,4	47,1	33,3	54,5	5,9	16,7	0
75-79 años	18,2	6,7	24,1	22,7	40	13,8	56,8	46,7	62,1	2,3	6,7	2,6
80-84 años	16,1	16,7	15,8	16,1	38,9	5,3	66,1	44,4	76,3	1,8	0	0
85-89 años	20,4	15,4	22,2	18,4	46,2	8,3	61,2	38,5	69,4	0	0	0
90-94 años	41,2	0	53,8	11,8	50	0	47,1	50	46,2	0	0	0

los 90 años y el único que ingresó por encima de los 95 lo hizo tras enviudar. En cuanto a las mujeres mayores de 90 años se observó como se distribuían prácticamente a partes iguales entre solteras y viudas (*Tabla 5.5.*).

1.5. Estudios

El porcentaje global de analfabetismo de la muestra fue del 8,1% y ésta se mostró significativamente más alta en la mujer (9,9%) que en el hombre (4,5%). ($p= 0,006$, χ^2 de Pearson)

La mayoría de los sujetos de nuestra población, ocho de cada diez, tenían un nivel de estudios primarios (82,2%) con una mayor frecuencia en el caso de las mujeres (84,7%) que en los varones (77,3%) que, como veremos a continuación, presentaba mas sujetos en las categorías de mayor nivel formativo.

El nivel de estudios de Grado Medio estaba presente en un reducido número de sujetos (7,6%) y la frecuencia observada para esta categoría en varones duplicaba a la de mujeres (12,1 vs. 5,3).

Finalmente los Estudios de Grado Superior se observaron sólo en el 2% de nuestra población y sólo a expensas de los casos recogidos entre la población masculina, es decir, ninguna de las mujeres incluidas en el estudio tenía formación universitaria

Podemos concluir que el nivel formativo de la población estudiada es muy bajo ya que sólo uno de cada diez supera el nivel de estudios primarios. (*Tabla 5.6.*)

Aunque se observó un desplazamiento de los varones hacia las categorías que suponían un mayor nivel formati-

Tabla 5.6.: Nivel de estudios de los mayores de 65 años.

	Analfabeto % (n)	Estudios Primarios % (n)	E. Grado Medio % (n)	E. Grado Superior % (n)
Total Población	8,1 % (16)	82,2 % (162)	7,6 % (15)	2 % (4)
Hombres	4,5 % (3)	77,3 % (51)	12,1 % (8)	6,1 % (4)
Mujeres	9,9 % (13)	84,7 % (111)	5,3 % (7)	0 % (0)

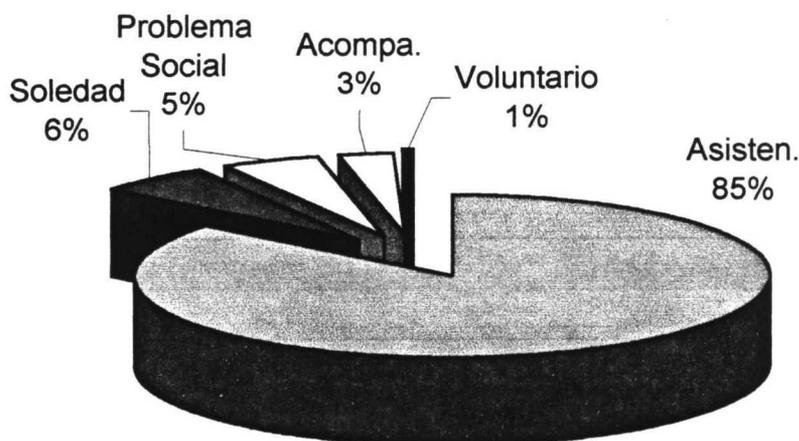


Gráfico 5.7.: Motivo del ingreso en la Residencia

vo, también el nivel de formación global de éstos era escaso y sólo dos de cada diez tenían estudios medios o superiores.

1.6. Motivo de ingreso

La necesidad de asistencia se evidenció como la causa principal del ingreso en la Residencia (86,4 %) a mucha

distancia de la Soledad (5,6 %) y la problemática social (4,7%). Las dos causas restantes de ingreso, el acompañamiento y el ingreso voluntario se produjeron en el 2,8% y 0,5% respectivamente. (Gráfico 5.7.)

En el análisis de los resultados por sexo se observa como en la mujer la

Tabla 5.7.: Motivo de ingreso en Residencia. Total de la Población y distribución según el sexo

	Asistencia % (n)	Soledad % (n)	Problema Social % (n)	Acompañamiento % (n)	Voluntario % (n)
Total	86.40% (184)	5.60% (12)	4.70% (10)	2.80% (6)	0.50% (1)
Hombres	76.70% (53)	7.20% (5)	10% (7)	5.80% (4)	0% (0)
Mujeres	91% (131)	4.90% (7)	2.10% (3)	1.40% (2)	0.70% (1)

causa, casi exclusiva, de ingreso es la necesidad de asistencia (91%) junto con un pequeño porcentaje de mujeres que ingresan por soledad (4,9%), siendo el resto de los motivos casi anecdóticos. En el hombre se observa una clara disminución del porcentaje de sujetos que ingresan por necesidad de asistencia (76,7%) a expensas del aumento de otros motivos de ingreso, fundamentalmente la problemática social (10%) y la Soledad (7,2%). (Tabla 5.7)

1.7. Procedencia

Evaluados los resultados comprobamos como casi cuatro de cada diez Mayores (39,6 %) acudía a la Residencia tras haber convivido durante algún tiempo en el domicilio de algún familiar, generalmente hijos. El segundo lugar más importante, en lo relativo a la procedencia del Mayor, estaba ocupado por aquellos que venían trasladados de otra Residencia

(20,6%). Poco mas de la cuarta parte (25,7%) vivían en su domicilio (solos el 16,8% y solos con ayuda a domicilio el 8,9%). Finalmente vivían con su pareja en el domicilio propio el 13,9 %. (Tabla 5.8.)

En relación a la procedencia por sexos encontramos diferencias importantes . Si bien los porcentajes de Mayores que acudían a la Residencia procedentes del seno familiar o de otras Residencias era muy similar en ambos sexos, cuando analizábamos el número de sujetos que vivían solos o con su pareja, si encontramos diferencias significativas.

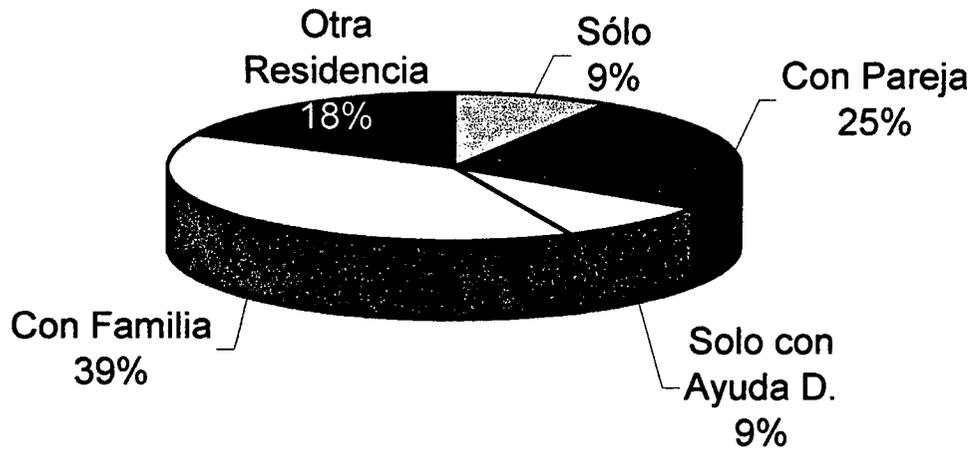
Menos de una décima parte de los varones (9%) vivían solos en su domicilio previo al ingreso. Esta cifra era mas del doble en el caso de las mujeres, afectando a una de cada cinco (20,7 %). (Gráfico 5.8.).

La edad también condicionó la ubicación previa al ingreso en la Residencia. Así observamos que en los Mayores que vivían solos antes del ingreso predominaba el grupo etario de 75 a 79 años. (39,4 %); uno de cada tres de los que convivían en pareja (32 %) estaban en el grupo de 80 a 84 años; entre esas mismas edades se encuadraban el mayor número de

Tabla 5.8.: Procedencia del Mayor

Ubicación previa	% de Mayores (n)
Vivía Sólo	16,8 % (34)
Vivía con su pareja	13,9 % (28)
Vivía sólo con ayuda domicilio	8,9 % (18)
Vivía con su familia	39,6 % (80)
Vivía en otra Residencia	20,8% (42)

Varones



Mujeres

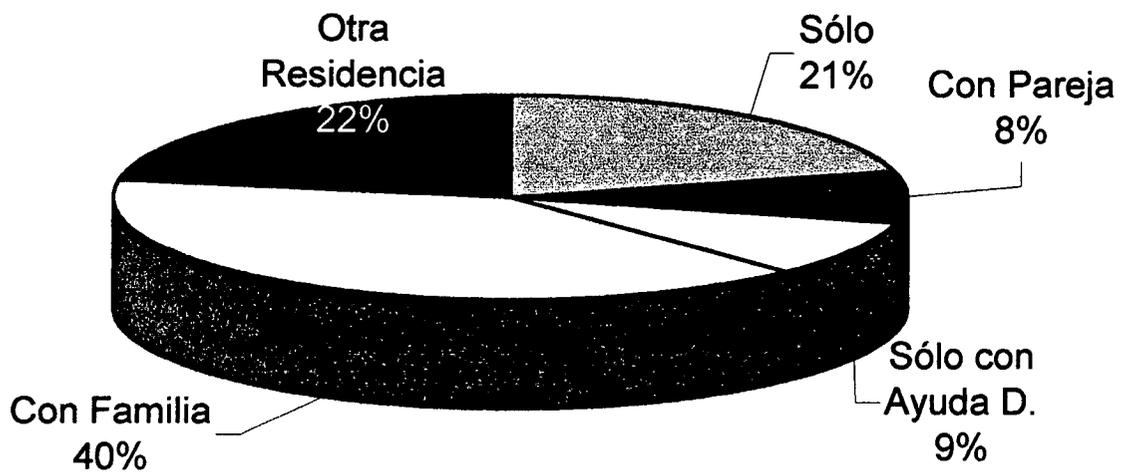


Gráfico 5.8.: Procedencia según sexo

Mayores (29,4 %) que vivían solos y precisaban ayuda a domicilio antes del ingreso.

Del seno familiar ingresó en mayor porcentaje (32,1 %) el grupo de 85 a 89 años .

Finalmente de los procedentes de otra Residencia encontramos el mismo porcentaje (24,4 %) en los grupos de 75 a 79, 80 a 84 y 85 a 89 años.

1.8. Actitud ante el ingreso

Según podemos observar en el *Gráfico 5.9.* más de la mitad de los Mayores contestaron que su ingreso les parecía

bien (53,5 %) y uno de cada cinco confesó que le parecía muy bien (21,1 %).

No obstante debemos observar los porcentajes de sujetos que estaban en desacuerdo con el ingreso (muy mal 2,7 % y mal 9,7 %) y aquellos que se mantuvieron en la frontera entre la aceptación y el rechazo al ingreso (regular 13%).

La actitud ante el ingreso mostró una distribución muy similar en ambos sexos aunque en el caso de la mujer se mostraron posturas mas “extremistas”, puntuando por encima del varón en las categorías muy mal (3,3 % vs 1,6 %) y muy bien (22,1 % vs 19 %).

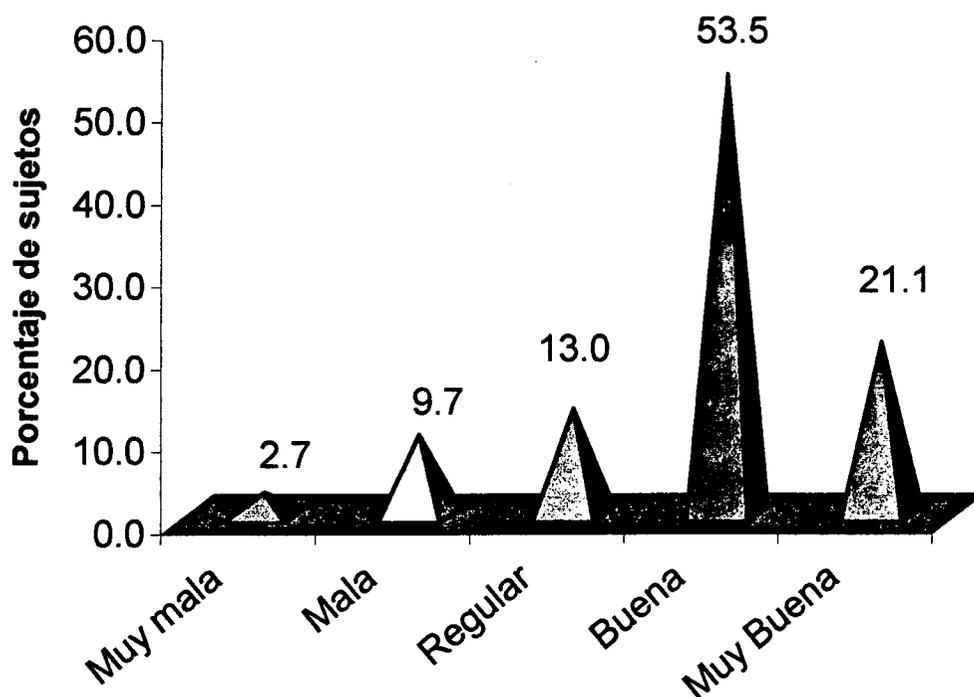


Gráfico 5.9.: Actitud ante el ingreso

Mostraron un mayor grado de conformidad con el ingreso aquellos que lo hicieron de forma voluntaria y aquellos cuyo motivo de ingreso fue la soledad. En ninguno de estos sujetos se puntuó en las categorías de mal o muy mal.

Los que ingresaron por problema social mostraron el mayor grado de disconformidad manifestando como muy mala o mala su actitud frente al ingreso en uno de cada tres casos (11,1% y 22,2 % respectivamente).

Analizando la actitud en relación con el nivel de estudios se observó un mayor acuerdo con el ingreso tanto en los sujetos sin alfabetizar como en aquellos escasos sujetos con estudios superiores. En ambas categorías todos los sujetos mostraron una actitud buena o muy buena.

Como dato curioso el ingreso fue mejor aceptado por el grupo más joven de la muestra, los sujetos entre 65 y 69 años. En este grupo todos los sujetos mostraron una actitud buena o muy buena

2.- MORBILIDAD Y MORTALIDAD

2.1. Patologías al ingreso

El número total de diagnósticos comunicados al ingreso en los 219 sujetos estudiados fue de 788 con una media de 3,6 diagnósticos por cada anciano. (Tabla 5.9.). Esta media fue mayor en la mujer (3,71) que en el varón (3,37) aunque no alcanzó significación estadística ($p=0,37$, U de Mann-Whitney)

Los aparatos afectados con mayor frecuencia, muy a distancia del resto de aparatos, fueron en orden decreciente: el sistema nervioso, el cardiovascular, el digestivo y el locomotor (que afectaron a 133, 108, 97 y 76 sujetos respectivamente). (Tabla 5.10.)

En algunos sujetos incidían varias patologías del mismo aparato, obser-

vándose ésto con mayor frecuencia en el aparato cardiovascular (media de 1,59 patologías por sujeto), seguido del aparato locomotor (1,47) y el digestivo (1,44).

Resulta interesante observar la diferente prevalencia en cada grupo diagnóstico según el sexo del anciano. Los tres sistemas que se observaron con mayor prevalencia, (nervioso, cardiovascular y digestivo) coincidieron en ambos sexos con unas diferencias que no resultaron significativas en ninguno de los casos ($p=0,76$; $0,83$ y $0,076$ respectivamente, U de Mann-Whitney). (Tabla 5.11). El sistema nervioso, en el que se recogían dos patologías muy frecuentes como el accidente cerebrovascular y la demencia, se observó implicado en el 65,1% de las mujeres frente al 42,1 % de los varones. El aparato cardiovascular se encontró dañado en el 50 % de mujeres y el 47,9 % de los varones. En el caso de la patología digestiva, ésta se registro en el 45,2 % de ancianas y en el 41,1 % de ancianos.

Los puestos cuarto y quinto en orden de frecuencia fueron ocupados por distintos aparatos en cada uno de los sexos. En la mujer se reservaron a la pato-

Tabla 5.9.: Diagnósticos al ingreso

Número de sujetos	219
Número total de Diagnósticos	788
Media	3,6
Desviación típica	2,0
Mínimo	0
Máximo	11

Tabla 5.10.: Diagnósticos por Aparatos

Grupo de Diagnóstico	Nº sujetos (%)	Nº Dcos	Media Dcos.
Aparato Digestivo y Metabolismo	97(44,3%)	140	1,44
Sangre y Órganos Hematopoyéticos	24 (11%)	24	1
Aparato Cardiovascular	108 (49,3%)	172	1,59
Enf. Dermatológicas	7 (3,2%)	7	1
Aparato Genitourinario	41(18,7%)	42	1,02
Sistema Endocrino	4 (1,8%)	4	1
Enf. Infecciosas	8 (3,7%)	8	1
Neoplasias	17 (7,8%)	17	1
Aparato Locomotor	76 (34,7%)	112	1,47
Sistema Nervioso	133 (60,7%)	168	1,26
Enf. Parasitarias	0	0	0
Aparato Respiratorio	31 (14,2%)	32	1,03
Órganos de los sentidos	59 (26,9%)	62	1,22
Varios	0	0	0

Tabla 5.11.: Prevalencia de enfermedad por sexos

Grupo de Diagnóstico	Varones %	Mujeres %
Sistema Nervioso	52,1	65,1
Aparato Cardiovascular	47,9	50,0
Aparato Digestivo y Metabolismo	41,1	45,2
Aparato Genitourinario	35,6	11,0
Aparato Respiratorio	24,7	8,9
Aparato Locomotor	19,2	42,5
Neoplasias	13,7	4,8
Órganos de los sentidos	11,0	29,5
Sangre y Órganos Hematopoyéticos	8,2	12,3
Enf. Infecciosas	5,5	2,7
Enf. Dermatológicas	2,7	3,4
Sistema Endocrino	0,0	2,7
Enf. Parasitarias	0,0	0,0

logía del aparato locomotor (42,5 %) y a la que afectaba a los órganos de los sentidos. En el caso del varón las enfermedades del aparato genitourinario ocuparon la cuarta plaza, afectando a uno de cada tres Mayores (35,6 %), y la patología respiratoria el quinto puesto (24,7%).

El análisis por grupos de edad también puede arrojar alguna información sobre la morbilidad del mayor al ingreso. El grupo de Mayores ubicado en el rango

de edad de 65 a 69 años mostró el promedio más alto de diagnósticos por sujeto (4,57), seguido del grupo de sujetos de entre 80 y 84 años (3,87) y de los comprendidos entre los 70 y 74 años (3,61). Un dato curioso, pero que no extrañara a los que trabajan diariamente con este colectivo, es el hallazgo del menor promedio de diagnósticos por sujeto en las edades más avanzadas, de forma que en los sujetos con 95 años o más, la media fue de dos diagnósticos por anciano y, en el rango de sujetos comprendidos entre los 90 y 94 años, sólo se alcanzaron los 2,89 diagnósticos de media por sujeto. (Gráfico 5.10.). En un cualquier caso las diferencias observadas no alcanzaron significación estadística

Parece interesante detenerse en la valoración de la presencia en nuestra muestra de las enfermedades de alta prevalencia en la población geriátrica. (Tabla 5.12).

Tabla 5.12.: Patologías de alta prevalencia al ingreso

Diagnóstico	Prevalencia % (n)
HTA	31,5% (69)
DMNID	16,0% (35)
EPOC	11,9% (26)
Demencia	30,1% (66)

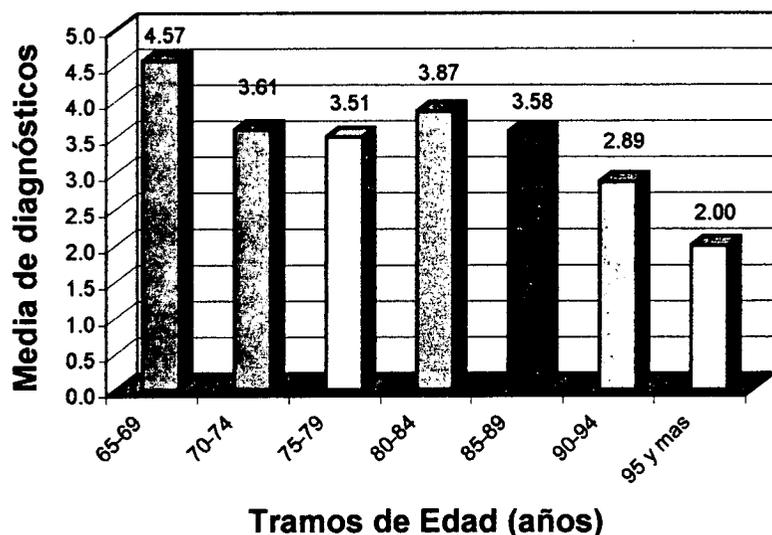


Gráfico 5.10.: Diagnósticos por tramos de edad

La **hipertensión arterial** (HTA) apareció en algo menos de un tercio de los sujetos al ingreso (31,5%); la **diabetes mellitus tipo 2** (DMT2) se observó en el 16% de los ancianos de nuestro estudio; la **bronconeumopatía crónica obstructiva** (BNCO) apareció en algo más de la décima parte de los sujetos (11,9%) y la **demencia** se registró en casi la tercera parte de los mayores que ingresaron en la Residencia (30,1%).

2.2. Incidencia de morbilidad durante los seis primeros meses

En el control realizado al **primer mes** se mantenían en el estudio 185 sujetos al perderse 34 de ellos por exitus, alta del centro o imposibilidad de realizar la segunda entrevista.

En 65 sujetos del total de los sometidos a la segunda entrevista se diagnosticaron nuevas patologías desconocidas hasta entonces, o que se presentaron de forma aguda en el primer mes de estancia en el Centro. En total se diagnosticaron 94 nuevas patologías, es decir, por cada dos sujetos apareció aproximadamente una nueva patología al mes (media: 0,51 +/- 0,82).

La media de nuevos diagnósticos realizados al mes fue mayor en el hombre (0,66 +/- 0,88) que en la mujer (0,44 +/- 0,77) pero sin significación estadística ($p=0,084$, U de Mann-Whitney). Por edades observamos una mayor aparición de nuevos diagnósticos entre los 90 y 94 años (media: 0,65 +/- 0,79). El segundo grupo en el que se encontró

un mayor número de diagnósticos fue la categoría inmediata inferior, 85 a 89 años (media: 0,60 +/- 0,90). En los cuatro ancianos con 95 años o más sólo se registró un nuevo diagnóstico. No se encontró diferencia significativa entre la media de los nuevos diagnósticos de los diferentes grupos de edad ($p=0,86$, Kruskal-Wallis)

El nuevo diagnóstico que se realizó con mayor frecuencia (20 sujetos) fue la anemia. El segundo diagnóstico más frecuente (11 casos) fue la depresión. El resto de patologías detectadas no superó los cuatro casos: hipertensión arterial (4), insuficiencia venosa periférica (4), insomnio (4), insuficiencia cardíaca congestiva (3), hernia inguinal (3), fibrilación auricular (2), demencia (2), cardiopatía isquémica (2).

La entrevista realizada al *tercer mes* recogió los datos de 149 sujetos que continuaban en el estudio. Entre éstos, 49 de ellos presentaron nuevos diagnósticos desde la anterior entrevista.

Encontramos un total de 65 nuevos diagnósticos que suponen una media de 0,44 (+/- 0,72) diagnósticos por sujeto de la población total que aún permanece en el estudio, ligeramente por debajo de la media de nuevos diagnósticos encon-

trados al primer mes (0,51). Se excluyeron los diagnósticos generados en este periodo por los sujetos que habían fallecido antes de cumplir los tres meses de estancia y cuyo análisis se llevará a cabo en el apartado correspondiente de mortalidad.

Los diagnósticos encontrados en este periodo afectaron a todos los aparatos y, aunque vimos entidades no observadas como nuevos diagnósticos en la entrevista realizada al mes, mantiene a la cabeza a las mismas entidades. La anemia con 8 casos siguió siendo el hallazgo más frecuente junto con la ferropenia (5 casos) como antesala de esta patología. Igualmente la depresión (4 casos) siguió ocupando un papel protagonista.

Algunos de los diagnósticos que se repitieron en varios sujetos fueron las infecciones (4), la fractura de cadera (4), el accidente cerebrovascular (3), las alteraciones de conducción intracardiaca (3) y las arritmias (3).

Nuevamente la media encontrada de diagnósticos por sujeto fue superior en los varones (0,54) que en las mujeres (0,39) (aunque también sin significación estadística) y en ambos casos estuvo por debajo de la media observada al mes del ingreso.

En cuanto a la edad, el mayor número de diagnósticos por sujeto se observó en el grupo más joven de 65 a 69 años (media: 1,2), seguido del grupo de 85 a 89 (1,03) y del que incluía edades entre 80 y 84 años (0,87). No obstante la diferencia observada no alcanzó significación estadística ($p=0,90$, Kruskal-Wallis).

La última visita realizada al *sexto mes* recogía a 116 sujetos de los que 31 aportaron nuevos diagnósticos.

En esta visita se obtuvieron un total de 41 nuevas entidades nosológicas, lo que supuso la media más baja de las tres visitas de control (0,35 +/- 0,71).

En este caso, y a diferencia de los anteriores, la mujer aportó un mayor promedio de diagnósticos (0,37) que el

varón (0,31) pero sin que la diferencia observada alcanzara significación estadística. ($p=0,89$, U de Mann-Whitney).

Las entidades nosológicas que se mostraron con mayor frecuencia fueron, nuevamente, la anemia (7 casos), la infección del tracto urinario (4), la hiperlipemia (3), y la depresión (2).

Resumiendo la evolución diagnóstica en los seis primeros meses del ingreso observamos 200 nuevas entidades de las que 46 correspondieron al sistema hematológico, 40 al sistema nervioso, 39 al aparato cardiovascular, 23 al sistema digestivo, 14 aparato al genitourinario, 12 al aparato locomotor, 7 al respiratorio y el resto quedó repartido entre los demás aparatos y sistemas. A continuación podemos comprobar en la Tabla 5.13 todos estos

Tabla 5.13.: Evolución de los diagnósticos en las diferentes entrevistas

	1º MES	3º MES	6º MES
Sujetos estudiados	185	149	116
Diagnósticos encontrados	94	65	41
Media Dcos. Por sujeto	0,51	0,44	0,35
1º Patología	Anemia (20 sujetos)	Anemia (8 sujetos)	Anemia (7 sujetos)
2ª Patología	Depresión (11 sujetos)	Ferropenia (5 sujetos)	Infec. Orina (4 sujetos)
3ª Patología	Hipert. Art. (4 sujetos)	Depresión (4 sujetos)	Hiperlipemia (3 sujetos)
4ª Patología	Insomnio (4 sujetos)	Fra. Cadera (4 sujetos)	Depresión (2 sujetos)

datos de una forma agrupada.

2.3. Incidencia de mortalidad en los seis primeros meses de ingreso en la Residencia

Durante el periodo de estudio se recogieron 40 fallecimientos, es decir el 18,26 % de la población que inició el estudio.

Dado que durante este estudio, además de los fallecidos se perdió el seguimiento a otras 63 personas (traslados de Residencia, ingresos prolongados en el hospital, ausencias prolongadas con imposibilidad de realizar la entrevista en la fecha adecuada, etc.), el porcentaje de exitus está posiblemente infravalorado al no incluir la mortalidad de estos sujetos .

El fallecimiento se produjo, como media, a los 69 días del ingreso y tuvo como causa fundamental las infecciones de vías respiratorias bajas, afectando a 11 de los sujetos fallecidos (27,5 %).

Las otras causas de muerte que se registraron con mayor frecuencia fueron el infarto agudo de miocardio, que afectó a 6 sujetos, las neoplasias que acabaron con la vida de 4 , el accidente cerebrovascular

que condujo a la muerte a tres ancianos y la hemorragia digestiva alta que fue el motivo del exitus en otros tres mas. El resto de las entidades que contribuyeron a la muerte en otros sujetos de la muestra puede observarse en el *Gráfico 5.11*.

La mortalidad fue mayor en el varón, proporcionalmente a su peso en la muestra, ya que supuso el 40% de los exitus cuando sólo el 33% de la población eran varones .

Se observaron algunas diferencias en las causas de mortalidad por sexo. En el varón la causa principal del óbito fueron las infecciones respiratorias de vías bajas (5 sujetos), el infarto agudo de miocardio (4) y las neoplasias. Dos sujetos varones fallecieron por autólisis.

En la mujer la primera causa de muerte coincidió con la del varón, produciéndose 6 fallecimientos por infección respiratoria de vías bajas. Esta causa de exitus se siguió en orden decreciente de frecuencia por la hemorragia digestiva alta (3 sujetos), el accidente cerebrovascular (2), el infarto agudo de miocardio (2), la insuficiencia cardiaca congestiva (2) y las neoplasias (2). En tres casos se desconoció la causa de muerte.

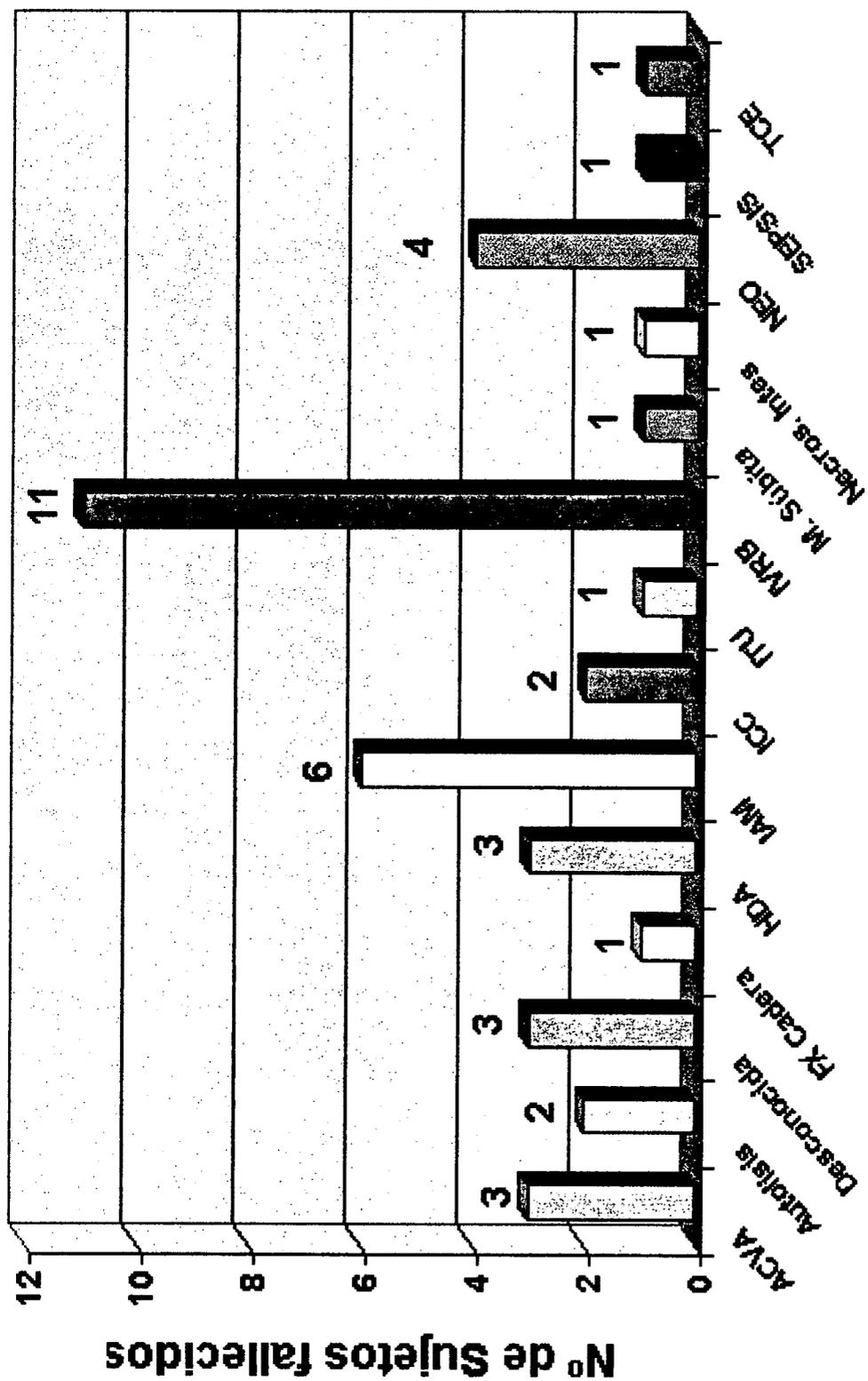


Gráfico 5.11.: Causas de fallecimiento durante los seis primeros meses de ingreso en Residencia

Analizando la mortalidad por tramos de edad se observó una mayor mortalidad en el rango de edades comprendidas entre los 80 y 84 años. En este grupo se produjeron el 37,8 % de las defunciones cuando sólo representaban el 28,7 % de la población.

En el grupo de 85 a 89 años también se observó una mortalidad mayor a la de su peso relativo en la población ya que contribuyeron al 29,7% de los fallecimientos cuando solo suponían el 26,3 % de la muestra. Este hecho se repitió en los sujetos de 95 años y mas que repre-

sentaron el 2,7 % de los fallecimientos cuando solo alcanzaban el 1,9 % de la muestra.

La mortalidad fue menor en los tramos de edad más joven, a pesar de presentar la mayor morbilidad de nuestra muestra como ya vimos en el apartado anterior.

En los sujetos ubicados en el rango de edad de 90 a 94 años, que representaban el 8,6 % de la población, no falleció ningún sujeto durante los seis meses del estudio.

3.- CONSUMO DE FÁRMACOS

3.1. Consumo de fármacos al ingreso

El consumo medio de la población al ingreso fue de 3,29 fármacos por anciano con una desviación típica de 2,35 y un recorrido que iba desde la ausencia de tratamiento al consumo de hasta 12 fármacos distintos. (Tabla 5.14.)

Como dato descriptivo observamos que cuatro de cada 10 ancianos (40,2 %) consumían cuatro o más fármacos y uno de cada diez (9,6 %) ingería siete o más medicamentos distintos diariamente.

No se observó diferencia significativa entre el número de fármacos con-

sumidos por el varón (media = 3,37) y la mujer (3,25) ($p= 0,95$, U de Mann-Whitney).

Por edades se observaron diferencias importantes en el consumo farmacológico que alcanzaron significación estadística ($p= 0,03$, Kruskal-Wallis).

Se registró un mayor consumo farmacológico en los sujetos más jóvenes con edad entre 65 y 69 años, como se esperaba en relación con el mayor número de diagnósticos presentados al ingreso. En este grupo de edad y en el de 75 a 79 años se observó un consumo medio de 4 fármacos por sujeto al día.

La media fue de 3 fármacos al día para los rangos de edad de 70 a 74, de 80 a 84 y de 85 a 89.

En relación con el mejor estado de salud, ya descrito en el apartado de morbilidad, de los mas mayores (95 y más) observamos un menor consumo , con una media de 2 fármacos por sujeto y día.

El número de fármacos que el anciano consumía al ingreso no se correla-

Tabla 5.14.: Número de fármacos consumidos diariamente al ingreso

Media	3,29
Máximo	12
Mínimo	0
Moda	3
Desviación típica	2,35

cionó con el de diagnósticos conocidos a su entrada en la Residencia (Coeficiente de correlación de Spearman de 0,40 con significación unilateral al nivel 0,05).

El número de dosis diarias consumidas fue de 5,43 (+/- 4,14) como promedio de la población total al ingreso, alcanzando un máximo de 22 dosis al día que se observó en dos sujetos.

El varón tuvo un mayor consumo de dosis diarias (5,75 dosis al día) frente a la mujer (5,27 dosis al día) que no fue significativo a nivel estadístico ($p=0,61$, U de Mann-Whitney).

Atendiendo a la edad el mayor número de dosis tuvo lugar nuevamente en el rango de población mas joven (65-69) que alcanzó una media de 7 fármacos por sujeto. A continuación en orden descendente encontramos a los sujetos comprendidos en los grupos de 75 a 79 y 80 a 84 con una media de 6 dosis diarias, el grupo de 85 a 89 con 5 dosis/día, el grupo de 70 a 74 y el de 95 y más con una media de 4 dosis/día y finalmente el de 90 a 94, que mostró la media de consumo mas baja, con 3 dosis diarias de promedio. Estas diferencias observadas en el número de dosis consumidas no alcanzaron significación estadística.

Como cabía esperar, no se observó una correlación entre el número de dosis y el número de diagnósticos hallados al ingreso (coeficiente de correlación de Spearman de 0,34 con significación unilateral al nivel 0,05).

El consumo de fármacos por grupos fue encabezado por aquellos destinados al sistema nervioso (Grupo N) con 203 fármacos que eran consumidos por 127 sujetos. Gran parte de este consumo está explicado por la presencia elevada de medicamentos para el control de los trastornos asociados al deterioro cognitivo y el dolor, ambos incluidos en este grupo terapéutico .

El segundo lugar lo ocupó el de los fármacos del grupo C (aparato cardiovascular) del que se consumieron 197 medicamentos entre los 117 consumidores de este grupo.

El tercer lugar fue para el grupo A (Apto. digestivo y metabolismo) del que se consumieron 151 fármacos a cargo de 100 sujetos. Conviene recordar que las insulinas, hipoglucemiantes orales y resto de fármacos destinados al tratamiento de la diabetes, enfermedad con gran incidencia en la población anciana, están incluidos en el Grupo A.

Los siguientes lugares fueron ocupados por el grupo B (sangre y órganos hematopoyéticos) con 59 fármacos consumidos por 55 sujetos y el grupo R (aparato respiratorio) con 49 fármacos consumidos por 25 sujetos.

En el grupo R se observó mayor polifarmacia, es decir, aquellos que consumían fármacos de este grupo solían consumir más de 1, con una media de 1,96 fármacos del grupo R en aquellos sujetos consumidores del grupo.

En la *Tabla 5.15*. se puede ver con detalle el consumo de fármacos por grupo con la especificación del número de fármacos consumidos, el número de sujetos que lo consumen y la media de fármacos que consumen de dicho grupo.

Se analizó la relación entre el número de fármacos consumidos en cada grupo y el número de diagnósticos presentes en ese mismo grupo al ingreso, mediante el coeficiente de correlación por rangos de Spearman, no observándose co-

relación lineal simple en ninguno de los casos.

3.2. Variación del consumo farmacológico en los seis primeros meses

En el recuento de fármacos realizado al mes se observó un aumento significativo del consumo ($p = 0,001$, Prueba de Wilcoxon) con una elevación de la media de fármacos consumidos desde el 3,29 fármacos por sujeto al ingreso a 3,64 fármacos consumidos por cada anciano al mes del ingreso.

Esta media de consumo de fármacos se mantuvo inalterable en la revisión realizada al tercer mes para descender ligeramente en el control semestral hasta observar un consumo de 3,24 fármacos por sujeto (*Tabla 5.16*).

La diferencia fue significativa entre el consumo del tercer mes y el ingreso ($p < 0,001$, Prueba de Wilcoxon) y entre el consumo del tercer y sexto mes ($p < 0,013$, P. de Wilcoxon).

Tabla 5.15: Consumo de fármacos por grupos Terapéuticos al ingreso en la Residencia

	Grupo Terapéutico	Número Fármacos consumidos	Número de consumidores	Media fármacos consumidos
A	Aparato Digestivo y metabolismo	151	100	1,51
B	Sangre y Órganos Hematopoyéticos	59	55	1,07
C	Aparato Cardiovascular	197	117	1,68
D	Terapia Dermatológica	7	5	1,40
G	Terapia Genitourinaria (incluidas hormonas sexuales)	8	7	1,14
H	Terapia Hormonal	9	7	1,29
J	Terapia Antiinfecciosa vía general	10	9	1,11
L	Terapia Antineoplásica	0	0	0
M	Aparato Locomotor	15	13	1,15
N	Sistema Nervioso	203	127	1,60
P	Antiparasitarios	0	0	0
R	Aparato Respiratorio	49	25	1,96
S	Órganos de los sentidos	13	10	1,3
V	Varios	1	1	1

Tabla 5.16.: Evolución del consumo farmacológico durante los seis primeros meses de estancia en la Residencia

	Nº Sujetos	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Numero de fármacos consumidos al ingreso	219	0	12	3,29	2,35
Número de fármacos consumidos al mes	184	0	12	3,64	2,33
Número de fármacos consumidos al 3º mes	149	0	9	3,64	2,26
Número de fármacos consumidos al 6º mes	116	0	10	3,24	2,14

4. SITUACIÓN FUNCIONAL

4.1. Situación funcional al ingreso

En la **escala de Cruz Roja Física (CRF)** algo menos de la mitad de los sujetos (46,6 %) pertenecían a las tres primeras categorías (0, 1 y 2), es decir como máximo (nivel 2) necesitaban ayuda ocasional y caminaban con bastón. El resto de los sujetos precisaría ayuda en casi todo, y un porcentaje no desdeñable (17,8 %) estaría inmovilizado de forma permanente necesitando cuidados continuos (nivel 5). (*Gráfico 5.12*).

Como ya comentamos en la metodología, se decidió transformar la

escala en una variable cuantitativa, asignando a cada nivel de la misma su valor numérico homónimo a efectos de obtener una visión más gráfica de los resultados. En virtud de esta licencia observamos que la media de los valores registrados en la CRF al ingreso fue de 2,69 con una desviación típica de 1,65.

Analizando la situación funcional, acreditada por la CRF, según el sexo, observamos una mayor agrupación de las mujeres en los niveles superiores de dependencia frente a lo observado en el varón. Esto se traduce en una media de 2,86 (+/- 1,57) para la mujer y de 2,36 (+/- 1,77) para el varón.

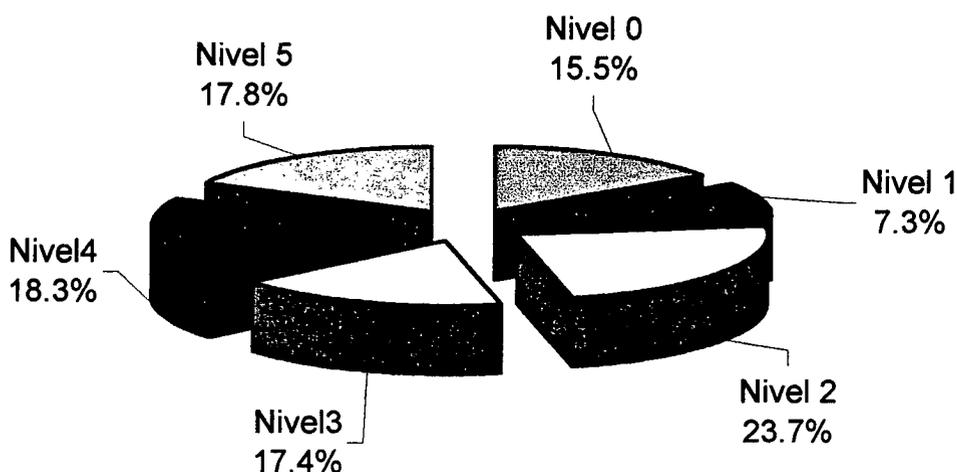


Gráfico 5.12.: Escala de Cruz Roja física al ingreso

Por edades la media de la situación funcional se mostró muy similar. El mayor grado de incapacidad (media = 3 +/- 1,73)) lo mostró el grupo más joven (65 a 69 años) y el de mayor independencia (media = 2 +/- 2,31) fue acreditado por el grupo más veterano (95 y más años).

En el **Índice de Katz (IK)** los datos confirman la situación funcional descrita con la CRF hallándose entre ambas escalas una correlación positiva (Coeficiente de correlación de Spearman de 0,097 con significación al nivel 0,01 bilateral). La utilidad del IK, como ya se comentó, radica en aportar información más detallada respecto a las AVD afectadas.

Sólo se detectó un 18,3 % de sujetos totalmente independientes para todas la AVD descritas en la escala (clase A) frente al 19,6 % que dependía para todas las funciones (clase G).

Más de la mitad de los sujetos (53,8%) dependían para 4 o más AVD (clases E, F y G).

Asignando a cada categoría de la escala el número correspondiente al de las AVD afectadas (Rubenstein ⁽⁹⁰⁾), es

decir A= 0, B= 1, C= 2, D= 3, E= 4, F= 5, G= 6, podemos manejar la variable de forma cuantitativa para su proceso estadístico y llegar a interesantes conclusiones.

Asignando los valores arriba referidos se obtuvo una media de 3,3, es decir cada sujeto de la población era dependiente para más de tres ABVD como promedio. La alta desviación típica encontrada (DT= 2,17) pone de manifiesto una distribución con un número importante de sujetos en los valores extremos del espectro. (*Gráfico 5.13*).

En el varón se observó un mayor grado de independencia que en la mujer con unas medias observadas de 2,73 y 3,58 para el varón y la mujer respectivamente en el índice de Katz corregido. La diferencia alcanzó una significación estadística con $p= 0,008$, en la prueba U de Mann-Whiney.

Se observaron grandes variaciones en los extremos de la tabla entre los dos sexos. En la clase funcional A del índice de Katz se encontraba el 28,8 % de la población masculina frente al escaso 13% de la femenina. Por el contrario, en la clase G los varones sólo representaron el 16,4 % frente al 21,4 % observado en las mujeres.

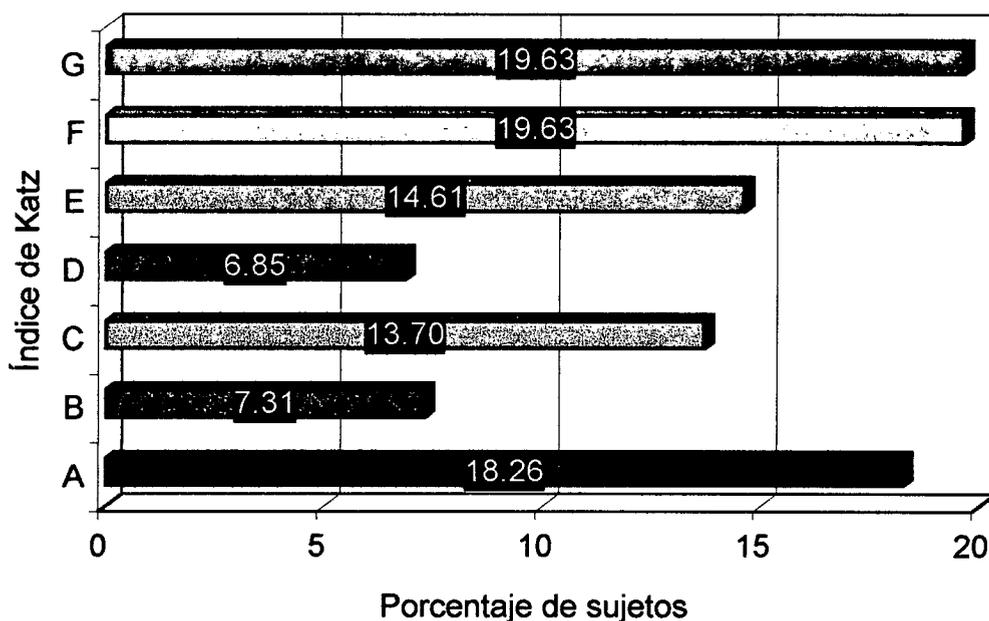


Gráfico 5.13: Índice de Katz al ingreso en la Residencia

Uno de cada dos varones (50,7 %) dependía como máximo para dos ABVD (Clases A, B y C) frente a una de cada tres (33,5 %) en el caso de las mujeres. En éstas había que incluir hasta la clase E (dependencia en cuatro ABVD) para contabilizar la mitad de la población (55,4 %).

En todos los tramos de edad se observaron medias de dependencia muy similares a la citada de la población total del estudio (media = 3,30) a excepción del grupo de 75 a 79 años que mostró el menor grado de dependencia de nuestra muestra (media = 2,62). No obstante las diferencias observadas globalmente según la edad no alcanzaron significación estadística ($p= 0,48$, Prueba de Kruskal-Wallis).

Las edades marginales de la distribución (grupo de 65 a 69 años y grupo de 95 y más años) mostraron la mayor desviación típica (2,41 y 2,63 respectivamente vs. 2,17 de la población total), agrupando a sus sujetos en las categoría de mayor dependencia y mayor autonomía con escasos sujetos en los niveles medios de dependencia.

Analizando la situación funcional inferida por el índice de Katz según la procedencia del sujeto, observamos una mayor independencia en aquellos que vivían solos o en pareja (medias de 2,53 +/- 2,02 y 2,46 +/- 2,27 respectivamente) con respecto a aquellos que convivían con otros familiares (media de 3,46 +/- 2,18) o procedían de otra Residencia (media de 3,81 +/- 1,92).

Resulta interesante realizar el análisis de la situación al ingreso y de la evolución de la capacidad funcional de los ancianos para la ejecución de cada una de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de forma independiente.

Según lo descrito por el propio Sidney Katz, coordinador del grupo que elaboró la escala, la pérdida funcional se producía en el anciano de una forma jerárquica, de forma que primero se perdía la autonomía en el aseo y se continuaba secuencialmente con la pérdida de capacidad para el vestido, ir al WC, moverse, contener esfínteres y comer.

Si atendemos a nuestros datos observamos como se altera el orden descrito por S. Katz para la pérdida funcional, de forma que la incontinencia aparece antes que la incapacidad para mantener una adecuada movilidad.

Los porcentajes de sujetos con pérdida funcional en cada una de las ABVD pueden ser observados en la *Tabla 5.17.*, que podríamos resumir de una forma gráfica diciendo que tres de cada cuatro sujetos habían perdido la capacidad para el aseo y el vestido, la mitad lo habían hecho para ir al WC, moverse y contener esfínteres y la cuarta parte era

incapaz de comer sin ayuda de otra persona.

El **Índice de Lawton y Brody** se utilizó para valorar las AIVD como sinónimo de su grado de independencia fuera de la Residencia, previamente a su ingreso. Recordamos que la capacidad para ejecutar cada una de las tareas era registrada asignando un punto por cada actividad con la cual, un mayor valor del índice indica una mayor independencia del sujeto en las AIVD.

La media registrada en la población total fue de 2,25 puntos con una desviación típica de 2,81. Este promedio

Tabla 5.17.: Capacidad para la ejecución de las diferentes Actividades Básicas de la vida diaria al ingreso

Actividad Básica	Capacidad para la ejecución	
	No	Sí
Aseo	79,5	20,5
Vestido	73,1	26,9
Ir al WC	54,3	45,7
Movilidad	47	53
Continencia	51,6	48,4
Comer	24,2	75,8

tan bajo da idea de la incapacidad de la mayoría de la población para mantener su independencia en el domicilio sin ayuda.

Casi la mitad de los sujetos (46,5 %) no eran capaces de realizar ninguna de las actividades evaluadas en el índice de Lawton (puntuación = 0). La otra mitad de la población se distribuyó de forma muy homogénea en el resto de puntuaciones del índice. (Tabla 5.18).

El varón alcanzó una mayor media que la mujer (2,63 vs 2,06), probablemente condicionado por una mejor situación funcional global como ya

observamos en las AVD básicas medidas con el índice de Katz. Esta diferencia alcanzó significación estadística con $p= 0,035$, U de Mann-Whitney.

Por grupos de edad observamos también algunas diferencias importantes, aunque carentes de significación estadística. Los grupos etarios con mayor incapacidad para las AIVD fueron el de 65 a 69 (media de 1,5), el de 85 a 89 (1,81) y el de 70 a 74 (1,83). En el lado opuesto, el grupo que evidenció mayor destreza para las AIVD testadas en el índice de Lawton fue el grupo de 90 a 94 años (media de 4), seguido del de 75 a 79 (3,15), el de 95 y

Tabla 5.18.: Índice de Lawton al ingreso. (Total de la población y según sexos)

ÍNDICE DE LAWTON	POBLACIÓN TOTAL		VARONES		MUJERES	
	Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido	Frecuencia	Porcentaje válido
0	74	46,54	16	29,63	58	55,2
1	16	10,06	9	16,67	7	6,7
2	14	8,81	7	12,96	7	6,7
3	11	6,92	3	5,56	8	7,6
4	5	3,14	4	7,41	1	1
5	9	5,66	5	9,26	4	3,8
6	7	4,40	4	7,41	3	2,9
7	10	6,29	3	5,56	7	6,7
8	13	8,18	3	5,56	10	9,5
Media	2,25		2,63		2,06	

más años (2,25) y el de 80 a 84 (2,21).

La ubicación previa sí que dio lugar a diferencias muy significativas en la capacidad para la realización de las actividades instrumentales ($p < 0,001$, Kruskal-Wallis). Aquellos sujetos que vivían solos alcanzaron una media de 4,58 puntos en el Índice de Lawton que resultó significativamente mayor a la mostrada en el resto de los grupos. Los puestos siguientes en orden decreciente de validez fueron para aquellos que convivían con la pareja previamente al ingreso (media de 2,77), los que vivían solos pero recibían ayuda a domicilio (media de 2), los que vivían con otros familiares (media de 1,77) y finalmente los que procedían de otra Residencia (media de 0,91).

4.2. Evolución de la situación funcional en los seis primeros meses

Los valores obtenidos en la **Escala de Cruz Roja Física** permitieron observar diferencias muy pequeñas en los controles realizados al mes, tres y seis meses. Aunque el porcentaje de sujetos acumulados en las categorías de mayor validez fue mayor en los controles, las diferencias fueron muy pequeñas: El porcentaje acumulado de sujetos en los grados 0,1 y 2 fue del 46,6% al ingreso, ascendió al

55,7 % en el control realizado al mes, luego descendió hasta el 51 % a los tres meses y nuevamente hasta el 48,3% al sexto mes (todavía superior al basal). Realizando la misma estrategia llevada a cabo con los valores de CRF al ingreso de dar carácter cuantitativo a las categorías, obtuvimos medias de 2,40 al mes, 2,42 al tercer mes y 2,34 al sexto mes. Todos ellos valores por debajo de la media de 2,69 obtenida al ingreso que también avalan una reducción del grado de incapacidad.

Este discreto descenso de la media de CRF registrado en la población global se observó igualmente al analizar la muestra por sexos observándose una mayor contribución de la población femenina a este descenso. En ésta se pasó de una media de 2,86 al ingreso a 2,42 a los seis meses frente al varón que pasó de 2,36 a 2,17.

En el **índice de Katz** también se observó un acúmulo progresivo de sujetos en las categorías que acreditaban mayor autonomía. Realizando un corte de la muestra en el grupo C y observando el porcentaje de sujetos acumulados en los grupos A, B y C (dependientes para dos ABVD como mucho) comprobamos como al ingreso se encontraba el 39,3 %, ascendió en el control al mes hasta el

44,3% para bajar ligeramente hasta el 42,3 % a los tres meses y al 43,1 % al sexto mes.

Asignando a cada categoría del índice de Katz el número de ABVD afectadas (A = 0, B= 1, C=2 D= 3.....) pudimos obtener la media en cada uno de los controles observando diferencias que resultaron tener significación estadística ($p = 0,006$, Prueba de Friedman)

Al ingreso, como ya se comentó, encontramos un promedio de 3,30 ABVD afectadas por sujeto que descendió a 2,98 al mes, alcanzó la media de 3,05 en el control realizado al tercer mes y 2,95 a los seis meses. La diferencia con respecto a la media de origen al ingreso fue significativa al primer mes ($p = 0,015$, Prueba de Wilcoxon) y al sexto mes ($p = 0,047$, P. de Wilcoxon) pero no al tercero. No alcanzaron significación estadística el resto de diferencias entre las distintas valoraciones.

Analizando por sexos la evolución comprobamos, como ya lo hicimos con la CRF, una mayor contribución de la mujer al descenso del grado de incapacidad. En el varón las medias observadas al ingreso, 1º, 3º y 6º mes fueron respectivamente 2,73; 2,62; 2,80 y 2,66 y ; en la mujer 3,58; 3,16; 3,16 y 3,07.

Atendiendo a la evolución por edades observamos un descenso de la media de ABVD afectadas en cada uno de los controles en todos los tramos de edad, a excepción del grupo más joven, de 65 a 69 años, y en los ancianos comprendidos entre los 90 y 94 años.

En el grupo de sujetos comprendidos entre los 65 y 69 años se registro un empeoramiento funcional (aumento de la media) en los controles realizados al mes y tres meses que se recuperó al sexto mes con medias por debajo de la registrada al ingreso.

En el grupo de sujetos de 90 a 94 años el deterioro funcional fue progresivo desde el ingreso, registrándose medias aumentadas en los controles realizados al mes, tres y seis meses con respecto al basal.

La mejoría funcional observada fue independiente del domicilio de procedencia, observándose en todos los sujetos a excepción de aquellos que ya tenían ayuda a domicilio previamente al ingreso. En los sujetos que vivían solos antes del ingreso se observó una mejoría muy importante al mes y tres meses para volver a los niveles basales al sexto mes.

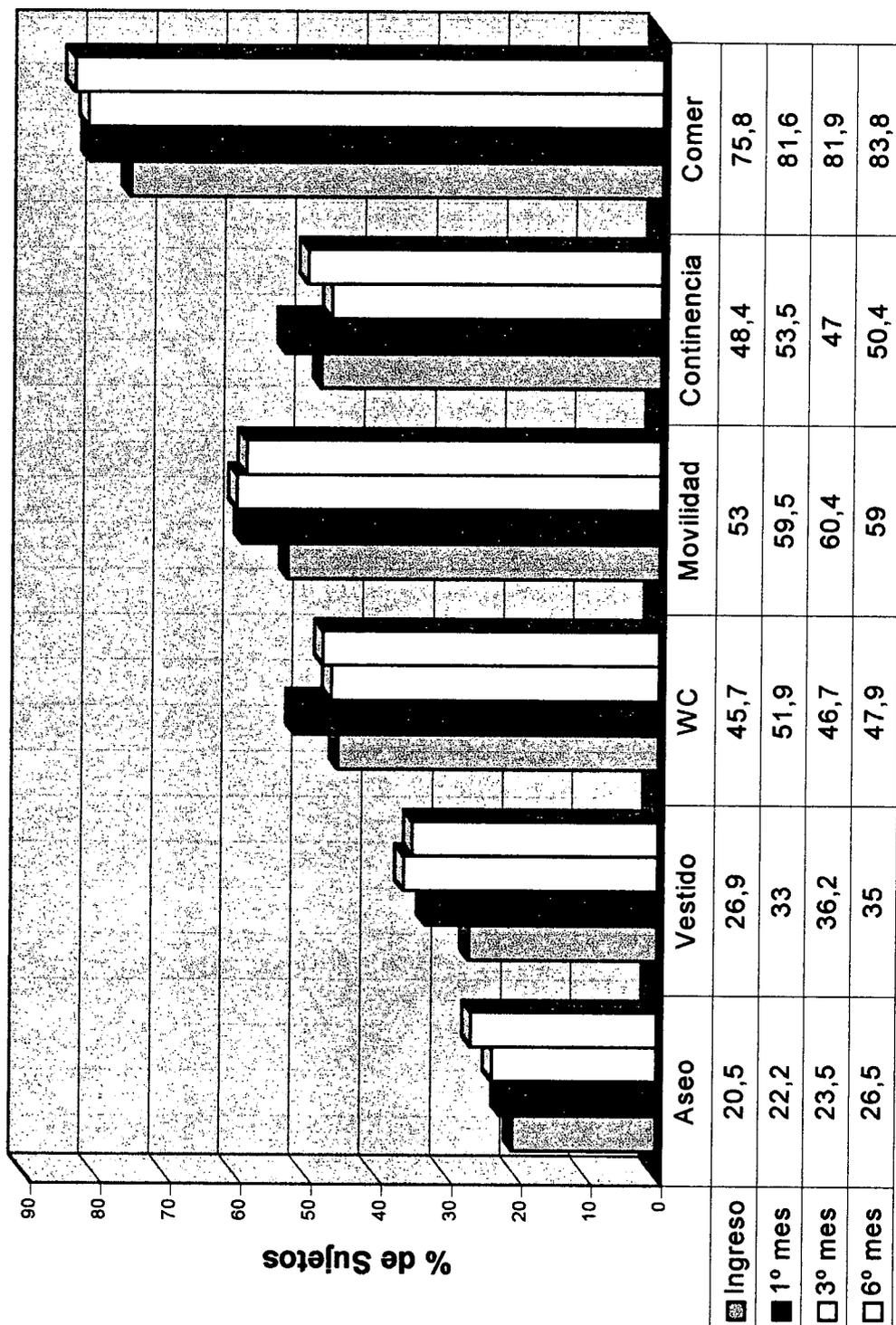


Gráfico 5.14.: Porcentaje de sujetos que ejecutan la ABVD indicada en cada entrevista

Si evaluamos cada una de las ABVD de forma independiente observamos como en cada uno de las visitas se repite el mismo orden del deterioro que ya observamos en la primera, anticipándose la pérdida de la continencia al trastorno de motilidad en contra de la “jerarquía” propuesta por S. Katz.

En el gráfico 5.14 podemos ver como en todas las ABVD aumentó el número de sujetos con capacidad para ejecutar dicha actividad. Esta mejoría se vio en todos los controles con respecto al ingreso aunque el control al sexto mes no siempre fue el mejor cediendo este puesto al primero o tercero según la actividad.

5. ESTADO PSÍQUICO

Para abordar la valoración psíquica de nuestra muestra presentamos los resultados en dos grandes apartados:

- Valoración de la función cognitiva.
- Valoración de la función afectiva.

Dentro de cada uno de estos apartados analizaremos el estado del anciano al ingreso y su evolución durante los seis primeros meses de estancia.

5.1. Función cognitiva

5.1.1. Función cognitiva al ingreso

Aplicando la escala de **Cruz Roja Psíquica (CRP)** comprobamos un alto nivel de deterioro. Sólo se podía mantener una conversación coherente con menos de la mitad (45,7 %) de la población, correspondiente a los niveles 0 y 1. Con algo menos de un tercio (31,8 %) la conversación era posible pero no perfecta (nivel 2). Finalmente la conversación era imposible

mantenerla con lógica en más de la quinta parte (22,6 %), correspondientes a los niveles 3, 4 y 5.

Es importante destacar de estos datos que solo uno de cada cuatro era totalmente normal desde el punto de vista cognitivo (nivel 0), y uno de cada diez tenía una demencia senil severa manteniendo una vida vegetativa y presentando una doble incontinencia (nivel 5). (*Tabla 5.19*).

Transformando cada nivel en su valor cuantitativo homónimo, como ya hicieramos con la CRF, obtenemos una media de la escala CRP de 1,81 con una desviación estándar de 1,61. (Insistimos de nuevo en el carácter ilustrativo de estos “pseudoestadísticos”, que no tienen mayor valor)

Por sexos observamos algunas diferencias notables en la distribución (*Tabla 5.19*). En el nivel 0 (sujetos totalmente normales) se encuentran la tercera parte de los varones (33,3 %) y sólo una de cada cinco mujeres (22,8 %), resultados que se invierten en el nivel 2 (deterioro incipiente donde la conversación es posible pero con

Tabla 5.19.:Cruz Roja Psíquica al ingreso (Total de la población y según sexos)

Nivel CRP	TOTAL POBLACIÓN		VARONES		MUJERES	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
0	57	26,3%	24	33,3%	33	22,8%
1	42	19,4%	13	18,1%	29	20%
2	69	31,8%	17	23,6%	52	35,9%
3	7	3,2%	5	6,9%	2	1,4%
4	18	8,3%	4	5,6%	14	9,7%
5	24	11,1%	9	12,5%	15	10,3%
Media	1,81		1,71		1,86	
Desv. Tip.	1,61		1,70		1,56	

imperfecciones) en el que la mujer alcanza el 35,9 % y el varón sólo el 23,6 %. Estos porcentajes se traducen en una media de 1,71 para el varón y 1,86 para la mujer.

Por edades se repitió el mismo patrón que en la población general con la excepción de los dos grupos extremos (el grupo de 65 a 69 y el de 95 y más) donde la mitad de la población se agrupaba en el nivel 0 . Este hecho generó las medias más bajas de 1,00 y 1,57 para el grupo más añoso y el grupo más joven respectivamente. El grupo con mayor deterioro cognitivo, con la media de CRP más alta, fue el de 85 a 89 años que alcanzó una media de 2,00.

Encontramos importantes diferencias en la situación cognitiva del sujeto en función del motivo que había condicionado su ingreso, de modo que cuando el ingreso era voluntario, por soledad o acompañando a otra persona (cónyuge, hermano...), todos los sujetos se distribuían entre los niveles 0 y 1 de la CRP. Cuando el ingreso estaba condicionado por un problema social, el 90 % se distribuían en las categorías 0, 1 y 2. Finalmente cuando el motivo de ingreso era por necesidad de asistencia podíamos encontrar sujetos distribuidos en todos los niveles de la CRP.

El deterioro más alto según la escala lo presentaban los que ingresaron por necesidad de asistencia (media = 2,01), se-

guidos de aquellos que lo hacían por problemática social (media = 1,10) y de forma voluntaria (media = 1). Los que mejor nivel cognitivo mostraron fueron los que ingresaban acompañando a otra persona (media = 0,17) y los que lo hacían por soledad (0,25).

Analizando la procedencia encontramos un mayor deterioro psíquico en aquellos que procedían de otra Residencia (media = 2,29) seguido de los que venían de convivir en la casa de algún familiar (media = 1,72) y de los que convivían con su pareja (media = 1,56). Los que presentaron mejor nivel cognitivo fueron aquellos que vivían solos (media = 1,26) o solos con ayuda a domicilio (media = 1,06).

El **Mini Examen cognoscitivo de Lobo** fue posible realizarlo en 200 sujetos al ingreso, obteniendo una media de 21,29

puntos con desviación típica de 8,84 y puntuaciones que recorrieron todo el espectro de 0 a 35 puntos.

Para la valoración de los resultados utilizamos los puntos de corte ya comentados en la metodología: Deterioro cognitivo severo (de 0 a 14 puntos), Deterioro cognitivo moderado (de 15 a 19), Deterioro cognitivo leve (de 20 a 23), Déficit incipiente (de 24 a 29) y Normalidad cognitiva (de 30 a 35).

Según estas categorías obtuvimos un 53 % de deterioro cognitivo, que fue leve en el 8,5 %, moderado en el 19,5 % y severo en el 25 % de los sujetos. Sólo un sujeto de cada cuatro (24 %) quedó incluido en el grupo de normalidad cognitiva y el 23 % presentaba puntuaciones compatibles con deterioro incipiente de dicha función (*Gráfico 5.15*).

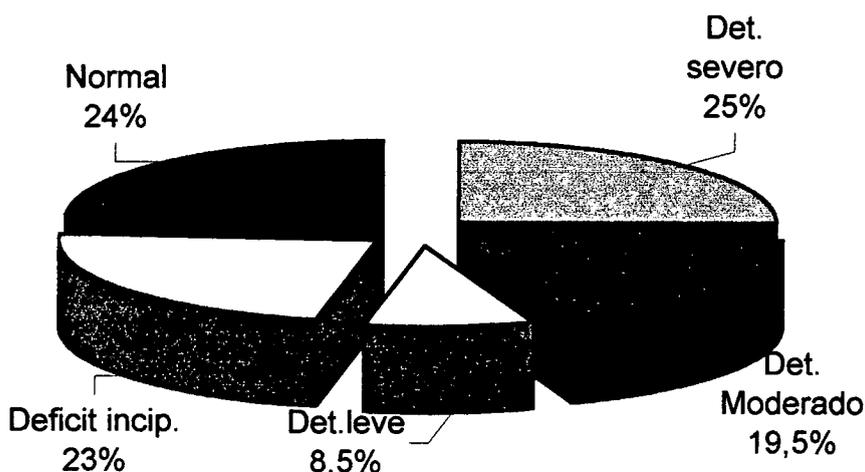


Gráfico 5.15: Función cognitiva según puntuación del Mini Examen Cognoscitivo al ingreso en la Residencia

Por sexos el varón alcanzó una media de 23,62 frente a la mujer que llegó al 20,13 . Esta diferencia de medias fue estadísticamente significativa ($p = 0,008$, T de Student).

En el caso del varón se objetivó algún grado de deterioro cognitivo en el 36,4 % y en la mujer alcanzó el 61,1 % (Tabla 5.20).

Se registraron diferencias importantes entre los distintos tramos de edad que, en algunos casos, superaron los cinco puntos. El grupo con mejor nivel cognitivo fue el de 75 a 79 años con una media de 24,56 en la puntuación del MEC, y que fue el único cuya media se situó por encima del punto de corte de deterioro cognitivo. Le siguió el grupo más joven de 65 a 69 años con media de 23, a discreta distancia del más añoso (95 y más años) con una media de 21,5. El resto de las posiciones las ocuparon, en orden decreciente de puntuación, el grupo de 70 a 74 años (media de 21,22), el de 80 a 84 (media = 21), el de 85 a 89 (media= 20,41) y finalmente el de 90 a 94 (media =19,19)

No obstante el ANOVA de un factor no mostró diferencias significativas en la puntuación del MEC según los tramos de edad arriba referidos. Las pruebas “post

hoc” realizadas (Scheffé y Bonferroni) confirmaron la ausencia de diferencias entre las diferentes categorías.

Abundando en el efecto de la edad sobre la función cognitiva se calculó la media del MEC entre los sujetos menores de 80 años y los que tenían esta edad o más. En el primer grupo (65 a 79 años) la media fue de 23,52 (+/- 8,11) y en el grupo en el que se encontraban los sujetos más mayores (80 y más años) el MEC descendió hasta una media de 20,16 (+/-9,01). En este caso las diferencias observadas si alcanzaron significación estadística con $p= 0,01$ (T de Student).

La situación cognitiva era también diferente según el domicilio de procedencia del sujeto, de forma que aquellos que vivían solos (media 23,35), con su pareja (23,46) y solos con ayuda a domicilio (23,72) se ubicaron en torno al punto de corte para el deterioro cognitivo, y los que vivían con otros familiares (21,23) o procedían de otra Residencia (18,50) se acomodaron claramente por debajo de dicho punto. Las diferencias observadas no alcanzaron significación estadística (ANOVA, Scheffé y Bonferroni)

Más importantes fueron las diferencias encontradas en el rendimiento del

Tabla 5.20.: Mini Examen Cognoscitivo al ingreso (Total de la población y según sexos)

Mini Examen Cognoscitivo	TOTAL POBLACIÓN		VARONES		MUJERES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Deterioro cognitivo severo (MEC: 0-14)	50	25 %	15	22,7 %	35	26,1 %
Deterioro cognitivo moderado (MEC: 15-19)	39	19,5 %	6	9,1 %	33	24,6 %
Deterioro cognitivo leve (MEC: 20-23)	17	8,5 %	3	4,5 %	14	10,4 %
Déficit incipiente (MEC: 24-29)	46	23 %	19	28,8 %	27	20,1 %
Normalidad cognitiva	48	24 %	23	34,8 %	25	18,7 %
Media MEC		21,29		23,62		20,13

MEC según el nivel de estudios del sujeto ($p < 0,001$, ANOVA). La población analfabeta mostró una media de 14,27 (+/- 6,92), muy por debajo de las observadas en el resto de grupos ($p < 0,01$ en todos los casos, Scheffe y Bonferroni). El grupo de estudios primarios alcanzó una media de 21,79 (+/- 7,9), el de estudios medios de 27,33 (+/- 9,98) y el que obtuvo mayor puntuación fue el escaso grupo de sujetos con estudios superiores que llegó a 32,33 (+/- 2,52).

Encontramos también diferencias entre los sujetos según la causa que motivó el ingreso ($p < 0,001$, ANOVA). El mejor rendimiento cognitivo fue para aquellos que ingresaban en la Residencia como acompañantes (media = 31,3 +/- 1,63), seguidos de los que lo hacían por soledad (29,5 +/- 4,03) o por problemática social (26 +/- 7,45), todos ellos por encima del punto de corte para deterioro cognitivo. El grupo más numeroso, que ingresó por necesidad de asistencia, mostró la media más baja del MEC alcanzando sólo los 20,02 (+/- 8,64) puntos. Este grupo mostró diferencias significativas con los que ingresaron por soledad ($p = 0,003$, Scheffe) y para acompañar a otra persona ($p = 0,015$, Scheffe). Sólo hubo un ingreso voluntario y presentó un MEC de 26. (Tabla 5.21).

Se observó una fuerte correlación negativa entre las dos escalas utilizadas para la valoración cognitiva, de forma que la puntuación del MEC disminuía a medida que ascendía el nivel de CRP (Rho de Spearman = -0,869, $p = 0,001$),

El MEC se correlacionó sólo débilmente y de forma positiva con la puntuación del índice de Lawton (Coef. Correlación de Spearman 0,601 con significación bilateral al nivel 0,01). Este hecho se interpreta como una mejoría del rendimiento cognitivo, al menos en las áreas evaluadas por el MEC, a medida que mejoraba la independencia del sujeto en la ejecución de las actividades instrumentales de la vida diaria.

El MEC no se correlacionó con el índice de Katz, la escala de depresión geriátrica de Yesavage, la actitud ante el ingreso, el número de diagnósticos ni el número de fármacos, ni de dosis, consumidos a la entrada del Mayor en la Residencia.

5.1.2. Evolución de la función cognitiva en los seis primeros meses

La **escala de Cruz Roja Psíquica** en la población global no mostró variaciones durante los seis meses de seguimiento del

Tabla 5.21.: Mini Examen cognoscitivo al ingreso según edad, procedencia, nivel de estudios y motivo de ingreso

EDAD		PROCEDENCIA		NIVEL DE ESTUDIOS		MOTIVO DE INGRESO	
Tramo de Edad	Media	Domicilio procedencia	Media	Estudios	Media	Motivo	Media
65-69 años	23	Vivia solo	23,35	Sin alfabetizar	14,27	Asistencia	20,20
70-74 años	21,22	Con pareja	23,46	Estudios Primarios	21,79	Soledad	29,5
75-79 años	24,56	Sólo con ayuda a domicilio	23,72	Estudios Medios	27,33	Problema Social	26
80-84 años	21	Con familia	21,23	Estudios Superiores	32,33	Acompañamiento	31,3
85-89 años	20,41	Otra Residencia	18,50	-	-	Voluntario	26
90-94 años	19,19	-	-	-	-	-	-
95 y más	21,5	-	-	-	-	-	-

estudio, observando medias al ingreso, mes, tres y seis meses de 1,81; 1,75; 1,80 y 1,75 respectivamente. (Tabla 5.22).

Por sexos se mantuvo el mejor rendimiento cognitivo en el varón en todas las entrevistas realizadas frente a la mujer. En el varón se observó una mejoría progresiva del rendimiento cognitivo desde el ingreso (la media de la CRP descendió de 1,71 al ingreso a 1,40 a los seis meses). En la mujer no se modificó apreciablemente los valores observados en la CRP durante los seis meses (la media de 1,86 del ingreso pasó a 1,90 a los seis meses).

Por edades se observó un empeoramiento de la función cognitiva (aumento de la media de CRP) en las edades comprendidas entre 80 y 84 años (media al ingreso de 1,62 vs. 1,74 a los seis meses), 90 a 94 años (2,11 vs. 2,15) y 95 y mas (1 vs. 1,67). En el lado opuesto encontramos aquellos grupos etarios en los que mejoró esta función (deducida de un descenso de la media de CRP) que fueron los comprendidos entre de 65 y 79 años y los de 85 a 89 (Tabla 5.22).

Valorando la evolución de la función cognitiva en función de la procedencia del sujeto observamos su mejoría en aque-

llos que vivían solos (1,26 vs. 1,06) y aquellos que procedían de otra Residencia (2,29 vs. 1,92). Los que vivían con su pareja (1,56 vs. 1,55) u otros familiares (1,72 vs. 1,71) mantuvieron estable su puntuación y los que vivían solos con ayuda a domicilio (1,06 vs. 1,30) vieron empeorar su rendimiento cognitivo..

La evolución de la CRP según el nivel de estudios mostró una mejora cognitiva muy importante en los que tenían un nivel de estudios superiores (2,50 vs. 0,50) y algo más discreta en los sujetos sin alfabetizar (1,94 vs. 1,75). Apenas se modificó en aquellos con estudios primarios (1,50 vs. 1,48) y medios (0,87 vs. 0,90).

De acuerdo al motivo que dio lugar al ingreso se comprobó una mejoría en aquellos que ingresaron por necesidad de asistencia (2,01 vs. 1,92) o soledad (0,25 vs. 0,13), un empeoramiento en los que lo hicieron por un problema social (1,10 vs. 1,33) y no se modificó en las demás categorías.

En el **Mini Examen Cognoscitivo de Lobo** apenas se modificó medio punto durante la estancia de seis meses. La media de 21,29 +/- 8,84 del ingreso pasó a 21,65 +/- 9,37 al mes; 21,22 +/- 9,54 a los tres meses y 21,9 +/- 9,26 a los seis meses

Tabla 5.22.: Evolución de la media en la escala de Cruz Roja Psíquica en los seis primeros meses

PARÁMETRO		MEDIA CALCULADA			
		CRP ingreso	CRP 1º mes	CRP 3º mes	CRP 6º mes
TOTAL	Total Muestra	1,81	1,75	1,80	1,75
	SEXO				
	Varón	1,71	1,46	1,57	1,40
	Mujer	1,86	1,88	1,90	1,90
EDAD	65-69	1,57	1,33	0,8	0,75
	70-74	1,61	1,56	1,57	1,36
	75-79	1,61	1,39	1,45	1,52
	80-84	1,62	1,60	1,84	1,74
	85-89	2	1,98	1,89	1,85
	90-94	2,11	2,18	2,13	2,15
	95 y más	1	1,5	1,5	1,67
ESTUDIOS	Analfabeto	1,94	2,06	1,92	1,75
	Primarios	1,50	1,52	1,53	1,48
	Medios	0,87	0,93	1,09	0,90
	Superiores	2,50	0,33	0,50	0,50
VIVIENDA	Sólo	1,26	1,27	1,14	1,06
	Con Pareja	1,56	1,29	1,23	1,55
	Sólo+A.D.	1,06	1,07	1,36	1,30
	Familia	1,72	1,61	1,70	1,71
	Residencia	2,29	2,26	2,24	1,92
MOTIVO	Asistencia	2,01	1,94	1,94	1,92
	Soledad	0,25	0,25	0,13	0,13
	Prob. Soc	1,10	1	1,29	1,33
	Acompaña	0,17	0	0	0
	Voluntario	1	1	-	-

de permanencia en la Residencia.. Estas diferencias en ningún caso alcanzaron significación estadística (T de Student) (Tabla 5.23)

En la mujer se observó un mantenimiento de la situación cognitiva (20,13 al ingreso vs. 20,32 a los seis meses) frente a una mejoría registrada en el varón (23,62 vs. 25,65) . Las diferencias observadas alcanzaron una diferencia estadísticamente significativa en los controles basales y en los realizados al mes y los seis meses ($p < 0,05$, T de Student), pero no al tercer mes en el que el varón presentó un ligero descenso de la media del MEC.

Según la edad se observó una importante mejoría a los seis meses en los sujetos de 65 a 69 años (23 vs. 27,33), aunque esta diferencia carece de valor dada la escasez de sujetos de este grupo en el sexto mes. En todos los sujetos con edades comprendidas entre los 70 y 89 años se observó un incremento más discreto de la media del MEC, que sólo alcanzó 1,4 puntos en el mejor de los casos, entre el ingreso y el sexto mes. (Tabla 5.23). En sujetos con edades comprendidas entre 90 y 94 años (19,19 vs. 18) y con 95 o más años (21,5 vs. 19,67) se registró una disminución discreta del rendimiento

cognitivo.

Mejóro la función cognitiva en los sujetos con estudios primarios (21,79 vs. 22,74) y más discretamente en los sujetos sin alfabetizar (14,27 vs. 14,71). Por el contrario se observó un empeoramiento en los ancianos con un nivel de estudios medios (27,33 vs. 26,40) que fue mucho más importante en aquellos que tenían un nivel de estudios primarios (21,79 vs. 22,74).

Según la procedencia del anciano vimos como los que convivían previamente con su pareja sufrieron una importante reducción de la puntuación obtenida en el MEC (23,46 vs. 20,50). Aquellos que vivía con familiares se mantuvieron estables (21,23 vs. 21,23) y los que vivían solos con ayuda a domicilio (23,72 vs. 25) o sin ella (23,35 vs. 24,88) y los que procedían de otra Residencia (18,15 vs. 21,95) mejoraron su rendimiento en el test..

5.2. Función afectiva

5.2.1. Función afectiva al ingreso

En la entrevista al ingreso se descartó realizar el Yesavage a aquellos sujetos en situación de deterioro muy avanzado, sobre todo cognitivo, en los que no era

Tabla 5.23.: Evolución del Mini Examen Cognoscitivo en la Residencia.

PARÁMETRO		MEDIA CALCULADA			
		MEC Ingreso	MEC 1° mes	MEC 3° mes	MEC 6° mes
TOTAL	Total Muestra	21,29	21,65	21,22	21,9
	SEXO				
	Varón	23,62	24,27	23,26	25,65
	Mujer	20,13	20,40	20,29	20,32
EDAD	65-69	23	20,60	27	27,33
	70-74	21,22	22,5	22,64	22,64
	75-79	24,56	25,73	25,453	25,17
	80-84	21	21,4	19,65	21,85
	85-89	20,41	20,42	20,61	20,73
	90-94	19,19	18	17,14	18
	95 y más	21,5	22	20,50	19,67
ESTUDIOS	Analfabeto	14,27	14,20	14,18	14,71
	Primarios	21,79	22,36	22,02	22,74
	Medios	27,33	26,79	25,73	26,40
	Superiores	32,33	32	31	30
VIVIENDA	Sólo	23,35	24,76	24,59	24,88
	Con Pareja	23,46	23,88	21,92	20,50
	Sólo+A.D.	23,72	24,36	21,82	25
	Familia	21,23	21,32	21,79	21,23
	Residencia	18,15	19	18,39	21,95

valorable la realización de esta escala a juicio del examinador. Excluyendo a estos sujetos, se pudo recoger este dato en 174 ancianos alcanzando una media de 12,21 puntos con una desviación típica de 6,61 y un rango que se extendía desde 0 a 28 puntos.

Por categorías, según la clasificación referida en el apartado de metodología, la depresión estaría presente en el 54,6 % de la población al ingreso, qué sería leve en el 39,1% (Yesavage de 11 a 20 puntos) y grave en el 15,5% (Yesavage de 21 a 30 puntos) (Gráfico 5.16)

El varón mostró valores por debajo del punto de corte para la depresión (media 10,02 +/- 6,26) frente a la mujer que se ubicó por encima de este límite (media de 13,37 +/- 6,52), con una diferencia que resultó estadísticamente signifi-

cativa ($p=0,001$, T de Student). Por categorías se objetivó depresión en el 41,7 % de los varones (30% leve-moderada y 11,7% grave) y en 61,4% de las mujeres (43,9% leve-moderada y 17,5 % grave). (Tabla 5.24.)

El grupo de más edad , 95 y más años, mostró también la media más alta en el Yesavage (media de 13,75 +/- 6,40), seguido del grupo de 80 a 84 (13,14 +/- 6,89) y del de 85 a 89 (12,87 +/- 6,19). Por abajo la menor puntuación, y consecuentemente el menor grado de depresión asignado según la escala, fue para el grupo de edad comprendido entre los 90 y 94 años (media de 9,85 +/- 5,64), seguido, a cierta distancia, por el grupo de 70 a 74 (10,47 +/- 6,67) y el de 65 a 69 (10,75 +/- 6,70). En cualquier caso las diferencias observadas entre los diferentes grupos no resultó ser estadísticamente significati-

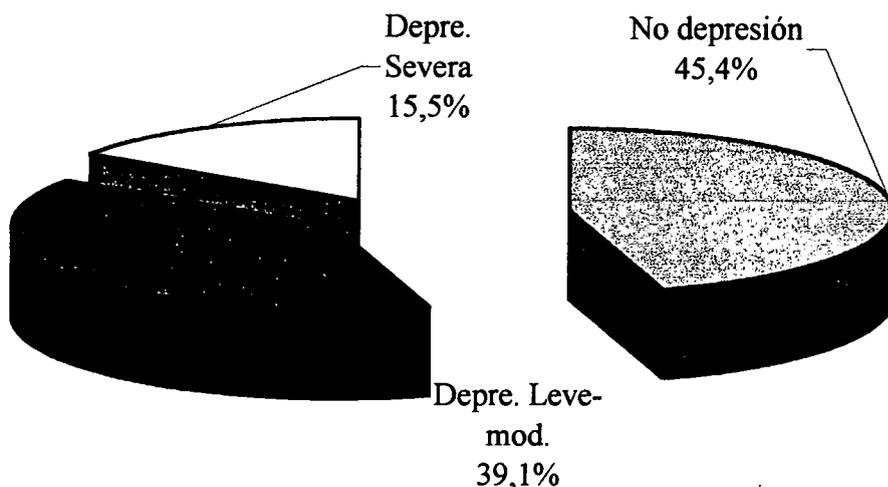


Gráfico 5.16.: Escala de depresión Geriátrica de Yesavage al ingreso en la Residencia

Tabla 5.24.: Escala de depresión de Yesavage al ingreso en la Residencia

	Sexo		Estado Civil						
	Total	Varón	Mujer	Soltero	Casado	Viudo	Separado	Divorciado	
Media	12,21	10,02	13,37	11,88	10,03	13,14	15,0	9,0	
	Edades (años)								
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95 y más		
Media	10,75	10,47	11,07	13,14	12,87	9,85	13,75		
	Estudios			Motivo de ingreso					
	Analfab	E. Prim	E. Med	E. Sup	Asisten.	Soledad	Prob. Soc	Acompa.	Volunta.
Media	13,5	11,99	11,92	18,67	12,73	9,92	12,33	5,67	9,0
	Procedencia (vivía...)								
	Solo	Pareja	Solo+AD	Familia	Residen.				
Media	14,10	9,73	9,44	12,57	11,97				

va en ningún caso (ANOVA, Scheffé y Bonferroni). Igualmente se observó una mayor puntuación en los sujetos con 80 años y más (12,90 +/- 6,56) frente a los de 65 a 79 (10,90 +/- 6,55) ($p = 0,057$, T de Student)

Según el estado civil, los dos sujetos separados denotaron el mayor grado de depresión con una media de 15 puntos y el único divorciado se mostró como el menos deprimido con 9 puntos en la escala. No obstante estas cifras resultaron más anecdóticas que estadísticas dada la escasez de sujetos en ambas categorías. Observando el resto de situaciones civiles observamos una media más alta en los viudos (13,14 +/- 6,45) y más baja en los casados (10,03 +/- 6,80). Entre estas dos categorías se ubicó el grupo de los solteros con una media de 11,88 (+/- 6,7). Las diferencias no fueron significativas desde el punto de vista estadístico ($p = 0,126$, ANOVA).

El nivel de estudios tampoco influyó en la presencia de depresión ya que las diferencias encontradas no alcanzaron significación estadística ($p = 0,32$, ANOVA). Los ancianos con estudios superiores obtuvieron la puntuación más alta (18,67 +/- 5,69), seguidos de los no alfabetizados (13,5 +/- 6,24), los que poseían estudios

primarios (11,99 +/- 6,59) y finalmente de los que tenían estudios medios (11,92 +/- 7,35)

Tampoco tuvieron significación estadística las amplias variaciones encontradas según el motivo de ingreso, posiblemente condicionado por el escaso número de sujetos en algunas de las categorías (Asistencia: media de 12,73 +/- 6,75; Soledad: 9,92 +/- 5,74; Problema Social: 12,33 +/- 6,06; Acompañamiento: 5,67 +/- 3,61 y Voluntario: 9).

Los que vivían solos previamente al ingreso mostraron el índice más alto de depresión, asignado por la mayor media (14,10 +/- 7,39), seguidos de los que convivían con familiares (12,65 +/- 6,52), los que procedían de otra Residencia (12,07 +/- 5,43), los que vivían en casa con su pareja (9,73 +/- 7,09) y los que vivían solos con ayuda a domicilio (9,44 +/- 6,19). Las diferencias, no obstante, no resultaron ser significativas ($p = 0,065$, ANOVA).

No se encontró ninguna correlación entre la puntuación obtenida en la escala de Yesavage y la situación funcional (IK e IL), la situación cognitiva (MEC) o la situación clínica (nº de diagnósticos y fármacos consumidos).

5.2.2. Evolución de la función afectiva en los seis primeros meses

Durante la estancia del Mayor en la Residencia se observó un descenso progresivo de la puntuación obtenida en el Yesavage al ingreso (media de 12,21) hasta alcanzar los dos puntos al sexto mes (media = 10,25). La diferencia de medias resultó significativa entre el control al inicio y al sexto mes ($p= 0,007$, T de Student) y entre el realizado al mes de estancia (media = 11,63) y nuevamente el sexto mes ($p = 0,039$, T de Student). El valor medio alcanzado en el control realizado al tercer mes (11,39) no presentó diferencias significativas con el resto. (Tabla 5.25)

Este descenso de la media de la escala de Yesavage en la población total se reprodujo en el análisis por sexos. El varón, que ya partía con valores más bajos al ingreso, mostró un descenso de la puntuación discretamente mayor que el de la mujer, de forma que el varón paso de una media de 10,02 puntos al ingreso a 7,79 puntos a los seis meses y la mujer lo hizo de 13,37 a 11,40. Las diferencias observadas por sexo siguieron siendo estadísticamente significativas al 6º mes ($p= 0,01$, T de

Student)

Mientras en los sujetos solteros se observó un discreto incremento de la puntuación al sexto mes con respecto al ingreso (11,88 al ingreso vs. 12,14 al sexto mes), en los viudos disminuyó su media (13,14 vs. 10,84) pero en menor medida que en los casados (10,03 vs. 4,83).

Valorando el domicilio de procedencia se objetivó un incremento casi inapreciable de la puntuación en los que previamente vivían solos (14,10 vs 14,27) o en otra Residencia (11,97 vs 12,16), y un descenso superior a los tres puntos en los sujetos que vivían en pareja (9,73 vs 6,25) , solos con ayuda a domicilio (9,44 vs 5,67) o con otros familiares(12,57 vs 9,43).

Atendiendo a la edad se observó un incremento importante del deterioro anímico en el grupo más joven (65 a 69 años) que superó los 4 puntos a los seis meses de estancia. (10,75 vs 15,0). Este incremento también se observó, aunque de forma más atenuada, en el grupo de edades comprendidas entre los 90 y 94 años. En el resto de los grupos la puntuación del Yesavage disminuyó de forma progresiva durante los seis primeros meses de estancia.

Tabla 5.25.: Evolución de la escala de depresión de Yesavage (GDS)

PARÁMETRO		MEDIA ESCALA GDS			
		Ingreso	1º mes	3º mes	6º mes
T O T A L	Total Muestra	12,21	11,63	11,39	10,25
	S E X O	Varón	10,02	9,7	9,32
	Mujer	13,37	12,66	12,39	11,40
E D A D	65-69	10,75	14,67	13,0	15,0
	70-74	10,47	10,86	9,87	6,40
	75-79	11,07	10,71	10,56	9,30
	80-84	13,14	12,35	12,86	11
	85-89	12,87	12,69	11,50	11,05
	90-94	9,85	10,08	11,18	11,90
	95 y más	13,75	8,0	10,0	8,0
E S T U D I O S	Analfabeto	13,5	14,27	13,5	14,57
	Primarios	11,99	11,07	10,89	9,44
	Medios	11,92	12,33	13,10	11,44
	Superiores	18,67	18	14	16,5
V I V I A	Sólo	14,10	13,50	13,75	14,27
	Con Pareja	9,73	7,31	8,4	6,25
	Sólo+A.D.	9,44	8,5	5,45	5,67
	Familia	12,57	12,34	11,30	9,43
	Residencia	11,97	11,56	13,78	12,16
E. C I V I L	Soltero	11,88	10,94	12,32	12,14
	Casado	10,03	8,68	6,94	4,83
	Viudo	13,14	12,77	12,24	10,84
	Separado	15,0	14,5	12,0	12,0
	Divorciado	9,0	3,0	8,0	2,0

6. SATISFACCIÓN DE LA ESTANCIA

Al ingreso había un 25,4% de sujetos que manifestaron su insatisfacción con el ingreso a través de los ítems “mal, “muy mal” o “regular”. Al mes del ingreso el porcentaje de sujetos que manifestaba su insatisfacción por la estancia en el Centro, puntuando en los mismos ítems referidos, alcanzó el 28,3 % . Esta cifra evolucionó de forma errática descendiendo al tercer mes hasta el 24 % para ascender de nuevo en la última entrevista hasta el 28,9 %.

En el ánimo de hacer más gráficos los resultados asignamos un valor numérico a cada una de las categorías, de forma que a la categoría “muy mala” le correspondía un 1, a “mala” un 2, “regular” un 3, “bien” un 4 y “muy bien” un 5.

Según estos nuevos cálculos comprobamos que su grado de satisfacción ante la estancia en el Centro apenas se modificó, de forma que realizando la media de los valores asignados según las categorías descritas obtuvimos al ingreso 3,81 puntos, se elevó ligeramente hasta 3,89 al mes, volviendo a los niveles previos a los tres (3,81) y seis meses (3,82). (Tabla 5.26.)

En el varón se objetivó una disminución progresiva de su índice de satisfacción en la Residencia, al contrario que en la mujer que manifestó niveles más altos de satisfacción al sexto mes. No obstante las variaciones fueron muy discretas: el varón pasó de 3,83 al ingreso a 3,77 al sexto mes frente a la mujer que pasó de 3,80 a 3,85.

Más apreciables fueron las diferencias observadas según la edad, que fueron desde la disminución progresiva del grado de satisfacción en el grupo más joven, de 65 a 69 años, (4,20 al ingreso frente a 3,50 a los seis meses) hasta el aumento progresivo en el grupo de 95 y mas años (3 vs 4,5). El grado de confort aumentó en los seis meses en los grupos de 70 a 84 años y disminuyó en los de 85 a 94 años.

Los solteros, casados y divorciados disminuyeron progresivamente su grado de confort y los viudos y separados se mostraron más satisfechos a los seis meses de estancia que lo manifestado al ingreso.

El nivel de satisfacción disminuyó tanto en los analfabetos (4,42 vs 4,14) como en los que tenían estudios superiores,

Tabla 5.26.: Nivel de satisfacción al ingreso y durante la estancia en la Residencia

	SEXO		ESTAD CIVIL						
	Varón	Mujer	Solter	Casado	Viudo	Separad	Divorcia		
TOTAL									
Total									
Act1	3,83	3,80	3,82	4,00	3,72	4,00	3,00		
Act2	3,90	3,88	4,03	3,96	3,79	4,50	4,00		
Act3	3,66	3,89	3,52	3,83	3,91	4,00	2,00		
Act4	3,70	3,85	3,61	3,79	3,87	5,00	4,00		
	EDAD (años)								
	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95 y más			
65-69									
Act1	3,94	3,83	3,63	3,95	3,93	3,00			
Act2	4,00	3,82	3,71	3,97	4,08	4,00			
Act3	3,83	3,78	3,82	3,70	4,00	3,50			
Act4	4,20	3,91	3,86	3,62	3,45	4,50			
	ESTUDIOS			PROCEDENCIA					
	Analfabeto	Primario	Medios	Superiores	Sólo	Pareja	Solo+AD	Familia	Residen
Act1	4,42	3,75	3,80	4,33	3,50	3,70	4,50	3,83	3,85
Act2	3,75	3,92	4,00	3,00	4,11	3,93	4,21	3,86	3,81
Act3	4,10	3,80	3,82	2,50	3,95	3,67	4,27	3,82	3,64
Act4	4,14	3,82	3,80	3,00	3,94	3,90	4,11	3,84	3,67

(Media calculada según respuesta: muy mal: 1; mal: 2; regular: 3; bien: 4; muy bien: 5) (Act1: actitud al ingreso; Act2: satisfacción al mes del ingreso; Act3: satisfacción al tercer mes; Act4: satisfacción al sexto mes)

aunque en estos últimos en mayor grado (4,33 vs 3,0). Los que tenían estudios primarios y de nivel medio apenas modificaron su actitud durante los seis meses.

En relación con el motivo de ingreso mejoró el nivel de satisfacción en los que ingresaban por soledad, y aún más en los que lo hacían condicionados por un problema social y, prácticamente, no se modificó en los que ingresaron en la Residencia por necesidad de asistencia.

Según el domicilio de procedencia se observó un incremento del nivel de satisfacción en aquellos que vivían solos o

con su pareja y una disminución en los que vivían solos con ayuda a domicilio y los que procedían de otra Residencia. En los que convivían con la familia previamente al ingreso apenas se observaron modificaciones.

No se observaron correlaciones con significación estadística entre el nivel de satisfacción mostrado en el sexto mes y la situación cognitiva registrada según el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, la situación afectiva de acuerdo a la escala de depresión geriátrica de Yesavage o la situación funcional acreditada por el Índice de Katz.

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS POR CENTROS

7.1. Rentabilidad diagnóstica

Como ya se comentó, comparamos los resultados según titularidad, tamaño e infraestructura asistencial (con o sin rehabilitación) en cortes realizados a los tres y seis meses. Como valores de referencia diremos que la media de nuevos diagnósticos fue de 0,96 a los tres meses (DT:1,13) y 1,34 a los seis meses (DT: 1,38)

7.1.1. Según Titularidad

Los centros Públicos fueron los que más diagnosticaron mostrando una media de nuevos diagnósticos más alta que el resto a los tres y seis meses (1,41 +/-1,08 y 1,72 +/-1,21 nuevos diagnósticos respectivamente). Le siguieron los Centros Privados Concertados y cerraron el grupo las Residencias Privadas no concertadas (*Tabla 5.27.*)

Las diferencias observadas fueron significativas a los tres meses ($p = 0,008$, Kruskal-Wallis) pero no a los seis meses ($p = 0,057$, Kruskal-Wallis).

7.1.2. Según Tamaño

Las Residencias de tamaño mediano fueron las que mostraron mayor rentabilidad terapéutica en los dos cortes (medias de 1,16 +/- 1,32 a los tres meses y 1,59 +/- 1,44 a los seis meses), seguidos de las grandes y finalmente de las pequeñas.

Las diferencias no fueron significativas en los controles realizados al tercer mes ($p = 0,13$, Kruskal-Wallis) ni al sexto mes ($p = 0,17$, Kruskal-Wallis)

7.1.3. Según Infraestructura

Los Centros con rehabilitación identificaron más diagnósticos a los tres (media de 1.06 +/- 1,19) y a los seis meses (media 1,44 +/- 1,45). La diferencia con los Centros que no tenían rehabilitación fue significativa en el control realizado a los tres meses ($p = 0,05$, U de Mann-Whitney), pero no el realizado a los seis ($p = 0,13$, U de Mann-Whitney)

Tabla 5.27.: Rentabilidad diagnóstica según tipo de Residencia

Tipo de Residencia		Media de nuevos diagnósticos	
		3° Mes	6° Mes
T I T U L A R I D A D	Pública	1,41	1,72
	Privada No concertada	0,58	0,85
	Privada Concertada	0,96	1,34
T A M A Ñ O	Pequeña	0,58	0,85
	Mediana	1,16	1,59
	Grande	0,95	1,30
I N F R A E	Sin Rehabilitación	0,58	0,85
	Con Rehabilitación	1,06	1,44

7.2. Manejo farmacológico

Al igual que en el apartado anterior se valorarán los resultados según titularidad, tamaño e infraestructura de la Residencia. Como referencia podemos apuntar que la media del incremento en el consumo farmacológico de toda la población del estudio fue de 0,51 (+/- 1,73) a los tres meses y 0,27 (+/- 2,01) a los seis meses.

7.2.1. Según Titularidad

A los tres meses todos las categorías de Centros mostraron un incremento en el consumo farmacológico que fue mayor en las Residencias Privadas Concertadas (media = 0,64 +/- 1,79), seguido de las Públicas y finalmente de las Privadas no concertadas que mostraron el menor aumento en el consumo (*Tabla 5.28.*)

A los seis meses cambió radicalmente el panorama pasando las Residencias Privadas no concertadas a mostrar el mayor aumento (0,55 +/- 1,64), seguido de las Públicas y finalmente las concertadas

Las diferencias no resultaron

con significación estadística ni a los tres ni a los seis meses. ($p = 0,42$ y $p = 0,43$, Kruskal-Wallis, respectivamente)

7.2.2. Según Tamaño

Las residencias medianas mostraron el mayor incremento en el consumo a los tres meses (0,70 +/- 1,62), seguido de las grandes y finalmente las medianas, aunque las diferencias no fueron significativas. ($p = 0,20$, Kruskal-Wallis)

A los seis meses las Residencias Grandes mostraron una disminución en el consumo con respecto al ingreso (-0,14 +/- 1,98). Las Residencias medianas y pequeñas siguieron mostrando un consumo superior al ingreso. Las diferencias entre los tres tipos de Centros tampoco fueron significativas. ($p = 0,09$, Kruskal-Wallis)

7.2.3. Según Infraestructura

Las Residencias sin rehabilitación mostraron menor incremento del consumo a los tres meses con respecto a los Centros con rehabilita-

Tabla 5.28.: Consumo farmacológico según el tipo de Residencia

Tipo de Residencia		Media del incremento del número de fármacos	
		3° Mes	6° Mes
T I T U L A R I D A D	Pública	0,44	0,40
	Privada No concertada	0,13	0,55
	Privada Concertada	0,64	0,14
T A M A Ñ O	Pequeña	0,13	0,55
	Mediana	0,70	0,59
	Grande	0,48	- 0,14
I N F R A E S T R.	Sin Rehabilitación	0,13	0,55
	Con Rehabilitación	0,60	0,21

ción. Este orden se invirtió a los seis meses aunque en ninguno de los cortes las diferencias tuvieron significación estadística. ($p = 0,19$ y $p = 0,44$, Kruskal-Wallis, a los tres y seis meses respectivamente)

7.3. Evolución de la situación funcional

Conviene recordar que para valorar la evolución de la situación funcional por Centros se utilizó el Índice de Katz transformado en su versión numérica según Rubenstein. Con este fin se calcularon las diferencias entre los valores obtenidos en los diferentes cortes temporales del estudio. En el total de la muestra, la diferencia de las medias con respecto al ingreso al tercer y sexto mes fue de $-0,15$ ($\pm 1,26$) y $-0,21$ ($\pm 1,30$) respectivamente. (Tabla 5.29.)

7.3.1. Según Titularidad

Los Centros Privados concertados fueron los únicos que mostraron una disminución de la incapacidad al tercer mes (media de $-0,38$ $\pm 1,15$) frente a las privadas no concertadas que mostraron un discretísimo aumento de la incapacidad y las públicas en las que el

aumento fue algo mayor. La diferencia de medias no fue significativa ($p = 0,12$, Kruskal-Wallis,).

A los seis meses se observó un descenso de la incapacidad en ambas categorías de Residencias privadas, concertadas ($-0,27 \pm 1,28$) y no concertadas ($-0,60 \pm 1,31$). Las públicas siguieron mostrando un incremento de la incapacidad. Nuevamente las diferencias no resultaron tener significación estadística ($p = 0,07$, Kruskal-Wallis,).

7.3.2. Según Tamaño

A los tres meses las Residencias de tamaño mediano presentaron el mayor descenso de la incapacidad (media $-0,33 \pm 1,18$), las grandes mostraron un descenso menos apreciable y las pequeños vieron como se incrementaba la incapacidad de forma muy discreta.

A los seis meses se observó disminución de la incapacidad en Centros grandes y pequeños, y un mantenimiento en los medianos. Las diferencias no fueron significativas a los tres ni a los seis meses ($p = 0,30$ y $p = 0,26$, Kruskal-Wallis, respectiva-

Tabla 5.29.: Evolución de la situación funcional según el tipo de Residencia.

Tipo de Residencia		Diferencia de las medias del Índice de Katz (modificación de Rubenstein) respecto al ingreso	
		3° Mes	6° Mes
T I T U L A R I D A D	Pública	0,22	0,28
	Privada No concertada	0,16	-0,60
	Privada Concertada	-0,38	-0,27
T A M A Ñ O	Pequeña	0,16	-0,60
	Mediana	-0,33	0,06
	Grande	-0,14	-0,30
I N F R A E S T R.	Sin Rehabilitación	0,16	-0,60
	Con Rehabilitación	-0,24	-0,12

mente).

7.3.3. Según Infraestructura

A los tres meses disminuyó la incapacidad en los Centros con rehabilitación y aumentó en los que no la tenían y a los seis meses disminuyó en ambos casos. No obstante no se observó diferencia entre ambos tipos de Residencia en ninguno de los dos cortes. ($p= 0,19$ a los tres meses y $p = 0,14$ a los seis, U de Mann-Whitney).

7.4. Evolución de la situación cognitiva

Como valores de referencia diremos que al tercer mes la media de las diferencias del MEC con respecto al del ingreso fue de +0,26 con una desviación típica de 4,30. Al sexto mes esta media se redujo a más de la mitad, +0,12 +/- 4,19.

A continuación se describen las diferencias entre los Centros según titularidad, tamaño e infraestructura. (Tabla 5.30.)

7.4.1. Según Titularidad

A los tres meses los Centros públicos mostraron una mejoría del

rendimiento cognitivo (media= 0,83 +/- 2,75) que, aunque discreta, fue mayor que la observada en los Centros Concertados. Las Residencias Privadas no concertadas reflejaron una disminución de la puntuación del MEC. Las diferencias observadas no fueron significativas ($p= 0,72$, Kruskal-Wallis,).

A los seis meses se observó un aumento de la puntuación del MEC en los Centros públicos y privados no concertados y un descenso, casi inapreciable, en los privados concertados. Las diferencias entre los diferentes tipos de Centros no fue significativa ($p= 0,87$, Kruskal-Wallis,).

7.4.2. Según Tamaño

Las Residencias medianas mostraron un incremento del MEC a los tres meses, las grandes no variaron y las pequeñas mostraron un discreto descenso. A los seis meses las residencias medianas y grandes mostraron valores muy similares a los del ingreso (ligeramente por debajo y por encima respectivamente) y las pequeñas mostraron un aumento. No se observó diferencia significativa entre estas medias en ninguno de los

Tabla 5.30.: Evolución de la situación cognitiva según el tipo de Residencia.

Tipo de Residencia		Diferencia de las medias del MEC respecto al ingreso	
		3° Mes	6° Mes
T I T U L A R I D A D	Pública	0,83	0,08
	Privada No concertada	-0,11	0,65
	Privada Concertada	0,22	- 0,01
T A M A Ñ O	Pequeña	-0,11	0,65
	Mediana	0,69	-0,04
	Grande	0	0,06
I N F R A E S T R.	Sin Rehabilitación	-0,11	0,65
	Con Rehabilitación	0,36	0,01

dos cortes temporales ($p = 0,73$ y $p = 0,85$, Kruskal-Wallis, a los tres y seis meses respectivamente)

7.4.3. Según Infraestructura

A los tres meses los Centros con rehabilitación mostraron un discreto aumento de la media del MEC y los que no tenían rehabilitación un discreto descenso. A los seis meses ambas tipologías de Centros mostraron un aumento. Las diferencias no fueron significativas ni a los tres ni a los seis meses. ($p = 0,91$ y $p = 0,61$, U de Mann-Whitney, respectivamente).

7.5. Evolución de la situación afectiva

A continuación se exponen los valores de los incrementos de la media, positivos o negativos, de las puntuaciones del Yesavage a los tres y seis meses con respecto al origen según las características de la Residencia. (Tabla 5.31.)

En la población total a los tres meses se observó una pequeña disminución del deterioro anímico según la escala (media = $-0,45 \pm 4,99$), que fue mayor a los seis meses (media = $-1,55 \pm 5,29$).

7.5.1. Según Titularidad

A los tres meses se apreció un aumento del deterioro en las Residencias públicas ($0,57 \pm 5,8$) y una disminución en las privadas, tanto concertadas como no concertadas. A los seis meses la diferencia de medias fue negativa en todas las categorías de Centros, llegando a superar los dos puntos de descenso en los Centros concertados ($-2,14 \pm 5,03$). No obstante no hubo diferencias significativas entre los Centros ni a los tres ni a los seis meses. ($p = 0,83$ y $p = 0,34$, Kruskal-Wallis)

7.5.2. Según Tamaño

La media a los seis meses permaneció apenas sin modificación en los Centros medianos y disminuyó en los Centros grandes y pequeños. En el control realizado a los seis meses disminuyó en todos los Centros, siendo mayor el descenso en los Centros grandes. Tampoco fueron estadísticamente significativas las diferencias en ninguno de los cortes. ($p = 0,43$ y $p = 0,73$, Kruskal-Wallis, a los tres y seis meses respectivamente)

7.5.3. Según Infraestructura

A los tres meses se observó una disminución de la media en todos los centros tuvieran o no rehabilitación. A los seis meses ambos valores permanecieron negativos. Al

igual que en los casos anteriores las diferencias encontradas no alcanzaron significación estadística.. ($p = 0,69$ y $p = 0,98$, U de Mann-Whitney, a los tres y seis meses respectivamente).

Tabla 5.31...: Evolución de la situación afectiva según el tipo de Residencia.

Tipo de Residencia		Diferencia de las medias del Yesavage respecto al ingreso	
		3° Mes	6° Mes
T I T U L A R I D A D	Pública	0,57	-0,25
	Privada No concertada	-0,67	-1,29
	Privada Concertada	-0,68	-2,14
T A M A Ñ O	Pequeña	-0,67	-1,29
	Mediana	0,04	-1,27
	Grande	-0,81	-1,89
I N F R A E S T R.	Sin Rehabilitación	-0,67	-1,29
	Con Rehabilitación	-0,38	- 1,61

VI. DISCUSIÓN

En este apartado vamos a intentar interpretar los resultados observados en el contexto en el que se producen. Dada la gran cantidad de parámetros valorados conviene realizar este análisis según los apartados que relatamos a continuación.

- Características del anciano que ingresa en Residencia
- La enfermedad en la Residencia
- Mortalidad en el primer semestre del ingreso.
- Consumo farmacológico
- Impacto funcional del ingreso en Residencia
- Residencia y función cognitiva
- Residencia y función afectiva
- Satisfacción del Mayor en la Residencia.
- Influencia del tipo de Centro

1. Características del anciano que ingresa en la Residencia

El ingreso en la Residencia se produce en el anciano a todas las **edades**, aunque lo más frecuente es hacerlo entre los 75 y 90 años. Los ingresos a edades más tempranas probablemente no se produzcan debido al mayor grado de independencia y al mayor soporte social. Los sujetos por encima de los 90 años se configuran como una población “seleccionada” que han escapado del azote de enfermedades incapacitantes y mantienen un adecuado soporte social.

En lo relativo al **sexo** observamos que dos de cada tres ingresos eran mujeres, como correspondía a su mayor supervivencia frente al varón en la población general. La razón de masculinidad, o número de varones por cada cien mujeres, se

presentó en nuestra muestra en cifras muy similares a las de nuestro entorno en la Comunidad de Madrid y a nivel Nacional⁽⁴²⁾. (Tabla 6.1.). Este paralelismo solo se perdió en la población por encima de los 85 años, observándose un menor ingreso de varones que originaron un descenso de esta razón de masculinidad en la Residencia frente al de la población general.

En cuanto al **estado civil** predominaba la viudedad (58 %), seguida del matrimonio (21%) y la soltería (19,5%). En el análisis de estos datos podemos realizar interesantes comentarios en cuanto a la diferencia por sexos y a las observadas entre nuestra muestra y las cifras de nuestro entorno (Comunidad de Madrid) en la población general.

Tabla 6.1.: Razón de masculinidad del estudio, la Comunidad de Madrid y España**

Edad en años	Estudio	C. Madrid	España
65-69	250**	79	86
70-74	64	65	72
75-79	52	59	64
80-84	54	50	57
>85	40	63	70

*Censo de Población. INE. 1991

** Poco valorable por el escaso tamaño muestral

Si contrastamos nuestros datos con los de la población mayor de 65 años del Censo de 1991 de la C.M. (Consejería de Economía. Dpto. de Estadística)⁽¹¹³⁾ podemos ver como la distribución del estado civil en nuestra muestra difiere claramente de la encontrada en la población mayor de 65 años de nuestra Comunidad. (Tabla 6.2.). Observando con detalle ésta vemos como en la población general de la C. M. la situación más frecuente del varón es la de permanecer casado (79,7%), seguido muy de lejos por las situaciones de viudedad (14%) y el resto de status. Estas cifras pueden ser interpretadas por la gran estabilidad de la institución matrimonial en nuestros Mayores actuales y la mayor supervivencia de la mujer frente al hombre, que se refleja en el menor porcentaje de viudos frente al de viudas. Si contrastamos estos datos con los de la población del estudio vemos como los porcentajes de viudos y solteros casi triplican a los de la

población general de nuestra Comunidad. Este hecho puede ser explicado por la mayor dificultad del varón para mantener su independencia en el hogar cuando ha desaparecido de él la mujer (la esposa en el caso del viudo y la madre, hermana, etc. en el caso de los solteros).

Si analizamos la situación en el caso de la mujer vemos como en la C.M. la mayor frecuencia corresponde a las viudas (47,2%), seguido de cerca por las casadas (38,8%), y algo más de lejos por las solteras (13,3%). Nuevamente contrastan estos resultados con los obtenidos en nuestro estudio en el que vuelven a invertirse estas frecuencias, pasando a ocupar un destacado primer lugar las mujeres en situación de viudedad (dos de cada tres mujeres ingresadas eran viudas). Conviene igualmente destacar el incremento de las mujeres solteras del estudio frente a las de la población general (22,6% vs 13,3%).

Tabla 6.2.: Estado Civil de los ancianos del estudio comparado con el de los Mayores de la Comunidad de Madrid

	SOLTEROS		CASADOS		VIUDOS		SEPAR/ DIVORCIA.	
	Muestra	C. M.	Muestra	C. M.	Muestra	C. M.	Muestra	C.M.
HOMBRES	12,7	5,2	42,9	79,7	41,3	14,3	3,2	0,8
MUJERES	22,6	13,3	10,9	38,8	65,7	47,2	0,7	0,7
TOTAL	19,5	10,2	21	54,6	58	34,5	1,5	0,7

Todos estos datos pudieran hacernos concluir que el matrimonio se comporta como un “factor de protección” frente al ingreso, constituyéndose en uno de los elementos favorecedores de la permanencia del Mayor en su domicilio. Consecuentemente con esto, la ausencia del matrimonio (soltería) o su desaparición (viudedad) pueden ser un factor importante de riesgo que condicione el ingreso en una Residencia de Personas Mayores. La soledad y/o la ausencia del soporte asistencial administrado en el seno del matrimonio pueden ser la explicación de estos hechos.

La **profesión** de los mayores durante su vida laboral activa coincidió con la de la población general. Teniendo en cuenta que los dos tercios de los ingresos eran mujeres, la ocupación mayoritaria de nuestra muestra fue la de “ama de casa”, a la que correspondían cuatro de cada diez

personas.

En lo relativo al nivel de **estudios** se observó un porcentaje global de analfabetismo en la muestra del 8,1% y ésta se mostró significativamente más alta en la mujer (9,9%) que en el hombre (4,5%). Estos datos se aproximan a los arrojados por el Censo de Población de 1991 del I.N.E. donde la tasa global de analfabetismo para los mayores de 65 años era del 7,7%, y a la de la Encuesta Demográfica de la Comunidad de Madrid de 1991 (Consejería de Economía. Departamento de Estadística. Madrid, 1992)⁽¹¹³⁾ que fue del 7,8% (3,3% en el varón y 10,6% en la mujer) para sujetos ancianos de esta Comunidad. (Tabla 6.3.)

Las frecuencias observadas en nuestra muestra en el nivel de estudios primarios (82,2%) eran muy similares a

Tabla 6.3.: Nivel de estudios de los mayores de 65 años

	Analfabeto	Estudios Primarios	E. Grado Medio	E.Grado Superior
Estudio	8,10%	82,20%	7,60%	2%
Censo INE 1991	7,70%	80,30%	8,40%	3,60%
Encuesta C. Madrid 1991	7,80%	79,50%	4,50%	8,10%

las observadas en el censo de Población Nacional del INE (1991) y en la Encuesta Demográfica de la Comunidad de Madrid (1991) que aportaban porcentajes del 80,3% y 79,53 % de sujetos con estudios primarios.

El nivel de estudios de Grado Medio observado en nuestra muestra (7,6%) es sólo ligeramente inferior al observado a nivel Nacional (INE. 1991) (8,4%), pero difiere de forma importante a los datos mostrados por la Encuesta Demográfica de la C. M. (1991). En esta última encuesta la cifra es significativamente inferior (4,54%), aunque, como veremos ahora, se debe a un aumento de la formación de Grado Superior. En nuestra muestra el porcentaje de varones de esta categoría duplicaba al de mujeres (12,1 % vs. 5,3 %)

Finalmente los Estudios de Grado Superior se observaron sólo en el 2% de nuestra población y sólo a expensas de los casos recogidos entre la población masculina, es decir, ninguna de las mujeres incluidas en el estudio tenía formación universitaria. Estas cifras están por debajo de las encontradas en la Población Nacional (INE 1991), que alcanzaban el 3,6% de sujetos con estudios superiores, y de la población de la Comunidad de Madrid (Encuesta Demográfica 1991) donde se

llegaba hasta el 8,15%.

Comparando globalmente el nivel de estudios de nuestra población con el de la Población Nacional (INE 1991) observamos cifras muy similares con un ligero desplazamiento de esta última hacia las categorías de nivel formativo medio y superior. Esta diferencia alcanza mayor significación si comparamos nuestra muestra con la de la Comunidad de Madrid (1991) en la que la población Mayor con formación universitaria alcanza, como acabamos de comentar, una cifra muy elevada (8,15 %) (*Tabla 6.3.*).

Podemos concluir que el nivel formativo de la población estudiada era muy bajo, reflejando el de la población general, y era más bajo en la mujer que en el varón, observándose un desplazamiento de los sujetos varones hacia las categorías que suponían un mayor nivel formativo. En cualquier caso el nivel de formación global de los varones de la muestra también era escaso y sólo dos de cada diez superaban los estudios primarios.

La menor presencia en nuestra muestra de sujetos con estudios superiores pudiera inducir a pensar en este nivel formativo como un “factor de protec-

ción” contra el ingreso en la Residencia. Aunque el diseño del presente estudio no permite identificar las causas que condicionan este menor porcentaje de ingreso, esto podría tener que ver con la mayor capacidad económica de estos sujetos y la posibilidad de disponer de un mayor soporte en domicilio que evite el ingreso.

En relación con los **motivos de ingreso** recogidos en nuestro estudio, parece evidente que el ingreso en la Residencia se produce, en la inmensa mayoría de los casos, por la aparición de circunstancias que hacen preciso el apoyo de personal cualificado para el cuidado del Mayor que no puede ser proporcionado por su red social.

Los resultados analizados de forma independiente en el varón parecen evidenciar su mayor dificultad para mantener su independencia en el domicilio. Uno de cada cuatro llega a la Residencia condicionado por problemas sociales o por su incapacidad para mantener su autonomía frente a una situación de soledad. En la mujer la problemática social y la soledad condicionaron el ingreso con menor frecuencia.

El Mayor acudía a la Residencia en una inmensa mayoría en busca de los cui-

dados que no podía recibir en su entorno. Estos cuidados se traducían en necesidad de ayuda para las ABVD, cuidado clínico y/o necesidad de rehabilitación. Esto es un hecho muy importante a considerar a la hora de decidir los equipamientos de estos centros.

La mayor frecuencia de la necesidad asistencial como causa de ingreso, frente a circunstancias de índole social, quizás ponga de manifiesto el alto grado de arraigo del Mayor en su entorno familiar y social existente todavía en nuestro país, a pesar de su progresivo descenso en los últimos años. El alto nivel de dependencia de los Mayores que ingresan traduce el esfuerzo previo que ha llevado a cabo su familia y el resto de su entorno social antes de decidir el ingreso.

Si analizamos los datos relativos a la **procedencia** de nuestro estudio, comprobamos como casi cuatro de cada diez Mayores (39,6 %) acudía a la Residencia tras haber convivido durante algún tiempo en el domicilio de algún familiar, generalmente hijos, en lo que podría ser interpretado como una claudicación progresiva de su independencia social hasta llegar a ser institucionalizado en una Residencia de ancianos.

El segundo lugar ocupado por las Residencias (20,6%) ,en cuanto a la procedencia del Mayor, pone de manifiesto el alto grado de movilidad del anciano una vez que ha ingresado en una Residencia.

Uno de cada cuatro sujetos (25,7%) vivía sólo (con ayuda a domicilio, 8,9% o sin ella, 16,8%)) y el 13,9% vivía con su pareja en el domicilio propio.

Estos datos contrastan con los encontrados en la población general en el estudio IMSERSO/CIS nº 2.279 de 1998 ⁽⁵⁸⁾ en el que sólo un 11,4 % vivía en el domicilio familiar, ya fueran hijos (9,3%) u otros familiares (2,1%), y la convivencia en pareja alcanzaba a 4 de cada diez sujetos (41,3%). La diferencia observada en relación con nuestro estudio se ve disminuida si consideramos la edad media de nuestro grupo de población (81,9 años) y la comparamos en el grupo de más de 80 años del citado estudio (IMSERSO/CIS 1998) (Tabla 6.4.). A pesar de esta corrección por la edad seguimos observando amplias diferencias en algunas de las procedencias que posiblemente puedan ser explicadas por el mayor perfil de morbilidad y dependencia de nuestra muestra.

En lo relativo a la procedencia por sexos encontramos diferencias impor-

Tabla 6.4.: Modalidad de convivencia según estudio IMSERSO/ CIS 2.279 (1998)

Modo de Convivencia	Total	> 80 años
Solos	14,2 %	15 %
Con su pareja	41,3 %	30,0 %
Con sus hijos ⁽¹⁾	26,4 %	23,7 %
Con familiares ⁽¹⁾	5 %	4,8 %
Con ayuda a domicilio ⁽¹⁾	0,5 %	1,2 %
En casa de sus hijos	9,3 %	20,8 %
En casa de familiares	2,1 %	2,5 %
Otras personas	1,1 %	2,0 %

tantes . Si bien los porcentajes de Mayores que acudían a la Residencia procedentes del seno familiar o de otras residencias era muy similar en ambos sexos, cuando analizábamos el número de sujetos que vivían solos o con su pareja encontramos diferencias significativas. Concretamente la población femenina que vivía sólo (20,7%), previamente al ingreso, doblaba a la de varones (9%)

Este menor porcentaje de varones que ingresan desde el domicilio no tiene que ver con su mayor capacidad para permanecer en el mismo, muy al contrario, se relaciona con el menor porcentaje de varones que viven solos. Este hecho queda documentado en el estudio publicado en el Boletín Cires en Mayo de

1992⁽¹¹⁵⁾, sobre la población española, donde se pone de manifiesto que el 80% de las Personas Mayores que viven solas son mujeres.

La edad también condicionó la ubicación previa al ingreso en la Residencia. Así observamos que entre los Mayores que vivían solos antes del ingreso predominaba el grupo etario de 75 a 79 años (39,4 %); uno de cada tres de los que convivían en pareja (32 %) y precisaron el ingreso estaban en el grupo de 80 a 84 años; entre esas mismas edades se encuadraban el mayor número de ancianos (29,4 %) que vivían solos y precisaban ayuda a domicilio antes del ingreso; del seno familiar ingresó en mayor porcentaje (32,1 %) el grupo de 85 a 89 años y, finalmente, de los procedentes de otra Residencia encontramos el mismo porcentaje (24,4 %) en los grupos de 75-a 79, 80 a 84 y 85 a 89 años.

Los ingresos voluntarios, como una alternativa mas de convivencia a adoptar por el Mayor, son un hecho anecdótico en la actualidad en nuestro medio.

Cuando analizamos la **actitud ante el ingreso** comprobamos como el grado de aceptación del mismo es alto y resulta más favorable en aquellos que ingresan por

soledad, posiblemente porque ven la entrada en la Residencia como una solución “deseable” a sus problemas. Los que acuden buscando la asistencia interpretan el ingreso como una opción “necesaria” que no tienen más remedio que asumir para recibir los cuidados que precisan.

Sólo aquellos que ingresaron en la Residencia condicionados por una problemática social mostraron un alto grado de desacuerdo con el ingreso, interpretando éste como una opción “impuesta” y condicionada por la falta de voluntad de su entorno social para mantenerle en su medio.

Más de la mitad de los Mayores confesaron que su ingreso les parecía bien (53,5 %) y la quinta parte manifestó que le parecía muy bien (21,1 %). Es muy probable que estos resultados estén artefactados por las circunstancias en las que se produce la entrevista: una persona desconocida pregunta a un mayor acerca de un centro en el que acaba de ingresar. En este contexto parece que “lo más prudente” puede ser mostrarse conforme con aquello que se le pregunte dando lugar a una sobrestimación de los sujetos a los que les parece bien o muy bien su ingreso.

En la otra cara de la moneda encontramos un porcentaje no despreciable de sujetos que estaban en desacuerdo con el ingreso (muy mal 2,7% y mal 9,7 %) y aquellos que, o bien mantenían una postura intermedia, o no se atrevieron a manifestar abiertamente su rechazo (regular 13%). Estos porcentajes según nuestro criterio se hubieran visto ampliados ostensiblemente si el anciano no se sintiera limitado a la hora de responder por el contexto, antes comentado, en el que se produce la entrevista.

Conviene recordar en este apartado la normativa vigente que obliga a comunicar todos los ingresos involuntarios para su confirmación judicial y que en la mayoría de los casos no se lleva a efecto.

La actitud ante el ingreso mostró una distribución muy similar en ambos sexos aunque en el caso de la mujer se mostraron posturas más “extremistas”, puntuando por encima del varón en las categorías muy mal (3,3 % vs 1,6 %) y muy bien (22,1 % vs 19 %).

Mostraron un mayor grado de conformidad con el ingreso aquellos que lo hicieron de forma voluntaria y aquellos

cuyo motivo de ingreso fue la soledad. En ninguno de estos sujetos se puntuó en las categorías de mal o muy mal.

Los que ingresaron por problema social mostraron el mayor grado de disconformidad, confirmando como muy mala o mala su actitud frente al ingreso en uno de cada tres casos (11,1% y 22,2 % respectivamente).

Analizando la actitud en relación con el nivel de estudios se observó un mayor acuerdo con el ingreso tanto en los sujetos sin alfabetizar como en aquellos escasos sujetos con estudios superiores. En ambas categorías todos los sujetos mostraron una actitud buena o muy buena.

Como dato curioso el ingreso fue mejor aceptado por el grupo más joven de la muestra, los sujetos entre 65 y 69 años. En este grupo todos los sujetos mostraron una actitud buena o muy buena. Este hecho, a priori difícil de entender, puede quedar justificado por la concurrencia en estos sujetos de una mayor morbilidad y situación de dependencia, funcional y social, que hace que el ingreso en la Residencia se configure ante los ojos del Mayor como una de las mejores alternativas.

2. La enfermedad en la Residencia

El anciano al ingreso en la Residencia presentaba un elevado número de diagnósticos (media de 3,6) que le perfilan, inicialmente, como un paciente complejo con necesidad de un importante soporte sanitario dentro de la infraestructura de la Residencia.

Predominaban las enfermedades crónicas e incapacitantes con una afectación preferente del sistema nervioso (60,7 % de los sujetos), el cardiovascular (49,3%), el aparato digestivo (44,3%) y el locomotor (34,7%).

Podemos contrastar estos datos con los observados en el estudio IMSERSO-SEGG (Tabla 6.5.) realizado en 1998⁽¹¹⁶⁾ sobre 1.125 residentes con una edad media de 81,4 (similar a los 81,9 de nuestra muestra). Es importante advertir que en este estudio se valoraban los diagnósticos de los ancianos que ya estaban en la Residencia y habían sido evaluados por sus respectivos médicos, confirmando diagnósticos en algunos casos, desechándolos en otros, e incluso realizando el hallazgo de patologías no detectadas o aparecidas en el Centro. Pues bien, al comparar datos

vemos como en nuestro estudio se han recogido cifras superiores de prevalencia de enfermedades neurológicas (60,7 % vs. 48,8 %), y de patología digestiva y del metabolismo (43,8 % vs. 38,1 %). Conviene reseñar que en nuestro estudio la diabetes mellitus fue incluida en el grupo de enfermedades digestivas y del metabolismo y la patología cerebrovascular dentro de las del sistema neurológico.. Por el contrario la patología cardiovascular apareció en un menor porcentajes (49,3 % vs 55,7 %) en nuestro estudio .

*Tabla 6.5.: Estudio IMSERSO-CIS.
Patologías más frecuentes
en la Residencia*

Grupo de Diagnóstico	% de sujetos
Sistema Nervioso	48,8%
Aparato Cardiovascular	55,7%
Aparato Digestivo	38,1%
Aparato Nefrourológicas	30,5%
Aparato Respiratorio	19,8%
Aparato Locomotor	52,4%
Neoplasias	6%
Sangre y Órganos Hematopoyéticos	12,5%
Enf. Psiquiátricas	12,5%
Sistema Endocrino	21,3%

La mujer presentó más diagnósticos al ingreso que el varón pero con una diferencia que no alcanzó significación estadística. Aunque se observaron diferencias muy importantes en la prevalencia de cada grupo diagnóstico según el sexo del anciano, éstas tampoco alcanzaron significación estadística.

Los tres primeros grupos con mayor prevalencia coincidieron en ambos sexos pero con notables diferencias : el sistema nervioso se vio afectado en el 65,1 % de las mujeres frente al 42,1 % de los varones; el aparato cardiovascular en el 50 % de mujeres vs el 47,9 % de los varones y el aparato digestivo en el 45,2% de las mujeres vs el 41,1 % de hombres. Los puestos cuarto y quinto en el caso de la mujer fueron ocupados por la patología del aparato locomotor y la de los órganos de los sentidos. En el varón estos puestos fueron ocupados, respectivamente, por el aparato genitourinario y el respiratorio.

Se observó en el varón una alta prevalencia de patología prostática que, sin duda, condicionó la diferencia observada de afectación del aparato genitourinario frente a la mujer.

La prevalencia de enfermedad en el aparato respiratorio del varón triplicó a la

observada en la mujer (24,7 % vs. 8.9 %) . La explicación de estas cifras, con seguridad, tiene mucho que ver con la gran diferencia en el hábito tabáquico de nuestros Mayores en los que el varón ha aventajado a la mujer durante muchos años. Este hecho unido a la fuerte adherencia mostrada por este hábito en la mujer durante las últimas décadas, hace pensar en un inminente cambio de éste patrón .

El grupo etario mas joven mostró un mayor número de patologías por sujeto (4,57), al contrario que el grupo de mayor edad, 95 años y más, que presentó la menor prevalencia de enfermedad (2 patologías por sujeto de media). Si bien conviene ser prudentes a lo hora de valorar estos resultados, ya que el número de sujetos es muy escaso en los subgrupos de edades de los extremos superior e inferior, los datos obtenidos vienen a confirmar la observación clínica diaria de los que trabajamos con Mayores en centros Residenciales: cuando el ingreso se produce a edades muy tempranas la fragilidad y alta morbilidad suelen ser el principal elemento condicionante y, por otro lado, cuando observamos la morbilidad de sujetos en edades muy avanzadas (por encima de 90 años), se tiene la sensación de estar ante un grupo etario “seleccionado” a través del tiempo y que presenta una situación funcional y

un grado de morbilidad mucho más favorable.

Si analizamos patologías de alta prevalencia en la Persona Mayor observamos alguna diferencia entre nuestra muestra y estudios realizados sobre población mayor ambulatoria. (Tabla 6.6.)

La **hipertensión arterial** (HTA), que afectaba en nuestra muestra a casi la tercera parte de los sujetos (31,5%), estuvo algo por debajo de las frecuencias observadas en el estudio Toledo⁽¹¹⁷⁾ (de F.J. García y col., 1994, N= 3.214 sujetos > 65 años) donde se recogió una prevalencia de 35,4%, o del estudio Geriatria XXI⁽⁷⁸⁾ (SEGG-SIGMA DOS, 2000, estimación de frecuencia realizada por 120 médicos de atención primaria sobre población > 65 años) que alcanzó el 41,4%. A mayor distancia se encuentra la prevalencia observada en el estudio ECEHA⁽¹¹⁸⁾ (1996, N= 6.653 sujetos >65 años de toda España) donde se llegó al 70% con criterios de TA por encima de 140 mm de Hg de PAS y/o 90 mm de Hg de PAD.

La **diabetes mellitus tipo 2**, observada en el 16% de los sujetos, se presentó de forma muy similar a la detectada en el estudio ECEHA⁽¹¹⁸⁾ y algo por debajo de la prevalencia observada en el estudio

Geriatria XXI⁽⁷⁸⁾ (25,7%).

La **bronconeumopatía crónica obstructiva** (BNCO) en nuestro estudio se observó en el 11,9% de los sujetos, ligeramente por debajo de lo evidenciado en el estudio ECEHA⁽¹¹⁸⁾ (13,8%) y a distancia de la frecuencia estimada en el estudio Geriatria XXI⁽⁷⁸⁾ (21,5%).

La **demencia** fue registrada en el 30,1% de los sujetos de nuestro estudio al ingreso en la Residencia, por encima de lo observado en el estudio Geriatria XXI⁽⁷⁸⁾ (19,6%) sobre población ambulatoria, y por debajo de lo registrado en el estudio IMSERSO-SEGG⁽⁵⁵⁾ (“Atención a Personas Mayores que viven en Residencias”, 1998) sobre población residencial, que alcanzó el 37,3% de presencia de deterioro cognitivo.

Tabla 6.6.: Patologías de alta prevalencia al ingreso

Diagnóstico	Estudio	Geriatria XXI	ECEHA
HTA	31,5%	41,4%	70,9%
DMNID	16,0%	25,7%	16,8%
EPOC	11,9%	21,9%	13,8%
Demencia	30,1%	19,6%	

En el control realizado al mes pudimos ver un nuevo diagnóstico por cada dos sujetos (media = 0,51 +/- 0,82). Las entidades que se diagnosticaron con mayor frecuencia fueron la anemia, la depresión y la hipertensión arterial.

El alto porcentaje de nuevos diagnósticos pueden sugerir una infravaloración diagnóstica del Mayor en su medio y/o la falta de una comunicación adecuada entre el médico de Atención Primaria y el de la Residencia.

En cualquiera de los casos se hace evidente la necesidad de Programas específicos de Valoración y Seguimiento del Anciano en Atención Primaria de Salud. Estos Programas deberían ser elaborados y puestos en funcionamiento por Médicos con la formación geriátrica suficiente para poner el acento adecuado en la valoración de enfermedades de alta prevalencia en el anciano, síndromes geriátricos, factores de riesgo, etc. Estos mismos programas deberían coordinar los recursos asistenciales del Mayor en su domicilio y ser capaces de racionalizar, y proponer cuando proceda, el ingreso en la Residencia garantizando el flujo de información y la coordinación necesaria para el traslado del anciano de nivel asistencial en las mejores condiciones posibles.

El proceso diagnóstico iniciado al ingreso en algunos casos no estaba completado al mes y tuvo que esperar a ser ultimado en el control trimestral donde ya se contabilizaron, junto a estos procesos supuestamente infradiagnosticados, otros que se presentaron de forma aguda en la evolución en la Residencia. Los cuadros más frecuentes fueron nuevamente la anemia y la depresión a los que se añadieron la ferropenia, las infecciones de diversos orígenes, la fractura de cadera, el accidente cerebrovascular y diferentes cardiopatías.

En este segundo control trimestral la media de nuevos diagnósticos por sujeto fue menor que en el control al mes del ingreso (media = 0,44).

En el último control realizado a los seis meses del ingreso la media de nuevos diagnósticos ya se redujo a 1 por cada 3 sujetos (media = 0,35), presentándose cuadros clínicos ya gestados en la Residencia como infecciones del tracto urinario, hiperlipemia, y nuevamente depresión y anemia.

A todos los diagnósticos relatados durante los seis meses habría que añadir aquellos que dieron lugar a la muerte del sujeto y que hemos preferido abordar en

un capítulo aparte sobre mortalidad.

En definitiva creemos que la Residencia es un buen medio para diagnosticar al Mayor. En ella el anciano se siente atendido dentro de su propia “casa” por un médico al que conoce, lo cual permite realizar una valoración en situación basal, libre del estrés que con frecuencia suponen para el Mayor los traslados a Centros desconocidos con largos tiempos de espera entre otros pacientes a los que no conoce y para ser atendido por un médico al que sólo ve puntualmente. Este grado de proximidad es muy importante para el diagnóstico de trastornos cognitivos o del estado de ánimo pero se hace extensible, en general, a cualquier otra patología.

Tengamos en cuenta, como beneficio añadido, que el médico tiene una importante información adicional sobre las incidencias acontecidas en relación con su paciente y su evolución durante las 24 horas del día en virtud del seguimiento continuado llevado a cabo por el personal del Centro y los oportunos documentos de registro de actividad. En el Mayor, más que en ningún otro tipo de paciente, resul-

ta de capital importancia conocer como duerme, como come, como elimina, como se relaciona con los demás, si toma bien la medicación, tiene trastornos de conducta o problemas en la relación con sus compañeros o su familia.

El médico de Residencia conoce que, en ocasiones, los dolores y molestias inespecíficas de un Lunes son la manifestación somática del disconfort de un anciano que el Domingo anterior tuvo una visita “conflictiva” de alguno de sus hijos o, simplemente, no tuvo ninguna visita. El conocimiento de estos hechos permite una actuación en el ámbito real del problema y evita una sobremedicación innecesaria.

Los recursos diagnósticos en la Residencia son, con frecuencia, muy limitados, reduciéndose en muchos casos a poco más de un fonendoscopio. Según esto solo cabría reivindicar una mayor dotación de medios para optimizar estos Centros como recurso diagnóstico. No obstante abundaremos más sobre este aspecto en el capítulo correspondiente a la discusión de los resultados por Centros.

3. Mortalidad en el primer semestre del ingreso

Como cabía esperar, en virtud del amplio perfil de deterioro y la pluripatología de los ancianos de nuestra muestra, la mortalidad observada en el primer semestre de evolución en la Residencia ha sido alta y ha mostrado cifras muy superiores a las registradas en los mismos tramos de edad de la población general.

De los 219 sujetos incluidos en el estudio se registraron 40 fallecidos, a los que habría que añadir los exitus acontecidos entre los 63 sujetos perdidos durante el seguimiento semestral y que no quedan recogidos en nuestros resultados. En cualquier caso los fallecidos supusieron el 18,26 % del total de sujetos contabilizados al inicio del estudio.

Si comparamos estos datos con la tasa anual publicada por el INE (1998) ⁽⁴⁵⁾ sobre la mortalidad registrada en el periodo 1994-1995, vemos amplias diferencias en cuanto a la cantidad de sujetos fallecidos aunque manteniendo el mismo perfil según edad y sexo.

En los datos referidos del INE sobre el total de la población española se

registró una mortalidad que osciló entre el 1,28 % a los 65 años y el 31,9 % a los 95 años. La mortalidad media de todos los sujetos comprendidos entre los 65 y 99 años fue del 10,44 %.

El porcentaje de mortalidad de nuestra muestra (en un semestre), situado 8 puntos por encima del observado en la población general (en un año) se justifica, lógicamente, por la selección de sujetos de “riesgo elevado” en nuestro estudio.

Se mantuvo el aumento de mortalidad en las edades más avanzadas, a excepción del grupo de sujetos entre los 90 y 94 años entre los que no falleció ninguno durante el periodo de estudio.

El grupo más joven de 65 a 69, a pesar de ser el que acumulaba más patologías, registró una menor mortalidad.

Por sexos, nuestra muestra mantuvo una mortalidad superior en el varón frente a la mujer, como se observó en la población general .

Las causas de muerte en nuestro estudio se correspondieron igualmente con

los de la población general, ocupando los primeros puestos de cabeza las infecciones de vías respiratorias bajas, el infarto agudo de miocardio, las neoplasias y el accidente cerebrovascular.

Este perfil de mortalidad anima a insistir, de forma permanente, en el control de los diferentes factores de riesgo de patología cardio y cerebrovascular. Aunque la idoneidad del control de dichos factores debe realizarse de forma individual en cada sujeto, considerando edad, situación funcional, presencia de otras patologías, expectativa y sobre todo calidad de vida, este control nunca debe desestimarse de entrada por el mero hecho de ser anciano.

Por otro lado conviene subrayar la necesidad de diseñar protocolos de detección precoz de las neoplasias de incidencia elevada en nuestra población Mayor (pulmón, mama, próstata, colon, sangre, etc.). Este diagnóstico precoz permitirá el abordaje del tumor en las primeras etapas de su evolución, cuando éste se encuentre indicado. En los casos en que el análisis individualizado del caso no indique la intervención curativa sobre el tumor, el conocimiento de su existencia permitirá definir un pronóstico y optimizar el abordaje paliativo del paciente.

Entre las causas de muerte restantes conviene destacar dos de ellas por la influencia positiva que pudieran tener diferentes actividades preventivas: la hemorragia digestiva y la autólisis, que se presentaron en 3 y 2 sujetos respectivamente.

Las caídas, compañeras de viaje en la asistencia geriátrica en Residencias, fueron el origen de dos muertes tras dar lugar a una fractura de cadera y a un traumatismo craneoencefálico. En este aspecto solo cabe abundar, una vez más, en la necesidad del adecuado diagnóstico y tratamiento de factores intrínsecos y extrínsecos que pudieran tener que ver con la caída. Aquí conviene reconocer el amplio camino que aún queda por recorrer en estos Centros para alcanzar un manejo óptimo de estos factores de riesgo.

Para finalizar este capítulo solo cabe recordar la obligación de todo profesional sanitario de ofrecer una muerte digna a su paciente cuando ya se ha perdido la batalla por evitarla. En este sentido nos parece que morir en su casa, (y la residencia es en muchos casos su hogar durante los últimos años) rodeado del afecto y los cuidados de familiares, amigos y seres queridos, debe ser perseguido frente a la alternativa del fallecimiento en el anonimato de una institución hospitalaria.

4. Consumo farmacológico

El consumo farmacológico registrado fue alto y alcanzó la media de 3,29 fármacos por sujeto, de acuerdo al elevado número de diagnósticos hallado al ingreso. No hubo diferencias significativas en el consumo observado por sexos.

Estos datos contrastan con los aportados por estudios realizados sobre población general, donde el subgrupo de población anciana tiene un menor consumo que el observado en nuestra muestra. En concreto, en el estudio Leganés^(119,120), sobre una muestra de 1284 ancianos se registró un consumo medio de 2,6 fármacos por sujeto y la mayor ingesta de fármacos por parte de la mujer dejó de ser significativa a partir de los 65 años. Datos similares se obtuvieron en el análisis de la prescripción de 18 médicos de Atención Primaria en Tenerife sobre 666 ancianos (Benitez del Rosario, M.A. y col. 1996)⁽¹²¹⁾, donde se observó la misma media de 2,6 fármacos por sujeto sin diferencias significativas entre ambos sexos. Menor consumo se observó en una encuesta realizada sobre 408 ancianos en poblaciones rurales de la comunidad gallega (Vérez Vivero L. Y col. 1997)⁽¹²²⁾ donde

la media sólo alcanzó 1,7 fármacos por anciano, y en el que se registró un mayor consumo farmacológico por parte de la mujer.

Si contrastamos nuestros datos con los observados en otros estudios sobre población anciana institucionalizada en Residencia encontramos datos muy parecidos. El estudio IMSERSO-SEGG⁽⁵⁵⁾, realizado sobre 1125 ancianos que vivían en Residencias de todo el territorio nacional, refleja una media de consumo de 3 fármacos por anciano. En un estudio más limitado realizado sobre 68 ancianos de dos Residencias de la Comunidad Valenciana (Pascual Bueno, J. y col. 1995)⁽¹²³⁾ se alcanzó una media de consumo al ingreso de 4,7 fármacos por sujeto que se redujo hasta 3,9 a los tres meses del mismo. El estudio realizado en Granada sobre 366 Personas Mayores comparando el consumo de los ancianos que ocupaban plaza en Residencia con los que vivían en la comunidad evidenció un mayor consumo de aquellos frente a éstos (medias de 3 vs, 2,4 fármacos por sujeto) (Rodríguez Miranda, F. 1989)⁽¹³³⁾.

En la bibliografía internacional en-

contramos también cifras elevadas de consumo farmacológico de los Mayores institucionalizados en Residencias, como el estudio realizado sobre 2193 ancianos de USA (Golden ,A.G. et al. 1999)⁽¹²⁴⁾ en el que se observó una media de consumo de 5,3 (+/- 2,9) fármacos por sujeto, o el realizado en Holanda sobre 196 ancianos en los que la media alcanzó los 6,5 fármacos (Strikwerda, P. et al. 1994)⁽¹²⁵⁾.

Conviene resaltar la extensa bibliografía que incide en el mantenimiento crónico de muchos de los fármacos consumidos^(126,127) y la frecuente presentación de efectos adversos⁽¹²⁸⁾ como consecuencia de esta polifarmacia. Se insiste igualmente en la alta prevalencia de consumo de fármacos inadecuados^(129,130) por parte del anciano y como la revisión sistemática puede reducir este consumo y los costes asociados al mismo^(131,132).

Volviendo a los datos de nuestro estudio observamos como el grupo más joven se correspondió con un mayor consumo, de acuerdo a su mayor número de patologías. Dicho consumo fue menor en los grupos de edad más avanzadas como correspondía a su mejor estado de salud.

El número de dosis al día alcanzó la media de 5,43, lo que confirma el

afianzamiento de la tendencia a la monodosis en la prescripción del anciano (1.65 dosis de media por cada fármaco prescrito).

Los grupos de fármacos más consumidos fueron los del grupo N (sistema nervioso), grupo C (aparato cardiovascular) y el grupo A (aparato digestivo y metabolismo).

La primera plaza ocupada por el grupo farmacológico N (Sta. Nervioso) en este “ranking” de consumo esta condicionada por la elevada prescripción de fármacos destinados al control del dolor. Sobre este aspecto conviene realizar una reflexión profunda, ya que, si bien el dolor es un síntoma de alta prevalencia en población geriátrica, y su tratamiento no debe descuidarse nunca, es probable que su elevado consumo, con respecto al de otros fármacos con un abordaje etiológico, estén indicando un tratamiento sintomático preferencial frente al diagnóstico y abordaje de la causa generadora del dolor. El estudio de este aspecto se escapa de los objetivos fijados en el presente estudio, pero los datos obtenidos en él deben invitar a profundizar mas en su conocimiento.

En estudios realizados en residencias tanto a nivel nacional⁽⁵⁵⁾ como internacio-

nal^(124,127) se confirman las primeras plazas de los grupos farmacológicos N, C y A ya observadas en nuestro estudio.

Durante la evolución en la residencia se observó en nuestro estudio un incremento del consumo al primer y tercer mes (medias de 3,64 fármacos por sujeto en ambos cortes), para volver a descender en el sexto mes a los niveles de consumo registrados al ingreso (media de 3,24).

Este perfil de evolución de consumo en los seis primeros meses avala la hipótesis de una adecuada racionalización de la prescripción en la Residencia, ya que, considerando el aumento del número de diagnósticos por sujeto durante los seis meses de estancia, el mantenimiento del mismo consumo farmacológico se corresponde en realidad con una disminución del consumo de fármacos por patología.

Conviene destacar dos cuestiones importantes respecto al consumo farmacológico en la Residencia y que no quedan reflejados en los datos presentados: por un lado el beneficio del control de todas las prescripciones por parte de un único médico y por otro la mejora en el grado de cumplimiento terapéutico.

El médico de la Residencia ve al pa-

ciente y realiza las prescripciones que considera oportunas teniendo en cuenta el resto de fármacos que consume el anciano y que están registrados en su hoja de tratamiento. Cuando lo estima conveniente, deriva al paciente al especialista para su valoración. Dado que las citas se suelen hacer desde el propio Centro, el médico conoce cuando tiene lugar y recibe información puntual de las modificaciones sugeridas por el especialista que deberá considerar en el seguimiento integral del paciente. Con esta sistemática quedan resueltos problemas como la duplicidad de tratamientos, las posibles interacciones, las alergias, las fechas de inicio y finalización del tratamiento o la posología. Estos datos, a pesar de ser explicados y puestos por escrito por el especialista, no siempre son interpretados de forma adecuada por el paciente anciano. La supervisión periódica del paciente puede sugerir la modificación de esas pautas o la nueva remisión del paciente al especialista. La revisión frecuente de la hoja de tratamientos puede evitar el consumo indefinido de un fármaco después de desaparecer la indicación por la que fue prescrito.

El grado de cumplimiento del tratamiento se ve mejorado dado que la Residencia se encarga de asegurar el abastecimiento del fármaco a través de su pequeño

almacén de farmacia y, en la mayoría de ellas, también de administrar puntualmente cada una de las dosis en el momento adecuado. Esta estrategia sólo deja el resquicio de aquellos ancianos que no quieren tomarse la medicación y simulan su ingesta. En estos casos, dado que el incumplimiento se produce dentro de la propia Residencia, no se tarda en identificar dicho incumplimiento, pudiendo adoptar las oportunas medidas correctoras que se

crean adecuadas en cada caso.

En resumen creemos que la Residencia es un medio adecuado para racionalizar el consumo farmacológico optimizando la prescripción y su grado de cumplimiento. Con ello se consigue mejorar la eficacia y eficiencia de los fármacos utilizados y se contribuye a la adecuada utilización de unos recursos siempre limitados.



5. Impacto funcional del ingreso en la Residencia

El alto grado de incapacidad para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de los Mayores que ingresaban en la Residencia quedó de manifiesto en las dos escalas utilizadas en nuestro estudio para su valoración: la escala de Cruz Roja física (CRF) y el Índice de Katz (IK).

Más de la mitad de los sujetos (53,4%) presentaban una puntuación de 3 o más en la Escala de Cruz Roja, es decir necesitaban ayuda para casi todas las ABVD.

En el Índice de Katz, paralelamente se observó un 53,8 % de los ancianos con niveles E o superiores, es decir dependían para 4 o más ABVD.

Resulta muy importante destacar el elevadísimo porcentaje de sujetos totalmente dependientes, en muchos casos encamados o con vida cama-sillón, que ocuparon el nivel 5 en la CRF (17,8 %) o el nivel G en el índice de Katz (19,6 %). Estos sujetos no sólo suponen una importante carga de trabajo para sus cuidadores, sino que consumen muchos recursos

materiales y presentan un alto grado de complicaciones si no reciben los cuidados y actividades preventivas adecuadas (úlceras por presión, infecciones, etc.).

La bibliografía, dentro y fuera de nuestras fronteras, confirma la alta dependencia de los ancianos institucionalizados en Residencias para la ejecución de las ABVD y AIVD^(56,58,134,135). Igualmente ponen de manifiesto la mayor incapacidad de éstos frente a los ancianos no institucionalizados⁽¹³⁶⁾.

En nuestro medio el, ya mencionado, estudio SEGG-IMSERSO (1998)⁽⁵⁵⁾ aporta igualmente datos de esta elevada incapacidad, aunque discretamente por debajo de los de nuestra muestra. En concreto, en este trabajo el porcentaje de sujetos en los grados 3, 4 y 5 de la CRF alcanzó el 37,3 %, frente al 53,8 % de nuestra muestra (*Tabla 6.7.*).

Las mujeres, en nuestro estudio, mostraron peor situación funcional al ingreso con respecto al hombre, alcanzando una diferencia significativa en las dos escalas utilizadas. Igualmente encontramos referencias bibliográficas que recogen esta

Tabla 6.7.: Incapacidad según Cruz Roja Física en nuestro estudio vs. Estudio SEGG-IMSERSO, 1998.

NIVEL DE CRF	ESTUDIO	SEGG-IMSERSO
0	15,5 %	27,5 %
1	7,3 %	15,7 %
2	23,7 %	19,5 %
3	17,4 %	12,6 %
4	18,3 %	9,5 %
5	17,8 %	15,2 %

diferencia entre sexos.^(56,137). Dicha disparidad puede traducir el hecho del ingreso del varón condicionado, en un mayor número de casos, por problemática social, o por su menor capacidad para mantener una vida autónoma sin la presencia de la mujer que hasta entonces había cuidado del hogar. Por otro lado, algunos trabajos han explicado este asunto, encontrando una correlación positiva entre los altos niveles de hormonas masculinas y una mayor capacidad para la ejecución de las ABVD⁽¹³⁷⁾.

El mayor grado de incapacidad fue mostrado por el grupo etario más joven (65 a 69 años), y el menor grado de incapacidad por el más veterano (95 y más años). Aunque las diferencias no alcanzaron significación estadística, si parece jus-

tificado que el ingreso a edades tan tempranas solo se produzca en aquellos sujetos de la población general con un alto grado de dependencia. Por otro lado el escaso nivel de incapacidad de los más mayores viene a avalar de nuevo nuestra "teoría de la selección natural" aplicada al envejecimiento de nuestros mayores.

Cuando analizamos de forma independiente cada una de las ABVD recogidas en el índice de Katz, observamos un orden de deterioro diferente al comunicado por Sidney Katz⁽⁸³⁾. En nuestra muestra, la presencia de incontinencia se anticipó a la disminución de la motilidad, permaneciendo el resto de la "jerarquía" propuesta por S. Katz inalterable.

Probablemente, la presencia de incontinencia con anterioridad a lo descrito por S. Katz, según un esquema de deterioro progresivo, tenga su explicación en el origen multifactorial de este síndrome. En la práctica vemos como la incontinencia urinaria puede ser la consecuencia de problemas del aparato urinario, enfermedades sistémicas, trastornos funcionales e incluso problemas de índole social. La incontinencia es un problema frecuentemente infradiagnosticado y poco tratado que puede ser reversible en múltiples casos mediante un adecuado abordaje⁽¹³⁸⁾.

Para medir la capacidad de los sujetos para desenvolverse con independencia en el hogar, decidimos valorar su habilidad para la ejecución de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) mediante el Índice de Lawton y Brody. Los resultados encontrados, coherentemente con el amplio grado de deterioro observado para las ABVD, mostraron una elevadísima incapacidad del anciano para desenvolverse en el hogar sin ayuda. La media de la población superaba escasamente los dos puntos (2,25), es decir sólo era capaz de realizar algo más de dos AIVD sin ayuda, lo que, obviamente, le incapacitaba para vivir solo en su domicilio.

Durante la estancia en el Centro se observó una mejoría funcional muy discreta que fue significativa al mes y a los seis meses del ingreso. Esta mejoría fue mayor en la mujer y tuvo lugar en todos los grupos de edad a excepción del grupo más joven (65 a 69 años), y que había mostrado el mayor deterioro al ingreso, y del grupo de sujetos con edades comprendidas entre 90 y 94 años.

Se observó una mejoría en todas las ABVD valoradas en el IK en cada uno de los controles realizados respecto a lo observado al ingreso.

En resumen, podríamos decir que el anciano que ingresa en la Residencia presenta una pérdida funcional muy avanzada y mejora de una forma discreta, pero significativa, en los seis primeros meses de estancia.

Si consideramos que muchos de los procesos generadores de dependencia son enfermedades degenerativas (demencia, procesos osteomusculares, patología cerebrovascular, etc.) y que durante la estancia se registraron 200 nuevas patologías en la muestra, muchas de ellas incapacitantes (fracturas de cadera, accidentes cerebrovasculares, infartos de miocardio, etc.) podemos considerar como un éxito la presencia de discretas mejorías, e incluso el mantenimiento de la situación funcional durante el periodo de estudio.

Este éxito se produce a expensas de la mejoría, importante en algunos casos, de algunos sujetos de la muestra que compensan la evolución catastrófica de otros con importantes procesos degenerativos.

En cualquier caso, conviene tener presente las múltiples referencias bibliográficas que correlación una buena situación funcional con una mayor supervivencia y una menor tasa de institucionalización en Residencia o ingreso en el

hospital^(135,139,140). Si enlazamos este hecho con la información que avala la eficacia de la rehabilitación de la capacidad funcional del anciano⁽¹⁴¹⁾, entendemos la necesidad de poner a disposición del Mayor todas las técnicas posibles para mejorar su situación y/o evitar un posible deterioro.

Cuando se realizan estudios poblacionales es importante no perder de vista el hecho obvio de que las poblaciones están constituidas por sujetos y, aunque muchos efectos sobre algunos de ellos no tienen traducción en la puntuación global de la población, suponen mejorías radicales en la calidad de vida de dichos sujetos.

Un hecho importante que queremos destacar es la dificultad para medir pequeñas evoluciones en la situación funcional del sujeto, que no tienen traducción en las escalas que manejamos de forma habitual

pero si tienen una traducción importante en la calidad de vida del sujeto y en la carga de trabajo del personal cuidador. Algunos ejemplos de estos hechos podrían ser la recuperación de la capacidad para movilizarse en la cama durante la noche, el mantener la bipedestación con apoyo durante el aseo, sin “colgarse” del auxiliar, levantar las nalgas durante el cambio de pañal en cama, colaborar con sus movimientos cuando se le viste, etc.

Quizás sería necesario elaborar un consenso entre los profesionales de las Residencias sobre la importancia de estos aspectos y elaborar escalas que pudieran permitir su medida en sujetos con alto grado de dependencia. Estas nuevas herramientas permitirían, sin duda, definir mucho mejor a nuestros pacientes y valorar más adecuadamente estas pequeñas variaciones de la situación funcional.

6. Función Cognitiva e ingreso en la Residencia

La situación cognitiva de los Mayores sometidos a estudio fue interpretada a partir de los resultados obtenidos en dos escalas, la Cruz Roja Psíquica y el Mini Examen Cognoscitivo. Consciente de las importantes limitaciones de estas interpretaciones, y entendiendo los resultados obtenidos como una aproximación a la situación real, llegamos a diversas conclusiones que exponemos a continuación.

Al ingreso se observó una alta prevalencia de deterioro cognitivo que, de acuerdo a la CRP, se situó en un 54,3 % (nivel 2,3,4 y 5 de la escala) y, según la puntuación del MEC, alcanzó el 53 % atendiendo a los sujetos con puntuaciones iguales o inferiores a 23 en dicho test.

Los datos anteriores por un lado confirman la buena correlación entre los datos de la CRP y el MEC ya testados en otros estudios⁽¹⁰³⁾, y que también pudimos comprobar en el nuestro, y por otro configuran a esta entidad como una de las causas mas importantes de ingreso en la Residencia al tratarse de una prevalencia situada muy por encima de la observada en la población general.

Según los últimos estudios realizados, la prevalencia en Europa de deterioro cognitivo entre las Personas Mayores (65 años y más) alcanza el 6,4 % (Estudio EURODEM⁽¹⁴²⁾). En cifras de nuestro entorno podemos citar el estudio Leganés⁽¹¹⁹⁾ en el que la prevalencia se situó en el 6 % .

Diferentes estudios han documentado el incremento exponencial de las cifras de prevalencia de deterioro cognitivo con la edad⁽¹⁴³⁾. Según estos estudios se ha calculado que la prevalencia de la enfermedad afecta al 1 % de los sujetos entre 65 y 70 años y cada cinco años la cifra se duplica con respecto al lustro anterior. En el estudio EURODEM la prevalencia observada entre los 85 y 89 años alcanzó el 21,6% y en el citado estudio Leganés se detectó esta entidad en el 28 % de los sujetos mayores de 85 años.

Si consideramos la edad media de los Mayores que viven en Residencias deberíamos observar cifras de prevalencia del deterioro cognitivo próximas a las citadas en la población general en sujetos con edades en torno a los 80-85 años. No obstante, podemos comprobar como en los

estudios realizados sobre población Residencial las cifras observadas se encuentran por encima de lo esperado, lo que avala el argumento antes mencionado que considera a este síndrome como causa preferente de ingreso en la Residencia. En este sentido podemos aportar datos del Estudio IM-SERVO-SEGG⁽⁵⁵⁾ donde la prevalencia observada en Residencias fue del 37%, aún por debajo del 53 % observado en nuestra muestra.

Continuando con nuestro estudio, se observó un mayor deterioro de la función cognitiva en la mujer con respecto al varón, como ya vimos en relación con la función física, y que, en el caso del MEC, resultó ser estadísticamente significativa (media de 23,62 en el varón vs 20,13 en la mujer, $p=0,008$). Atendiendo a esta escala se observó deterioro cognitivo ($MEC < 24$) en la tercera parte de los hombres (36,4%) y casi en el doble de mujeres (61,1 %)

También pudimos confirmar en nuestra muestra el incremento del deterioro cognitivo en las edades avanzadas encontrando diferencias significativas entre los sujetos situados por encima y por debajo de los 80 años.

Atendiendo a la procedencia de los ancianos se observaron puntuaciones por

encima del punto de corte ($MEC > 23$) en los que vivían solos, con o sin ayuda a domicilio, y los que convivían con su pareja. Por debajo de dicho punto de corte encontramos a aquellos sujetos que previamente convivían con otros familiares y aquellos que procedían de otra Residencia. Este perfil de deterioro según la procedencia del anciano, que ya vimos en el análisis de la función física, vuelve a confirmar nuestra teoría de la claudicación progresiva, tanto funcional como psíquica, del anciano que va cambiando de ubicación hasta su institucionalización definitiva.

La formación del anciano marcó igualmente el perfil de deterioro, observándose menores rendimientos en el MEC a medida que disminuía el nivel de estudios. La puntuación de los sujetos sin alfabetizar resultó ser significativamente inferior a la del resto de grupos.

En relación con el motivo de ingreso se observó un mayor deterioro entre aquellos que ingresaron por necesidad de asistencia (media del $MEC = 20,02$) que, además, mostraron diferencias estadísticamente significativas con el resto de ancianos.

Se observó una correlación positiva entre el MEC y el índice de Lawton,

mostrando una mayor capacidad para la ejecución de las actividades instrumentales a medida que aumentaba el rendimiento cognitivo.

No se encontró correlación entre la puntuación del MEC y el índice de Katz, la escala de Yesavage, la actitud ante el ingreso, el número de diagnósticos ni el consumo de fármacos.

La **escala de Cruz Roja Psíquica** en la población global no mostró variaciones durante los seis meses de seguimiento del estudio, observando medias al ingreso, mes, tres y seis meses de 1,81; 1,75; 1,80 y 1,75 respectivamente.

Por sexos se mantuvo el mejor rendimiento cognitivo en el varón frente a la mujer durante los seis meses. El varón mostró una mejora del rendimiento cognitivo (disminución de la media) que fue progresiva y se hizo más notable a los seis meses. En la mujer, por el contrario, no hubo variaciones significativas aunque se apreció un discretísimo empeoramiento del nivel cognitivo, concretado en un ascenso de la media de la CRP.

Por edades se produjo una evolución muy dispar de las medias de la CRP. Los dos grupos con mejor rendimiento

cognitivo al ingreso sufrieron evoluciones contrarias, mientras el grupo de 95 y más años, que mostró el mejor rendimiento cognitivo al ingreso, empeoró progresivamente a lo largo de los seis meses, el segundo grupo con mayor rendimiento cognitivo, sujetos entre 65 y 69 años, fue mejorando progresivamente hasta el sexto mes, registrando medias más bajas en cada control respecto al previo. También mejoró de forma apreciable el grupo de 70 a 74 años y más discretamente el de 75 a 79 y el de 85 a 89. El grupo de 80 a 84 años y el de 90 a 94 mostraron un peor rendimiento cognitivo a los seis meses del ingreso respecto a los niveles observados a su entrada en la Residencia.

Los sujetos que vivían solos y aquellos que procedían de otra Residencia mejoraron la situación cognitiva rebajando la media de la CRP. Los que vivían con su pareja u otros familiares apenas modificaron su situación, y los que vivían solos con ayuda a domicilio empeoraron.

La evolución observada según el nivel de estudios puso de manifiesto una mejora del deterioro en aquellos sujetos con estudios superiores y sin alfabetizar, y apenas se modificó en los que alcanzaban un nivel máximo de estudios primarios y medios.

Se valoró igualmente como evolucionaron los sujetos según el motivo que les llevó a ingresar, comprobando una mejoría en aquellos que ingresaron por necesidad de asistencia o soledad, un empeoramiento en los que lo hicieron ante la presencia de problemática social y no se modificó en el resto.

En el **Mini Examen Cognoscitivo de Lobo** observamos muy escasa variación de la media registrada en los cuatro cortes del estudio, con unos valores que se mueven entre 21 y 22 (deterioro cognitivo leve) sin que ninguno alcanzara diferencia estadísticamente significativa con respecto al basal, ni con el valor registrado en ningún otro de los controles.

En relación con el sexo, se observó un mantenimiento de la situación cognitiva en la mujer, según el MEC, frente a una mejoría cognitiva registrada en el hombre, que se tradujo en un incremento de dos puntos en los valores del MEC a los seis meses frente a los registrados al ingreso. Las diferencias observadas entre los sexos alcanzaron una diferencia significativa en los controles basales y en los realizados al mes y los seis meses (en todo caso con $p < 0,05$), no así en los registros obtenidos al tercer mes en el que se observó un ligero descenso de la media del

MEC en el varón.

Los sujetos mostraron diferente evolución del MEC según la edad, de forma que el mayor incremento se observó en los sujetos de 65 a 69 con algo más de cuatro puntos en el MEC registrado a los seis meses (27,33) con respecto al basal (23), aunque esta diferencia carece de valor dada la escasez de sujetos de este grupo en el sexto mes.

Se observaron igualmente incrementos de los valores del MEC al sexto mes, con respecto al ingreso, en todos los sujetos con edades comprendidas entre los 70 y 89 años. En los Mayores con edades superiores a los 90 años se observó una disminución discreta del rendimiento cognitivo a los seis meses.

Los sujetos con estudios primarios aumentaron la media del MEC en un punto a los seis meses del ingreso, y los sujetos sin alfabetizar sólo lo hicieron en medio punto. Por el contrario aquellos que presentaban el nivel de estudios medios perdieron un punto en el MEC de promedio, y los que tenían un nivel de estudios primarios descendieron en más de dos puntos.

Atendiendo al domicilio de proce-

dencia del sujeto, vimos como los que convivían previamente con su pareja vieron reducido en tres puntos el rendimiento del MEC, los que convivían con familiares no modificaron esta puntuación y el resto mejoraron el rendimiento cognitivo según el MEC; 1,25 puntos en los que vivían solos con ayuda a domicilio, 1,5 en los que vivían solos sin ayuda y hasta 3,5 en los que procedían de otra Residencia.

En el presente estudio no se valoraron los frecuentes trastornos del comportamiento del anciano con deterioro cognitivo⁽¹⁴⁴⁾ y que son los que motivan el ingreso en la Residencia en un alto por-

centaje de casos⁽¹⁴⁵⁾. No obstante, dada el elevado consumo de recursos y la alta repercusión económica de toda la sintomatología asociada a esta enfermedad^(146,147), queremos destacar las Residencias como una de las alternativas de elección en las fases avanzadas de la enfermedad que pueden aportar una atención de calidad con unos costes razonables. Es posible que la coordinación con otros niveles asistenciales (hospital, centro de día, etc.) pueda contribuir a mejorar la atención a una enfermedad que, por las cifras “casi epidémicas”, que ha empezado a adoptar en los últimos años, va a plantear serios retos en un futuro inmediato.

7. Función Afectiva e ingreso en la Residencia

La función afectiva de los sujetos de nuestra muestra fue inferida de los resultados obtenidos en la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Las evidentes limitaciones de definir una entidad tan compleja a partir de una simple escala, se veían aumentadas en aquellos sujetos con un deterioro cognitivo que les impedía entender correctamente las preguntas realizadas en dicha escala, por lo que éstos (el 20,6 % al ingreso) fueron excluidos de esta valoración.

Conviene recordar que los puntos de corte utilizados nos permitían hablar de ausencia de depresión (0 a 10 puntos), depresión leve-moderada (11 a 20) y depresión severa (21 a 30).

La media al ingreso mostró cifras compatibles con una depresión leve (media= 12,21+/-6,6). Esta depresión se observó en más de la mitad de los sujetos (54,6%) y fue grave en una importante proporción (15,5%).

Según la bibliografía esta entidad se encuentra con gran frecuencia infradiagnosticada y la aplicación de escalas de for-

ma sistemática ante determinados hallazgos puede mejorar su detección^(148,149). En ocasiones, la presencia de deterioros funcionales por encima de lo explicado por su situación física pueden dar la pista sobre la presencia de una depresión⁽¹⁵⁰⁾. Igualmente la aparición de conductas agresivas en sujetos con deterioro cognitivo leve⁽¹⁵¹⁾, o las ideas reiteradas de muerte⁽¹⁵²⁾, pueden hacer pensar en su existencia..

La diferente sistemática utilizada en el diagnóstico da lugar a cifras muy dispares de prevalencia de la enfermedad. En el estudio IMSERSO-CIS nº 2279 (1998)⁽⁵⁸⁾ se afirma que está presente en el 11,1 % de la población anciana y en el estudio Geriatria XXI⁽⁵⁷⁾ alcanzaba al 24,3 % de los ancianos que acudían al Centro de Salud. Fuera de nuestras fronteras se han publicado cifras de prevalencia de la enfermedad que afectan al 22,4 % de los ancianos ingresados en una Unidad de Agudos Hospitalaria⁽¹⁴⁹⁾, al 49 % de una muestra de sujetos no institucionalizados en Alemania⁽¹⁵³⁾ o al 68% de ancianos ingresados en Residencias en USA⁽¹⁵⁴⁾.

En nuestro estudio la mujer mostró un mayor deterioro de su función afectiva,

superando en mas de tres puntos al varón en la media obtenida en la escala (13,37 vs. 10,02). Las diferencias observadas fueron muy significativas a nivel estadístico. La depresión se encontró en el 41,7 % de los varones y el 61,4% de la mujeres. Parte de este hecho podría tener su explicación, al margen de otros muchos condicionantes, en los hallazgos publicados que correlacionan de forma positiva los niveles de estrógenos y la depresión⁽¹⁵⁵⁾.

No se observaron diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por los ancianos en función de la edad.

Los viudos mostraron la mayor puntuación en la escala (media= 13,14) y los casados la menor (media= 10,03). Los solteros puntuaron entre ambas categorías (media= 11,88). En ningún caso las diferencias observadas tuvieron significación estadística. No obstante, estos resultados coinciden con lo publicado en otros textos, donde se observa una mayor incidencia de la enfermedad en mujeres viudas⁽¹⁵⁶⁾, en las que además se registró una mayor tasa de suicidios.

Ni el nivel de estudios que presentaba el mayor al ingreso, ni la causa que lo llevó a la Residencia marcó diferencias en la puntuación en la escala de Yesavage.

La ubicación previa al ingreso sí condicionó respuestas diferentes en dicha escala, de forma que los que vivían solos parecían alcanzar puntuaciones más altas (media= 14,10) que los que vivían con su pareja (media=9,73) o recibían ayuda a domicilio (media= 9,44). Los que convivían con familia previamente al ingreso o procedían de otra Residencia puntuaron entre ambos extremos. Las diferencias encontradas no alcanzaron significación a nivel estadístico.

La puntuación registrada en la escala de Yesavage no se correlacionó con la situación funcional (IK), ni con el número de diagnósticos ni de fármacos registrados al ingreso.

Durante los seis meses de estancia en la Residencia se observó un descenso progresivo de la puntuación de la escala que alcanzó los dos puntos de diferencia entre el ingreso (media= 12,21) y el control realizado a los seis meses (media= 10,25), y que resultó ser estadísticamente significativa.

Esta mejora de la función afectiva se produjo a expensas de ambos sexos, de forma que al final del estudio la diferencia a favor del varón (menor grado de depresión), frente a la mujer, seguía sien-

do significativa..

En relación con el estado civil, el mayor descenso de puntuación se observó en los casados y el menor en los solteros.

Los que procedían de otra Residencia o previamente vivían solos incrementaron ligeramente la puntuación, el resto de sujetos la disminuyó en los seis primeros meses de estancia en la Residencia

En atención a la edad, observamos un empeoramiento de la función afectiva en ambos extremos de la distribución que resultó particularmente llamativa en la población más joven (65 a 69 años), superando los 4 puntos de incremento en la escala de Yesavage (10,75 al ingreso vs.

15 a los seis meses). Las edades intermedias de la distribución presentaron una mejora progresiva de esta función a lo largo del ingreso.

Para finalizar este apartado solo cabe reseñar la elevada importancia de la detección y tratamiento adecuado de la depresión. Esta entidad, además de ser una causa frecuente de ingreso en la Residencia, aumenta el consumo de recursos, condiciona un mayor número de traslados al Hospital y se correlaciona con tasas altas de mortalidad⁽¹⁵⁷⁾. En cuanto al tratamiento, recordar también la importancia de realizar una intervención terapéutica a diversos niveles, tanto desde el punto de vista farmacológico como no farmacológico.

8. Satisfacción del Mayor en la Residencia

Al ingreso en la Residencia tres de cada cuatro ancianos manifestaron una actitud buena o muy buena cuando se les consultaba su grado de conformidad con la entrada en el Centro.

Aunque hay estudios que documentan un mayor grado de satisfacción del anciano no institucionalizado frente al que está en una Residencia(157), cuando éste último ingresa, suele hacerlo como consecuencia del agotamiento de todos los recursos disponibles (apoyo familiar, otros recursos sociales, etc.). En esta situación el ingreso en la Residencia se configura como la mejor, a veces la única, de las opciones posibles.

No obstante, debemos insistir en las limitaciones de la escala analógica utilizada y en las impuestas por la prudencia del Mayor que puede preferir no mostrar una actitud crítica hasta sentirse más afianzado en la Residencia.

En cada uno de los cortes realizados en el estudio se volvió a consultar por el grado de satisfacción de la estancia en el Centro haciendo uso de la misma escala.

Los resultados obtenidos apenas se modificaron globalmente con respecto a los registrados al ingreso.

Al analizar de forma independiente esta actitud en las diferentes categorías observamos evoluciones muy dispares.

El varón mostró una disminución progresiva de su grado de satisfacción que fue compensado por una evolución de la mujer en sentido inverso.

Por edades lo más apreciable fue el importante descenso del grado de satisfacción experimentado por los sujetos más jóvenes (65 a 69 años) en probable relación con dificultades en el proceso de adaptación. En el otro extremo observamos a los decanos de la muestra (95 y más años) que experimentaron el mayor incremento de satisfacción durante la estancia.

En relación con el estado civil observamos un aumento del grado de confort en los viudos y una disminución en los solteros y casados.

Los sujetos que ingresaron por soledad o condicionados por problemática so-

cial vieron crecer su grado de satisfacción durante los seis meses. Los que ingresaron por necesidad de asistencia mostraron buena actitud ante el ingreso y no la modificaron durante su estancia.

El nivel de satisfacción manifestado por el Mayor no estaba relacionado con su situación funcional ni con su estado cognitivo ni anímico.

9. Influencia del Tipo de Centro

Además de analizar los datos de forma global, nos pareció interesante analizar la influencia de diferentes características de la Residencia en dichos resultados. A tal efecto se agruparon las residencias según su titularidad, tamaño e infraestructura para estudiar su influencia sobre diversas variables.

En cuanto a la capacidad diagnóstica de la Residencia, los centros de titularidad pública identificaron un mayor número de nuevos diagnósticos, seguidos de los centros privados concertados y finalmente de los no concertados. Igualmente se detectaron más patologías nuevas en los centros con rehabilitación. El tamaño del centro no marcó diferencias significativas en cuanto a su capacidad diagnóstica.

Lo anterior hace pensar que los procesos diagnósticos dentro de la Residencia se ven mejorados por un buen equipamiento del Centro, como parece obvio. Este hecho debe animar a mejorar progresivamente la dotación, tanto material como personal, de las Residencias para colaborar con otros niveles asistenciales en una mejor valoración diagnóstica del anciano.

En cuanto al consumo farmacológico, no encontramos ninguna tendencia significativa en función de las características de la Residencia. Probablemente este hecho pueda explicarse por la participación de múltiples variables que no se han considerado en el presente estudio y que pueden tener que ver con el perfil prescriptor del facultativo, la facilidad de acceso al medicamento, la estructura del almacén de farmacia del Centro, etc.

La capacidad funcional mejoró solo en los Centros privados, a los tres meses solo en los privados concertados y a los seis también en los no concertados. Igualmente mejoró durante todo el estudio en los centros con rehabilitación. En los centros sin rehabilitación la situación funcional empeoró a los tres meses pero mostró una discreta mejoría a los seis meses. Este último hecho puede ser explicado por el estímulo mantenido de las capacidades funcionales residuales (a modo de rehabilitación "informal") que se lleva a cabo durante la atención cotidiana, y por el efecto de selección de la muestra debido a la exclusión de los sujetos más frágiles por fallecimiento durante los seis primeros meses.

En relación con la evolución de la situación cognitiva se observó una mejoría progresiva durante la estancia en los Centros públicos, aunque las diferencias no fueron significativas con respecto a los centros privados. Los centros con rehabilitación mejoraron la puntuación del MEC a los tres y seis meses, lo que no tenían rehabilitación empeoraron a los tres meses pero mejoraron discretamente al semestre del ingreso. El tamaño del centro no influ-

yó en la función cognitiva.

La situación afectiva no se vio afectada por la titularidad del centro, los privados mejoraron esta situación a los tres y seis meses y los públicos empeoraron al tercer mes y mejoraron al sexto. Las diferencias no fueron significativas. Tampoco se observó influencia del tamaño ni de la infraestructura de la Residencia en la evolución de la situación afectiva.

VII. CONCLUSIONES

De todos los resultados obtenidos podemos concluir lo siguiente:

1.- El perfil del usuario de Residencia coincide con el de una mujer, ama de casa, con edad ligeramente por encima de los 80 años, soltera o viuda, con bajo nivel formativo y que ingresaba por precisar asistencia después de haber convivido con algún familiar y manifestando una buena actitud ante el ingreso.

2.- Al ingreso en la Residencia el anciano presentaba pluripatología con enfermedades, fundamentalmente crónicas e invalidantes y que afectaban por orden decreciente de frecuencia al sistema nervioso, aparato cardiovascular, digestivo y locomotor.

3.- Se comunicaron al ingreso un mayor número de diagnósticos en la mujer y en los sujetos más jóvenes. La demencia se configuró como un importante motivo de ingreso.

4.- Se observó una infravaloración diagnóstica previa al ingreso, que se tradujo en el hallazgo de un nuevo diagnóstico

por cada dos sujetos en las primeras semanas tras el ingreso. En el semestre estudiado se detectaron 200 nuevas entidades nosológicas que se correspondieron por orden decreciente de frecuencia al sistema hematológico (46), nervioso (40), cardiovascular (39) y digestivo (23) entre los más importantes.

5.- La mortalidad fue del 18,26 % en el primer semestre, superior a la observada en la población española mayor de 65 años. Fue mas alta en la mujer y a medida que avanzaba la edad. Las causas mas frecuentes fueron en orden decreciente las infecciones respiratorias, el infarto agudo de miocardio, las neoplasias, el accidente cerebrovascular y la hemorragia digestiva.

6.- Se encontró un consumo farmacológico alto al ingreso (3,29 fármacos por sujeto), con tendencia a la monodosis (1,6 dosis diaria de cada fármaco), sin diferencia por sexos, y que fue mayor en el grupo más joven. Los fármaco mas consumidos pertenecían a los grupos farmacológicos N (sistema nervioso), C (aparato cardiovascular) y A (aparato digestivo y metabolismo) con un alto consumo de fármacos para el tratamiento del dolor.

7.- A los seis meses había disminuido el número de fármacos consumidos por proceso, ya que se mantuvo el consumo farmacológico absoluto a pesar de haber aumentado el número de diagnósticos.

8.- Algo más de la mitad de la población tenía un alto nivel de dependencia y la quinta parte dependía para todas las ABVD. Este deterioro fue mayor en la mujer y se produjo según el orden propuesto en el índice de Katz, a excepción de la incontinencia urinaria que se anticipó a la pérdida de movilidad. Se produjo una discreta mejoría funcional durante los seis meses de estancia que fue más notable en la mujer.

9.- Se observó deterioro cognitivo en algo más de la mitad de los sujetos (53%) que fue severo en uno de cada cuatro ancianos al ingreso y mostró mayor prevalencia en la mujer, en los sujetos mayores de 80 años, en los analfabetos y en los que ingresaron por necesidad de asistencia. Durante los seis meses se produjo una ligera mejoría de la función cognitiva que no fue estadísticamente significativa

10.- Uno de cada dos sujetos presentaba depresión (54 %) que era grave en

el 15,5 % y mostraba mayor prevalencia en el varón. Durante la estancia mejoró la situación afectiva de la muestra.

11.- Esta situación afectiva mejoró en todos los Centros durante la estancia, sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

12.- Las tres cuartas partes de los sujetos mostraron una actitud buena o muy buena al ingreso y se manifestaron satisfechos o muy satisfechos durante los seis meses de estancia. Esta actitud fue independiente de la situación funcional, cognitiva y afectiva.

13.- En los Centros de titularidad Pública y en los que se encontraban mejor equipados se observó un aumento de la rentabilidad diagnóstica y una mejoría de la función cognitiva.

14.- La situación funcional mejoró en los Centros Privados y en aquellos con rehabilitación.

15.- La tipología de la Residencia no estableció diferencias en la cantidad de fármacos prescritos.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Informe GAUR: "La situación del anciano en España". Ed.: Confederación Española de Cajas de Ahorros. Madrid. 1975
- (2) Challis D y Davies B. : " A new approach to community care for the elderly" en *British Journal of Social Work*.10:1-18. 1980
- (3) Instituto Nacional de Servicios Sociales. "Situación Social de la Tercera Edad. Los usuarios de Residencias de la Seguridad Social". Documento Técnico 8/81. Ed. INSERSO. Madrid.1982
- (4) Instituto Nacional de Estadística. "Tablas de Mortalidad y Esperanza de vida". INE. Madrid.1900-1980
- (5) Instituto Nacional de Estadística. "Anuario Estadístico". INE. Madrid. 1900-1981
- (6) Instituto Nacional de Estadística. "Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías". . INE. Madrid..1987
- (7) Rodriguez Rodriguez, P.: " El apoyo informal en la atención a Personas Mayores" en *Personas mayores dependientes y Apoyo Informal*. Universidad Internacional de Andalucía. Baeza.. 1995.
- (8) Challis D y Davies B.: "Long term care for the elderly: the community care scheme" en *British Journal of Social Work*, 15: 563:79. 1985
- (9) Challis D y Davies B.: *Case management in community care*". Aldershor, Hants: Gower. 1986
- (10) Statskontoret: "Care of the elderly in the nordic Countries". Estocolmo 1988
- (11) OCDE: *L'aide aux personnes agées fragiles: les questions de politique sociale*. . París 1992.
- (12) Naciones Unidas: "Report of the World Assembly on aging. Viena, Nueva York.1982.
- (13) Orden de 7 de julio de 1989 por la que se regula la accion concertada

- del Instituto Nacional de Servicios Sociales en materia de reserva y ocupación de plazas en centros residenciales para la tercera edad y minusválidos. Madrid.1989
- (14) Orden 546-1989, de 26 de Diciembre, por la que se regula la acción concertada de la Consejería de Integración Social en materia de reserva y ocupación de plazas en Residencias de la Tercera edad. Madrid. 1989
- (15) Resolución de 26 de enero de 1993, de la subsecretaria por la que se da publicidad al convenio entre el Ministerio de Asuntos Sociales y la Comunidad Autónoma de Madrid para el desarrollo de proyectos relacionados con el programa de creación de plazas residenciales del plan gerontológico. Madrid. 1993
- (16) Resolución de 9 de Septiembre de 1993, de la Subsecretaría, por la que se da publicidad entre el Ministerio de Asuntos Sociales y la Comunidad Autónoma de Madrid para el desarrollo de proyectos relacionados con el programa de creación de plazas residenciales del plan Gerontológico. Madrid. 1993
- (17) Orden 1447-1995, de 29 de Diciembre, de la Consejería de Anidad y Servicios Sociales, por la que se adscriben a Centros Directivos y organismos autónomos de la Consejería las Competencias, Funciones y Servicios estatales transferidos en materias encomendadas al Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). Madrid. 1995
- (18) Orden 1018-1995, de 31 de Mayo, de la Consejería de Integración Social por la que se aprueba el procedimiento para la tramitación de solicitudes y adjudicación de plazas en las Residencias de Mayores que integran la Red Pública de la comunidad de Madrid. Madrid. 1995
- (19) Orden 180-1995,, de 11 de Septiembre, por la que se modifica la Orden 1018-1995 de 31 de Mayo, de la Consejería de Integración Social, relativa al procedimiento para la tramitación de solicitudes y adjudicación de plazas en las Residencias de Mayores que integran la Red Pública de la Comunidad de Madrid. Madrid 1995
- (20) Resolución de 15 de Noviembre de 1995, de la Dirección General de

Servicios Sociales, por la que se modifica el baremo para la valoración de solicitudes de plaza en Residencias de Mayores de la Comunidad de Madrid. Madrid. 1995.

(21) Resolución 5934 - 1995, de 27 de Septiembre , de la Dirección General de Servicios Sociales, por la que se aprueban los modelos oficiales relativos a la solicitud de ingreso en Residencias de Mayores de la Comunidad de Madrid Madrid. 1995

(22) Orden 1337-1998, de 13 de Julio, por la que se regula la tramitación de solicitudes y adjudicación de plazas en Centros Residenciales de Atención a Personas Mayores que integran la Red Pública de la Comunidad de Madrid. Madrid. 1998

(23) Resolución 15459.1998, de 26 de Agosto, de la Dirección General de Servicios Sociales , por la que se aprueban los Modelos oficiales relativos a la solicitud de ingreso en Residencias de Mayores de la Comunidad de Madrid. Madrid. 1998

(24) Acuerdo de 2 de Julio de 1998, del Consejo de Gobierno ,por el que se actualiza la tabla de precios en Resi-

dencias de Mayores de la Comunidad de Madrid, propias, concertadas y contratadas y se establece un Régimen transitorio para las Residencias de Mayores propias o concertadas procedentes del traspaso a la Comunidad de Madrid de las funciones y servicios de la Seguridad Social en las materias encomendadas al Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). Madrid. 1998.

(25) Resolución 369-2000, de 26 de Enero, de la Dirección General del Mayor, por la que se fija para el año 2000 el importe mensual que deben aportar los ocupantes de plazas financiadas parcialmente por la Comunidad de Madrid en Residencias de Mayores y se actualiza el importe de los ingresos personales como requisito para acceder a dichas plazas. Madrid. 2000

(26) Resolución 385-2001, de 24 de Enero, de la Dirección General del Mayor, por la que se fija para el año 2001 el importe mensual que deben aportar los ocupantes de plazas financiadas parcialmente por la Comunidad de Madrid en Residencias de Mayores y se actualiza el

- importe de los ingresos personales como requisito para acceder a dichas plazas. Madrid. 2001.
- (27) Resolución 417-2002, de 31 de Enero, de la Dirección General del Mayor, por la que se fija para el año 2002 el importe mensual que deben aportar los ocupantes de plazas financiadas parcialmente por la Comunidad de Madrid en Residencias de Mayores y se actualiza el importe de los ingresos personales como requisito para acceder a dichas plazas. Madrid. 2002.
- (28) Orden 637-1999, de 30 de Diciembre, de la Consejería de Servicios Sociales, por la que se aprueba la convocatoria anual de subvenciones para el mantenimiento de Centros y Servicios de Instituciones sin fin de lucro para atención a Personas Mayores. Madrid. 1999.
- (29) Acuerdo de 21 de Mayo de 1991, del Consejo de Administración del Servicio regional de Bienestar Social, por el que se aprueban los precios para los conciertos de reserva y ocupación de plazas suscritos por dicho organismo autónomo. Madrid. 1991
- (30) Orden 258-1992, de 27 de Mayo, de la Consejería de Integración Social, por la que se establecen los precios públicos en las Residencias de Ancianos Concertadas por la Comunidad de Madrid.. Madrid. 1992.
- (31) Orden 407-1994, de 1 de Marzo, por la que se aprueba la convocatoria pública para concertación de plazas para atención a ancianos asistidos en Centros Residenciales. Madrid. 1994
- (32) Orden 313-1995, de 15 de Febrero, por la que se regula la acción concertada de la Consejería de Integración Social en materia de reserva y ocupación de plazas en Centros Residenciales para Personas Mayores. Madrid. 1995
- (33) Orden 286-1992, de 10 de junio, de la Consejería de Integración Social, por la que se convocan turnos de estancia en Residencias durante el periodo estival para Personas Mayores atendidas habitualmente por sus familias u otras personas. Madrid. 1992
- (34) Orden 750-1993, de 3 de junio, de

- la Consejería de Integración Social, por la que se convocan turnos de estancia en Residencias durante el periodo estival para Personas Mayores atendidas habitualmente por sus familias u otras personas. Madrid. 1993
- (35) Orden 854-1994, de 26 de Mayo, de la Consejería de Integración Social, por la que se convocan turnos de estancia en Residencias durante el periodo estival para Personas Mayores atendidas habitualmente por sus familias u otras personas. Madrid. 1994
- (36) Orden 2116-2001, de 17 de Diciembre, de la Consejería de Servicios Sociales, por la que se convocan turnos de estancia en Residencias durante las vacaciones de las personas que les atienden habitualmente. Madrid. 2001
- (37) Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO): "Residencias de la Tercera Edad". ; INE. Madrid. 1993
- (38) Rodriguez Rodriguez, P.: "La Residencia: Concepto, destinatario y objetivos Generales" en Residencias para Personas Mayores. Ed.:SG Editores. Barcelona. 1995
- (39) Instituto Nacional de Estadística: "España en Cifras 2001". Versión informática web: [http\\ www.ine.es](http://www.ine.es). INE. Madrid 2001
- (40) Instituto de Migración y Servicios Sociales: "Las Personas Mayores en España. Informe 2000". Versión informática web: [http\\ www.imsersomayores.csic.es](http://www.imsersomayores.csic.es). IMSERSO Madrid .2001
- (41) Instituto Nacional de Estadística: "Anuario estadístico de España Año 1998". INE. Madrid. 1999
- (42) Instituto Nacional de Estadística: "Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991". INE. Madrid .1995
- (43) Eurostat: "Statistiques demographiques". Luxemburgo. 1999
- (44) Instituto Nacional de Estadística: "Anuario estadístico de España Año 2000". INE. Madrid. 2001
- (45) Instituto Nacional de Estadística:

- ca:”Tablas de Mortalidad de la Población Española 1994.1995”. INE. Madrid. 1998
- (46) Instituto Nacional de Estadística: “Renovación del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de Mayo de 1996. Resultados Nacionales y por Comunidades autónomas”. INE. Madrid. 1997
- (47) Instituto Nacional de Estadística: “Movimiento natural de la población en 1996, Tomo I. Resultados a nivel nacional y su distribución por provincias y capitales. INE. Madrid. 1999.
- (48) Ministerio de Sanidad y Consumo:”Indicadores de Salud. Tercera evaluación en España del programa regional europeo Salud para Todos”. . Madrid. 1995
- (49) Instituto Nacional de Estadística: “Evolución de la fecundidad en España 1970-1994”.INE. Madrid. 1998
- (50) Instituto Nacional de Estadística: “Población de los municipios españoles. Renovación del Padrón municipal de habitantes a 1 de Mayo de 1996”. Madrid . 1997.
- (51) Instituto Nacional de Estadística: “Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud” INE. Madrid. 1999
- (52) Instituto Nacional de Estadística: “Revisión de las Proyecciones de Población en base al Censo de Población de 1991. INE Madrid.. Mayo-1999.
- (53) Ministerio de Sanidad y Consumo:” Encuesta Nacional de Salud”. Madrid. 1997
- (54) Sociedad Española de Geriatria y Gerontología : “Indicadores Sanitarios” en Geriatria XXI. Ed.: Editores médicos S.A. EDIMSA. Madrid. 2000. 85-126
- (55) IMSERSO-SEGG: “Atención a Personas Mayores que viven en Residencias. Protocolos de Intervención psiosocial y sanitaria”. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 1998
- (56) Instituto Nacional de Servicios Sociales- Centro de investigaciones Sociológicas: “ Estudio nº 2072: Las Personas mayores en España”. Madrid. 1995

- (57) Sociedad Española de Geriatria y Gerontología: "Indicadores Sociales" en Geriatria XXI. Ed.: EDIM-SA. Editores médicos S.A. . Madrid. 2000. 55-84
- (58) Instituto Nacional de Servicios Sociales- Centro de investigaciones Sociológicas: " Estudio nº 2279". Madrid. 1998
- (59) OCDE: "Protégèr les personnes ageès dependantes des olitiques en mutatio. Etudes de politique sociale nº 19. 1996
- (60) Eurostat: "European Community Household Panel (ECHP). Selected Indicator from the 1995 wave". Luxemburgo. 1995
- (61) Instituto Nacional de la Seguridad Social: "Evolución mensual de las pensiones del Sistema de Seguridad Social" INSS. Madrid. Abril, 1998
- (62) Instituto Nacional de la Seguridad Social: "Evolución mensual de las pensiones del Sistema de Seguridad Social" INSS. Madrid. Enero, 2000
- (63) Sagardoy Bengoechea, JA., Sagardoy de Simón, I: Artículo 50. La protección a la Tercera Edad y el Bienestar Social", en "Comentarios a la Constitución Española de 1978, tomo IV. Ed.: Cortes Generales-Edersa. Madrid. 1996.
- (64) Instituto Nacional de Estadística: "Encuesta Panel de Hogares de la Unión Europea. INE. Madrid. 1999
- (65) Instituto Nacional de Estadística:: "Encuesta de presupuestos familiares 1990-1991". INE. Madrid. 1991
- (66) MITAS: "Boletín de estadísticas laborales". Madrid. Junio 2000
- (67) Dirección General de Costes y Pensiones Públicas: "Boletín de Gestión de Clases Pasivas. Separata del seguimiento presupuestario y nómina". Madrid. Diciembre 1998
- (68) IMSERSO: "Mapa de prestaciones de naturaleza no contributiva. Correlación de la población española .31 de Diciembre de 1998" Madrid. 1999
- (69) IMSERSO- Subdirección General del Plan Gerontológico y programas para Mayores. Area del Plan

- Gerontológico. Observatorio permanente de Personas Mayores: "Servicios disponibles en el Estado Español para Personas Mayores.1998" Versión informática web: [http\\www.imsersomayores.csic.es](http://www.imsersomayores.csic.es). IMSERSO Madrid .2001
- (70) Sociedad Española de Geriatria y Gerontología: "Análisis de los Recursos Sociales " en Geriatria XXI. Ed.: EDIMSA. Editores médicos S.A. . Madrid. 2000. 127-158
- (71) Salgado Alba, A; Mohino de la Torre, J.M.: "Asistencia médica y de enfermería a domicilio" en Algado, A; Guillen,F. : "Manual de Geriatria". Ed.:Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Barcelona. 1990 . 73-81
- (72) Guillén Llera, F.: "Ayuda a domicilio. Aspectos médicos en Geriatria". Rev. Esp. Geriatr. 4, Madrid. 1972
- (73) Ruipérez Cantera,I.. "Geriatria hospitalaria. La ayuda Geriátrica domiciliaria". Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. 1995
- (74) Rodriguez Rodriguez,P.: "El Servicio de Ayuda a domicilio (SAD)" en Sociedad Española de Geriatria y Gerontología: "El Servicio de Ayuda a domicilio, serie Gerontología Social nº 2 Ed.: Editorial médica panamericana. Madrid. 1997
- (75) Porto y Rodriguez, P.: "Evolución y extensión del SAD en España". IMSERSO. Madrid. 1998
- (76) Ministerio de Asusntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales: "Plan Gerontológico Nacional". INSERSO. Madrid. 1993
- (77) Orden 17/1998 de 14 de Enero de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid que regula la concesión de ayudas individuales para el acogimiento familiar.
- (78) Sociedad Española de Geriatria y Gerontología: "Análisis de los Recursos Sociales " en Geriatria XXI. Ed.: EDIMSA. Editores médicos S. A. . Madrid. 2000. 127-160
- (79) Instituto Nacional de Servicios Sociales: "Guía directorio de Centros para Personas Mayores"

- Ed.: INSERSO. Madrid . 1995
- (80) Lizasoain L; Joaristi L.: “SPSS para Windows Versión 8 en Castellano”. Ed.: Paraninfo. Madrid. 1999
- (81) Boletín Oficial del Estado” Clasificación anatómica de Grupos terapéuticos” Ed.. BOE. Madrid. 21 de mayo de 1985. Nº121
- (82) Cruz Jentoft, A.J.: “Evaluación funcional del anciano” en Ribera Casado, J.M.; Crus Jentoft A.J.:“Geriatría en Atención Primaria” Éd.: J.Uriach & Cia. Barcelona. 1997. 2ª Edición 17-26
- (83) López Mongil R.:”La Historia Clínica y las escalas de valoración” en Reuss Fernández, J.M.:“Medicina Geriátrica en Residencias” Ed.. EDIMSA. Madrid .2000. 189-210
- (84) Pascual Bueno, J.: “Escala e índices de valoración geriátrica de uso más frecuente en las Residencias de ancianos” en Reuss Fernández, J.M.: “Medicina Geriátrica en Residencias” Ed.. EDIMSA. Madrid .2000. 967-992
- (85) Salgado Alba, A.; González Montalvo, J.I.: “Importancia de la valoración geriátrica”. En Salgado Alba, A.; Alarcon M.T.: “Valoración del paciente anciano”. Ed.: Masson S. A. Barcelona. 1993
- (86) Kane R.A.; Kane R.L.: “Evaluación de las necesidades de los ancianos: guía práctica sobre los instrumentos de medición”. Ed.. SG Editores S.A. Madrid. 1990.
- (87) Salgado Alba A: “ Geriatría, especialidad médica. Historia. Problemas médico-sociales que plantean los ancianos. Conceptos. Valoración geriátrica. Enseñanza de la Geriatría” en Salgado Alba,A.; Guillen Llera, F.: “Manual de Geriatría”. Ed.: Masson. Barcelona. 1994. 2ª Edición. 31-42.
- (88) Tobaruela González, J.L.: “Concepto de valoración geriátrica integral” en Reuss Fernández, J. M.: “Medicina Geriátrica en Residencias” Ed.. EDIMSA. Madrid .2000. 119-136
- (89) Bravo Fernández de Araoz, G: “Valoración funcional” en Guillen Llera,F; Pérez del Molino Martín,

- J.: "Síndromes y cuidados en el paciente Geriátrico" Ed.: Masson. Barcelona. 1994. 67-78
- (90) Besdine,R.W.: "Medicina Geriátrica" en Berkow R.: Manual Merck de diagnóstico y terapéutica". Ed.: Harcourt Brace. Madrid. 1998. 2805-2813
- (91) Ribera Casado, J.M.: "Envejecimiento del Sistema Nervioso Central" en Ribera Casado, J.M.: "Patología Neurológica y Psiquiátrica en Geriatria". Colección Clínicas Geriátricas vol. V. Ed.: Editores Médicos S.A. Madrid. 1989. 11-23
- (92) Alonso Fernández, F.: "El proceso de envejecimiento psíquico" en Ribera Casado, J.M.: "Patología Neurológica y Psiquiátrica en Geriatria". Colección Clínicas Geriátricas vol. V. Ed.: Editores Médicos S.A. Madrid. 1989. 25-29
- (93) Giurgea, Cornéliu E. Giurgea: "Envejecimiento cerebral". Ed.: Masson S.A. Barcelona. 1995
- (94) Cacabelos, R.: "Enfermedad de Alzheimer. Concepto nosológico, epidemiología" en Cacabelos R.: "Enfermedad de Alzheimer. Etiopatogenia, neurobiología y genética molecular, diagnóstico y terapéutica." Ed.: J.R. Prouss. S.A. Barcelona. 1991. 1-33
- (95) Bermejo Pareja, F.: "Epidemiología de la demencia senil en España. Situación actual y perspectivas futuras" en Tolosa,E.; Bermejo,F; Boller,F. " Demencia Senil. Nuevas perspectivas y tendencias terapéuticas" Ed.: Springer-Verlag Ibérica S.A. Barcelona. 1991. 1-15
- (96) Rocca, W.H.: "Epidemiología de la Enfermedad de Alzheimer: Una actualización " en Bermejo Pareja, F; Del Ser, T.: "Demencias. Conceptos actuales" Ed.:Díaz de Santos S.A. Madrid. 1993. 79-90
- (97) Iruela, L.M.; Sanz Aranguéz, B.: "Depresiones en el anciano" en Ribera Casado, J.M.: " Manual Práctico de Psicogeriatría" Ed.: Aula Médica S.A. Madrid. 1995. 61-69
- (98) Vázquez Barquero, J.L.; Herrán Gómez, A.; De Santiago Díaz, A.: "Epidemiología de los trastornos

- del humor” en Bennasar Roca, M: “Trastornos del humor”. Ed.: Editorial Médica Panamericana S.A. Madrid. 1999. 235-260.
- (99) García Romero, J.: “los internamientos involuntarios” en Martínez Maroto, A.: “Gerontología y Derecho” Serie Gerontología Social. Ed.: Editorial Médica Panamericana S.A. Madrid. 2001. 239-252
- (100) González Morán, L.: “La incapacitación: aspectos sustantivos” en Martínez Maroto, A.: “Gerontología y Derecho” Serie Gerontología Social. Ed.: Editorial Médica Panamericana S.A. Madrid. 2001. 121-144
- (101) Asenjo Garzón, F.: “Aspectos procedimentales de la incapacidad y la tutela” en Martínez Maroto, A.: “Gerontología y Derecho” Serie Gerontología Social. Ed.: Editorial Médica Panamericana S.A. Madrid. 2001. 189-221.
- (102) Pérez del Molino Martín: “Valoración del paciente anciano: la función cognitiva y el estado afectivo”. *Psiquiatría Pública* 1994; 6: 158-166
- (103) Montalvo J.; Rodríguez L; Ruipérez I.: “Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un Servicio de Geriatria”. *Rev. Esp. Geriatr Gerontol* 1992; 27: 129-133
- (104) Lobo, A.; Ezquerro, J.; Bagada, F. G. Et al:” El Mini Examen Cognoscitivo (un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos)”. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1979; 7: 189:202
- (105) Folstein, M.; McHugh, PR.: “Mini Mental State: A practical Method for adding the Cognitive State of patients for the Clinician”. *J. Psy. Res.* 1975; 12: 189-198
- (106) Yesavage et al: “Geriatric depression scale”. *J. Psychiatry Res* 1983; 17:37-49.
- (107) Almeda, L.; González, M.A.; Morales, p.; Soler, J.; González, J.A.: “La escala de depresión geriátrica (GDS) como instrumento para la evaluación de la depresión: bases de la misma. Modificaciones intro-

- ducidas y adaptación de la prueba a la realidad psicogeriatrica española". Rev. Esp. Geriat Geront. 1990; 25 (3): 173-180.
- (108) Vargas Castrillón, E.; García Arenillas, M. : "Principios generales de utilización de medicamentos" en Ribera Casado, J.M.; Cruz Jentoft, A.: "Geriatría en Atención Primaria" " Ed.: J.Uriach & Cia. Barcelona. 1997. 2ª Edición 35-44.
- (109) Miró Anglada, M.; Burrull Madero, M.A.: Reacciones adversas y consideraciones farmacoterapéuticas" en Reuss Fernández, J.M.: "Medicina Geriátrica en Residencias" Ed.. EDIMSA. Madrid .2000. 663-676.
- (110) Gutierrez Rodruguez,J.; Iglesias Cueto, M.; Fernández Fernández, M. Et al."Incidencia de deterioro funcional en actividades básicas de la vida diaria en una cohorte de ancianos residentes en la comunidad". Rev Esp Geriat Geront. 2001 ; 36 (suple. 2) : 31-32
- (111) Tobaruela González, J.L.;Martín Cortijo, C.; Nuñez Prado, M.J.; Olivenza Jimenez, T. et al: "Eficacia de distintos programas de fisioterapia en unza Residencia e influencia del deterioro cognitivo". Rev Esp Geriat Geront.. 2000; 35 (suple 1): 8
- (112) Camacho Hernández, E.; Olivenza Jimenez, T.; Ruiz Dieguez, V.; Tobaruela González, J.L.: "Repercusión de la implantación de los departamentos de fisioterapia y terapia ocupacional en una Residencia".Rev Esp Geriat Geront. 2001 ; 36 (suple. 2) : 31
- (113) Guijarro García, J.L.: "Las demencias" en Reuss Fernández, J.M.: "Medicina Geriátrica en Residencias".Ed.. EDIMSA. Madrid .2000. 423-432
- (114) Consejería de Economía. Departamento de Estadística. Comunidad de Madrid.. : "Encuesta Demográfica ". Madrid. 1992
- (115) CIRES. Tercera Edad. Boletín Cires Mayo. Madrid. 1992
- (116) Instituto de Migración y Servicios Sociales-Sociedad Española de Geriatria y Gerontología: "Atención a Personas Mayores que viven en Residencias. Protocolos de intervención psicosocial y sanitaria".

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1998.
- (117) García García, F. Et al. Estudio Toledo de envejecimiento. (En prensa)
- (118) Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Estudio Cooperativo Español de Hipertensión Arterial en el Anciano (ECEHA). ED.. Edipharma. Barcelona. 1996.
- (119) León V.; Zunzunegui, M.V.; Beland, F.: "Envejecer en Leganés" (Diseño y ejecución de la encuesta) . Rev . Gerontol 1995; 5:215-231.
- (120) Zunzunegui, M.V., Beland, F.; Recalde, J.M.: "La utilización de medicamentos en las personas mayores que residen en su comunidad". Rev. Esp Geriatr y Gerontol . 1997; 32 : 109-115.
- (121) Benitez del Rosario, M.A.; Linares, M.; Sanz, E.: " Hábitos de prescripción a los ancianos en Atención Primaria". Rev. Esp Geriatr Gerontol 1996; 31 : 5-10
- (122) Vérez Vivero, L.; Fernández Merino, MC; Gude Sampedro, F.; Tato Campos, A.; Rey García, J; Beceiro Díaz, F. : "Consumo de fármacos en ancianos y su relación con variables socioeconómicas y autopercepción de salud". Rev. Esp Geriatr Gerontol 1997; 32 : 151-155.
- (123) Pascual Bueno, J.; García Gollarte, JF.; Alfonso Gil, R: "Estudio sobre la utilidad de la valoración geriátrica en las residencias de ancianos". Rev. Esp Geriatr Gerontol 1995; 30: 246-252.
- (124) Golden AG,; Preston RA; Barnett SD; Llorente M; Hamdan K; Silverman MA.: "Inappropriate medication prescribing in homebound older adults" J Am Geriatr Soc 1999; 47(8):948-53.
- (125) Strikwerda P, Bootsma-de Langen AM, Berghuis F, Meyboom-de Jong B.: "Drug therapy in a nursing home; favorable effect of feedback by the pharmacist on family physician's prescribing behavior". Ned Tijdschr Geneeskde 1994; 138:1770-4
- (126) Nygaard HA.: "Duration of drug treatment in nursing homes". Tidsskr Nor Laegeforen 2001 ;121:1469-71

- (127) van Dijk KN, de Vries CS, van den Berg PB, Brouwers JR, de Jong-van den Berg LT: "Drug utilisation in Dutch nursing homes". *Eur J Clin Pharmacol* 2000;55:765-71
- (128) Field TS, Gurwitz JH, Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M, Benser M, Bates DW: "Risk factors for adverse drug events among nursing home residents". *Arch Intern Med* 2001;161:1629-34
- (129) Dhall J, Larrat EP, Lapane KL: "Use of potentially inappropriate drugs in nursing homes". *Pharmacotherapy* 2002;22:88-96.
- (130) Piccoro LT, Browning SR, Prince TS, Ranz TT, Scutchfield FD: "A database analysis of potentially inappropriate drug use in an elderly medicaid population". *Pharmacotherapy* 2000;20:221-8
- (131) Khunti K, Kinsella B. Effect of systematic review of medication by general practitioner on drug consumption among nursing-home residents. *Ageing* 2000;29:451-3
- (132) Gill K, Hermans J, Vermeij P.: "Multiple drug use by the elderly in need of care and nursing and possibility of reducing this practice". *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:1076-80
- (133) Rodriguez Miranda Francisco: "Consumo de fármacos en la tercera edad: aspectos diferenciales entre ancianos de residencia y ambulatorio". Tesis Doctoral. Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Granada. 1989
- (134) Dey AN.: "Characteristics of elderly nursing home residents: data from the 1995 National Nursing Home Survey". *Adv Data* 1997 Jul 2;(289):1-8
- (135) Beltran B, Cuadrado C, Martin ML, Carbajal A, Moreiras O.: "Activities of daily living in the Spanish elderly. Association with mortality". *J Nutr Health Aging* 2001;5: 259-60
- (136) Wollstadt LJ, Glasser M, Nutter T.: "Variations in functional status among different groups of elderly people"; *Fam Med* 1997;29:394-9
- (137) Breuer B, Trugold S, Martucci C, Wallenstein S, Likourezos A, Libow

- LS, Zumoff B; "Relationships of sex hormone levels to dependence in activities of daily living in the frail elderly". *Maturitas* 2001; 39:147-59
- (138) Brandeis GH, Baumann MM, Hossain M, Morris JN, Resnick NM; "The prevalence of potentially remediable urinary incontinence in frail older people: a study using the Minimum Data Set."; *J Am Geriatr Soc* 1997 ;45:179-84
- (139) Mulrow CD, Gerety MB, Cornell JE, Lawrence VA, Kanten DN; "The relationship between disease and function and perceived health in very frail elders.". *J Am Geriatr Soc* 1994 ; 42:374-80
- (140) Reuben DB, Siu AL, Kimpau S.; "The predictive validity of self-report and performance-based measures of function and health". *J Gerontol* 1992 ; 47:106-10
- (141) Yamashita K, Iijima K, Kobayashi S.; "[Changes of activities of daily living and quality of life in a special nursing home during a one-year period]"; *Nippon Ronen Igakkai Zasshi* 1999 ;36:711-4
- (142) Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, y col.: " Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population based cohorts". *Neurology* 2000; 52: S4-S9.
- (143) Manubens J M, Martinez Lage J M, Lacruz F, y col.: Prevalence of Alzheimer's disease and other dementing disorders in Pamplona, Spain"; *Neuroepidemiology* 1995; 52-56
- (144) Draper B, Brodaty H, Low LF, Richards V, Paton H, Lie D.: "Self-destructive behaviors in nursing home residents"; *J Am Geriatr Soc* 2002 ;50:354-8 .
- (145) Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, Dane K, Covinsky KE.: "Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia"; *JAMA* 2002 ;287:2090-7.
- (146) Schnaider Beerl M, Werner P, Davidson M, Noy S; "The cost of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in community dwelling Alzheimer's disease patients"; *Int J Geriatr Psychiatry* 2002 ;17:403-8

- (147) O'Brien JA, Caro JJ.: "Alzheimer's disease and other dementia in nursing homes: levels of management and cost"; *Int Psychogeriatr* 2001; 13:347-58.
- (148) Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M, Eimicke J: "Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes"; *Soc Psychiatry Epidemiol* 2001 ;36:613-20
- (149) Pouget R, Yersin B, Wietlisbach V, Burnand B, Bula CJ.: "Depressed mood in a cohort of elderly medical inpatients: prevalence, clinical correlates and recognition rate"; *Aging (Milano)* 2000 ;12:301-7
- (150) Cataldo JK.: "The relationship of hardness and depression to disability in institutionalized older adults"; *Rehabil Nurs* 2001 ;26:28-33
- (151) Menon AS, Gruber-Baldini AL, Hebel JR, Kaup B, Loreck D, Itkin Zimmerman S, Burton L, German P, Magaziner J.: "Relationship between aggressive behaviors and depression among nursing home residents with dementia" ; *Int J Geriatr Psychiatry* 2001 ; 16:139-46
- (152) Barnow S, Linden M. *Fortschr. "[Psychosocial Risk Factors of the Wish to be Dead in the Elderly]"* *Neurol Psychiatr* 2002 ;70:185-91
- (153) Falck RP, Pot AM, Braam AW, Hanevald GJ, Ribbe MW.: " [Prevalence and diagnosis of depression in frail nursing home patients; a pilot study]"; *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1999 ;30:193-9
- (154) McCurren C, Dowe D, Rattle D, Looney S.: "Depression among nursing home elders: testing an intervention strategy". *Appl Nurs Res* 1999 ; 12:185-95
- (155) Breuer B, Martucci C, Wallenstein S, Likourezos A, Libow LS, Peterson A, Zumoff B.: "Relationship of endogenous levels of sex hormones to cognition and depression in frail, elderly women". *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:311-20
- (156) Osvath P, Fekete S.: "[Suicidal behavior in the elderly. Review of results at the Pecs Center of the WHO/EURO Multicenter Study on Suicide]"; *Orv Hetil* 2001; 142:1161-4
- (157) Bula CJ, Wietlisbach V, Burnand B,

Yersin B.: "Depressive symptoms as a predictor of 6-month outcomes and services utilization in elderly medical inpatients"; Arch Intern Med 2001 ;161:2609-15

IX. ANEXOS

En este apartado presentamos otras informaciones de interés en relación con el estudio recogida en los siguientes anexos:

1. Anexo I: Autorización de la Comunidad de Madrid para la realización del estudio
2. Anexo II: Ficha de Características del Centro participante
3. Anexo III: Protocolo de recogida de datos del Anciano
4. Anexo IV: Tests y escalas utilizadas
 - 4.1. Escala de Cruz Roja Física
 - 4.2. Índice de Katz
 - 4.3. Índice de Lawton
 - 4.4. Escala Cruz Roja Psíquica
 - 4.5. Mini Examen Cognitivo
 - 4.6. Geriatric Depression Scale de Yesavage
5. Anexo V: Listado de Gráficos
6. Anexo VI: Listado de Tablas

1. Anexo I: Autorización de la Comunidad de Madrid para la realización del estudio

Servicio Regional de Bienestar Social



Sr. D. José Luis Tobaruela González
C/. Palencia núm. 22
- 28600 - NAVALCARNERO -



Madrid, a 6 de Junio de 1994.

Madrid, a 6 de Junio de 1994.

Sr. Tobaruela:

Ante la solicitud presentada por Vd. para realizar un estudio en diversas residencias para personas mayores de la C.A.M., he de comunicarle, que por parte de este Servicio Regional de Bienestar Social no existe inconveniente alguno.

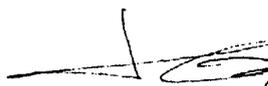
Por otro lado, he de informarle que la participación de los señores residentes ha de ser totalmente voluntaria, y el acceso a los informes clínicos ha de ser autorizado por el mismo, o por persona responsable.

Por otro lado, una vez realizado el estudio, deberá remitir una copia del mismo y de las conclusiones obtenidas.

Para realizar dicho estudio deberá ponerse en contacto con la Dirección del Centro y con los Médicos, a fin de concretar detalles.

En anexo se remiten direcciones y datos de las Residencias en las que ha solicitado realizar el estudio.

Atentamente,


Fdo.: Fernando Bregón
GERENTE DEL SERVICIO REGIONAL DE BIENESTAR SOCIAL



2. Anexo II: Ficha de características del Centro participante

RESIDENCIAS: PERFIL DEL USUARIO E IMPACTO DEL INGRESO

INFRAESTRUCTURA RESIDENCIAL

RESIDENCIA: _____

Localidad: _____ **Provincia:** _____

Dependencia: Pública Especificar Admon.: _____

Privada

Privada concertada n° de plazas concertadas: _____

N° de Residentes: _____ **N° de Válidos:** _____ **N° de No válidos:** _____

Edad media de los residentes: _____ **Porcentaje de : Varones** _____ **Hembras:** _____

Infraestructura:

Consulta médica

Servicio Médico 24 horas

Rehabilitación

Terapia ocupacional

Gimnasia mantenimiento

Podología

Programa de actividades

Biblioteca

Sala T.V.

Capilla

Cafetería

Jardín

Control entrada y salida

Peluquería

4. Anexo IV: Tests y escalas utilizadas

4.1. Escala de Cruz Roja Física

GRADO	SITUACIÓN
0	Se vale totalmente por si mismo. Anda con normalidad
1	Realiza suficientemente los actos de la vida diaria . Deambula con alguna dificultad. Continencia total
2	Tiene alguna dificultad en los actos diarios por lo que en ocasiones necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinencia.
3	Grave dificultad en bastantes actos de la vida diaria. Deambula dificilmente ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional.
4	Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad (dos personas). Incontinencia habitual.
5	Inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia Total. Necesita cuidados continuos de enfermería.

4.2. Índice de Katz

1. Baño

- Independiente: Necesita ayuda sólo para lavarse una parte del cuerpo o lo hace solo.
- Dependiente: Requiere ayuda al menos para lavarse mas partes del cuerpo o para entrar y salir de la bañera.

2. Vestido

- Independiente: Se viste sin ayuda (incluye coger las cosas del armario). Excluye el atado de los cordones de los zapatos
- Dependiente: No se viste solo o lo hace de forma independiente

3. Uso del retrete

- Independiente: No precisa ningún tipo de ayuda para entrar y salir del cuarto de aseo. Usa el retrete, se viste y se limpia adecuadamente. Puede usar un orinal por la noche
- Dependiente: Precisa ayuda para llegar hasta el retrete y para utilizarlo adecuadamente. Incluye el uso de orinal y de la cuña.

4. Transferencia

- Independiente: No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama (puede usar ayudas mecánicas, como un bastón)
- Dependiente: Requiere alguna ayuda para una u otra acción

5. Continencia

- Independiente: Control completo de la micción y la defecación
- Dependiente: Incontinencia total o parcial.. Incluye el control total de los esfínteres mediante enemas, sonda o el empleo reglado de orinal y/o cuña

6. Alimentación

- Independiente: Lleva la comida del plato a la boca sin ayuda
- Dependiente: Es ayudado a llevar la comida del plato a la boca. Incluye no comer y alimentación parenteral o a través de una sonda.

Debe recogerse lo que el paciente hace realmente, no lo que es capaz de hacer.

Clasificación:

A: Independiente en todas las actividades

B: Independiente en todas las actividades, salvo en una

C: Independiente en todas las actividades, salvo en el baño y otra más

D: Independiente en todas las actividades, salvo el baño, el vestido y otra más

E: Independiente en todas las actividades, salvo el baño, el vestido, el uso del retrete y otra más

F: Independiente en todas las actividades, salvo el baño, el vestido, el uso del retrete, en la transferencia y otra más

G: Dependiente en todas las actividades

4.3. Índice de Lawton

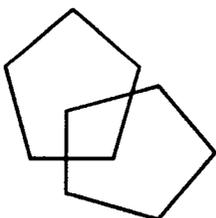
- **Capacidad para usar el teléfono:**
 - 1 Utiliza el teléfono por iniciativa propia y sin ayuda
 - 1 Marca números bien conocidos
 - 1 Contesta al teléfono pero no marca
 - 0 No usa el teléfono en absoluto
- **Ir de compras**
 - 1 Realiza todas las compras necesarias sin ayuda
 - 0 Compra pequeñas cosas
 - 0 Necesita compañía para realizar cualquier compra
 - 0 Es incapaz de ir de compras
- **Preparación de la comida**
 - 1 Planea, prepara y sirve sin ayuda las comidas adecuadas
 - 0 Prepara las comidas si le proporcionan los ingredientes
 - 0 Prepara la comida pero no mantiene una dieta adecuada
 - 0 Necesita que se le prepare la comida
- **Cuidar la casa**
 - 1 Cuida la casa sin ayuda o ésta es ocasional
 - 1 Realiza tareas domésticas ligeras
 - 1 Realiza tareas domésticas pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable
 - 0 Necesita ayuda en todas las tareas de la casa
 - 0 No participa en ninguna tarea doméstica
- **Lavado de la ropa**
 - 1 Lo realiza sin ayuda
 - 1 Lava o aclara algunas prendas
 - 0 Necesita que otro se ocupe de todo el lavado
- **Uso de medios de transporte**
 - 1 Viaja de forma independiente
 - 1 No usa transporte público, salvo taxis
 - 1 Viaja en transporte público si le acompaña otra persona
 - 0 Viaja en taxi o automóvil sólo con la ayuda de otros
 - 0 No viaja en absoluto
- **Responsabilidad sobre la medicación**
 - 1 No precisa ayuda para tomar correctamente la medicación
 - 0 Necesita que le sean preparadas las dosis o las pastillas con antelación
 - 0 No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación
- **Capacidad para utilizar dinero**
 - 1 No precisa ayuda para manejar dinero ni llevar cuentas
 - 1 Necesita ayuda para ir al banco, para grandes gastos
 - 0 Incapaz de manejar dinero

4.4. Escala de Cruz Roja Psíquica

GRADO	SITUACIÓN
0	Totalmente normal.
1	Algunas "rarezas", ligeros trastornos de desorientación en el tiempo. Se puede hablar con él "cuerdamente"
2	Desorientación en el tiempo. La conversación es posible, pero no perfecta. Conoce bien a las personas aunque a veces olvide alguna cosa. Trastornos de carácter, sobre todo si se le disgusta. Incontinencia ocasional.
3	Desorientación. Imposible mantener una conversación lógica. Confunde las personas. Claros trastornos del humor. Hace cosas que no parecen explicables a veces o a temporadas. Frecuente incontinencia.
4	Desorientación. Claras alteraciones mentales que la familia o el médico han etiquetado ya de demencia. Incontinencia habitual o total.
5	Demencia senil total, con desconocimiento de las personas, etc. Vida vegetativa agresiva o no. Incontinencia total.

4.5. Mini Examen Cognitivo (Lobo y cols,)

Apellidos y nombre: _____ Edad: _____

	PUNTOS
ORIENTACIÓN <ul style="list-style-type: none"> Dígame el día _____ Fecha _____ Mes _____ Estación _____ Año _____ Dígame dónde estamos _____ Planta _____ Ciudad _____ Provincia _____ País _____ 	_____ (5) _____ (5)
FIJACIÓN <ul style="list-style-type: none"> Repita estas 3 palabras: Peseta-Caballo-Manzana _____ (Repetirlas después hasta que las aprenda) 	_____ (3)
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO <ul style="list-style-type: none"> Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿cuántas le van quedando? _____ Repita 5-9-2 (hasta que las aprenda). Ahora hacia atrás _____ 	_____ (5) _____ (3)
MEMORIA <ul style="list-style-type: none"> ¿ Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? _____ 	_____ (3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN <ul style="list-style-type: none"> Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?. Repetirlo con un reloj _____ Repita esta frase: En un trigal había cinco perros _____ Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?. ¿Qué son el rojo y el verde? ¿Qué son el perro y el gato? _____ Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo sobre la mesa _____ Lea esto y haga lo que dice: "CIERRE LOS OJOS" _____ Escriba una frase _____ Copie este dibujo _____ 	_____ (2) _____ (1) _____ (2) _____ (3) _____ (1) _____ (1) _____ (1)
	
PUNTUACIÓN TOTAL	_____
Nivel de conciencia (marcar): Alerta Obnubilado Estuporoso Coma	

4.6. Geriatric Depression Scale de Yesavage

Nombre y apellidos: Edad:
 Nivel de estudios: Examinado por: Fecha:

Nº	PREGUNTA	SI	NO
1.	En conjunto, ¿esta satisfecho de su vida actual?	0	1
2.	¿Ha abandonado las actividades que antes le interesaban	1	0
3.	¿Piensa que su vida está vacía actualmente?	1	0
4.	¿Se aburre a menudo?	1	0
5.	¿Tiene esperanza en el futuro?	0	1
6.	¿Tiene preocupaciones que no de puede quitar de la cabeza?	1	0
7.	¿Está de buen humor habitualmente?	0	1
8.	¿Teme continuamente que le vaya a ocurrir algo malo?	1	0
9.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
10.	¿Se siente muchas veces desamparado y desvalido?	1	0
11.	¿Se encuentra inquieto y nervioso con frecuencia?	1	0
12.	¿Prefiere quedarse en casa a salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13.	¿Está preocupado por el futuro con frecuencia?	1	0
14.	¿Cree que tiene más problemas de memoria que los demás?	1	0
15.	¿Piensa que es agradable estar vivo a sus años?	0	1
16.	¿Se nota triste con frecuencia?	1	0
17.	¿Se siente útil?	0	1
18.	¿Le da muchas vueltas a lo que sucedió hace tiempo?	1	0
19.	¿Encuentra interesante la vida en general?	0	1
20.	¿Le cuesta emprender nuevos proyectos?	1	0
21.	¿Se siente lleno de energía?	0	1
22.	¿Se siente desesperanzado?	1	0
23.	¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que Vd.?	1	0
24.	¿Se disgusta a menudo por pequeñeces?	1	0
25.	¿Siente ganas de llorar con frecuencia?	1	0
26.	¿Le cuesta concentrarse?	1	0
27.	¿Disfruta levantándose por las mañanas?	0	1
28.	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	1	0
29.	¿Toma decisiones sin dificultad?	0	1
30.	¿Piensa con la misma claridad que siempre?	0	1

5. Anexo V: Listado de Gráficos

TABLA	TÍTULO	Página
Gráfico 3.1.	<i>Esperanza de vida al nacer en España 1900-1990</i>	18
Gráfico 5.1.	<i>Edad de los Residentes</i>	128
Gráfico 5.2.	<i>Distribución por sexos</i>	128
Gráfico 5.3	<i>Distribución de hombres y mujeres por tramos de edad</i>	129
Gráfico 5.4.	<i>Profesiones de los ancianos antes de su jubilación por sexos (nº de sujetos)</i>	130
Gráfico 5.5.	<i>Estado Civil del total de Residentes ingresados</i>	131
Gráfico 5.6.	<i>Distribución del Estado Civil dentro de cada sexo (en porcentajes)</i>	132
Gráfico 5.7.	<i>Motivo del ingreso en la Residencia</i>	134
Gráfico 5.8.	<i>Procedencia según sexo</i>	135
Gráfico 5.9.	<i>Actitud ante el ingreso</i>	137
Gráfico 5.10	<i>Diagnósticos por tramos de edad</i>	142
Gráfico 5.11	<i>Causas de fallecimiento durante los seis primeros meses de ingreso en Residencia</i>	146
Gráfico 5.12.	<i>Escala de Cruz Roja física al ingreso</i>	153
Gráfico 5.13.	<i>Índice de Katz al ingreso en la Residencia</i>	155
Gráfico 5.14.	<i>Porcentaje de sujetos que ejecutan la ABVD indicada en cada entrevista</i>	160
Gráfico 5.15.	<i>Función cognitiva según puntuación del Mini Examen Cognoscitivo al ingreso en la Residencia</i>	164

GRÁFICO	TÍTULO	Página
Gráfico 5.16.	<i>Escala de depresión Geriátrica de Yesavage al ingreso en la Residencia</i>	173

6. Anexo VI: Listado de Tablas

<i>TABLA</i>	<i>TÍTULO</i>	<i>Página</i>
Tabla 3.1.	<i>Discapacidad en el anciano según tramos de edad</i>	19
Tabla 3.2.	<i>Sociodemografía del envejecimiento en Madrid, España y comunidad Europea de los 15 (datos de los años 1999 y 2000)</i>	27
Tabla 3.3.	<i>Discapacidad de la población de 65 años y más en España y la Comunidad de Madrid.</i>	29
Tabla 3.4.	<i>Restricción de la motilidad en la población anciana (en porcentaje de sujetos)</i>	31
Tabla 3.5.	<i>Necesidad de Ayuda para las ABVD de la población anciana en España</i>	31
Tabla 3.6.	<i>Necesidad de ayuda para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria en población anciana no institucionalizada (% de sujetos)</i>	32
Tabla 3.7.	<i>Cuidador principal del Mayor</i>	33
Tabla 3.8.	<i>Modalidades de convivencia de las Personas Mayores en España por edad y sexo.</i>	34
Tabla 3.9.	<i>Fuentes de ingreso declaradas por los Mayores españoles</i>	37
Tabla 3.10.	<i>Percepción de ayuda de hijos y/o familiares por parte del Mayor.</i>	38
Tabla 3.11.	<i>Ingreso Mensuales de los Mayores en España (1998) (Porcentajes de sujetos por intervalos de ingresos)</i>	39
Tabla 3.12.	<i>Pensiones percibidas por los ancianos en Abril de 1998 (nº de pensiones nacionales y valor medio mensual)</i>	41
Tabla 3.13.	<i>Pensiones percibidas por los ancianos en Enero 2000 en España</i>	42

TABLA	TÍTULO	Página
Tabla 3.14.	<i>Pensiones percibidas en la Comunidad de Madrid. Enero 2000 (ver fuente)</i>	43
Tabla 3.15.	<i>Centros de Día: nº de Centros, plazas y costes</i>	46
Tabla 3.16.	<i>Hogares y clubes para las personas mayores en el Estado Español. 1998.</i>	48
Tabla 3.17.	<i>El Servicio público de Ayuda a Domicilio para Personas Mayores en España por Comunidades . 1998.</i>	53
Tabla 3.18.	<i>La Teleasistencia Domiciliaria a Personas Mayores en España por Comunidades Autónomas. 1998.</i>	57
Tabla 3.19.	<i>Viviendas tuteladas en la Comunidad de Madrid</i>	60
Tabla 3.20.	<i>Acogimiento familiar en la Comunidad de Madrid (1998)</i>	60
Tabla 3.21.	<i>Distribución de Centros y Plazas de Residencia en España por comunidades . 1998.</i>	63
Tabla 3.22.	<i>Coste de plazas de Residencia en España por Comunidades . 1998.</i>	65
Tabla 3.23.	<i>Clasificación de las Residencias según tamaño. (1998)</i>	70
Tabla 3.24.	<i>Plazas residenciales en 1998 y necesidades para alcanzar la ratio de 4,5.</i>	72
Tabla 4.1.	<i>Características de las Residencias incluidas en el estudio</i>	94
Tabla 4.2.	<i>Clasificación de diagnósticos y tratamientos. (Basado en la Clasificación anatómica de grupos terapéuticos B.O.E. 121 DE 21-5-85)</i>	105
Tabla 5.1.	<i>Distribución de sujetos por Centros</i>	123
Tabla 5.2.	<i>Edad al ingreso</i>	127
Tabla 5.3.	<i>Razón de masculinidad del estudio</i>	129

TABLA	TÍTULO	Página
Tabla 5.4.	<i>Profesiones ejercidas antes de la jubilación</i>	131
Tabla 5.5.	<i>Porcentajes de distribución del estado civil por tramos de edad</i>	132
Tabla 5.6.	<i>Nivel de estudios de los mayores de 65 años</i>	133
Tabla 5.7.	<i>Motivo de ingreso en Residencia. Total de la Población y distribución según el sexo</i>	134
Tabla 5.8.	<i>Procedencia del Mayor</i>	135
Tabla 5.9.	<i>Diagnóstico al ingreso</i>	139
Tabla 5.10.	<i>Diagnósticos por Aparatos</i>	140
Tabla 5.11.	<i>Prevalencia de enfermedad por sexos</i>	141
Tabla 5.12.	<i>Patologías de alta prevalencia al ingreso</i>	141
Tabla 5.13	<i>Evolución de los diagnósticos en las diferentes entrevistas</i>	145
Tabla 5.14.	<i>Número de fármacos consumidos diariamente al ingreso</i>	148
Tabla 5.15	<i>Consumo de fármacos por grupos Terapéuticos al ingreso en la Residencia</i>	151
Tabla 5.16.	<i>Evolución del consumo farmacológico durante los seis primeros meses de estancia en la Residencia.</i>	152
Tabla 5.17.	<i>Capacidad para la ejecución de las diferentes Actividades Básicas de la vida diaria al ingreso</i>	156
Tabla 5.18.	<i>Índice de Lawton al ingreso. (Total de la población y según sexos)</i>	157
Tabla 5.19.	<i>Cruz Roja Psíquica al ingreso (Total de la población y según sexos)</i>	163
Tabla 5.20.	<i>Mini Examen Cognoscitivo al ingreso (Total de la población y según sexos)</i>	166

<i>TABLA</i>	<i>TÍTULO</i>	<i>Página</i>
Tabla 5.21.	Mini Examen cognoscitivo al ingreso según edad, procedencia, nivel de estudios y motivo de ingreso	168
Tabla 5.22.	<i>Evolución de la media en la escala de Cruz Roja Psíquica en los seis primeros meses</i>	170
Tabla 5.23.	<i>Evolución del Mini Examen Cognoscitivo en la Residencia.</i>	172
Tabla 5.24.	<i>Escala de depresión de Yesavage al ingreso en la Residencia</i>	174
Tabla 5.25.	<i>Evolución de la escala de depresión de Yesavage (GDS)</i>	177
Tabla 5.26	<i>Nivel de satisfacción al ingreso y durante la estancia en la Residencia</i>	179
Tabla 5.27	<i>Rentabilidad diagnóstica según tipo de Residencia</i>	182
Tabla 5.28.	<i>Consumo farmacológico según el tipo de Residencia</i>	184
Tabla 5.29.	<i>Evolución de la situación funcional según el tipo de Residencia</i>	186
Tabla 5.30.	<i>Evolución de la situación cognitiva según el tipo de Residencia</i>	188
Tabla 5.31.	<i>Evolución de la situación afectiva según el tipo de Residencia.</i>	191
Tabla 6.1.	<i>Razón de masculinidad del estudio, la Comunidad de Madrid * y España*</i>	193
Tabla 6.2.	<i>Estado Civil de los ancianos del estudio comparado con el de los Mayores de la Comunidad de Madrid</i>	194
Tabla 6.3.	<i>Nivel de estudios de los mayores de 65 años</i>	195
Tabla 6.4.	<i>Modalidad de convivencia según estudio IMSERSO/CIS 2.279 (1998)</i>	198

<i>TABLA</i>	<i>TÍTULO</i>	<i>Página</i>
Tabla 6.5.	Estudio IMSERSO-CIS. Patologías más frecuentes en la Residencia	201
Tabla 6.6.	Patologías de alta prevalencia al ingreso	203
Tabla 6.7.	Incapacidad según Cruz Roja Física en nuestro estudio vs. Estudio SEGG-IMSERSO, 1998.	213

