ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA.
De la Fundación " La Caixa "

TÍTULO

ATENCIÓN INTEGRAL EN LAS RESIDENCIAS GERIÁTRICAS.

AUTORES : LEZCANO LEZCANO, Mª. Angeles.
LLOPIS CAÑAMERAS, Jaime.
SERRANO I MASGRAU, Mª Carmen.

Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en Enfermería para la obtención del Master.

Trabajo dirigído por la profesora : LUZ MAYORDOMO.

Comisión evaluadora :

M. Teixidor.	Presidenta.
E. Pont.	Secretario.
L. Mayordomo.	Vocal.
LL. Bohigas.	Vocal.
F. Ferrer.	Vocal.
J. Tejada.	Vocal.

Presentación fecha : 27 JUNY 1995

Aceptada en fecha : 24 JUL. 1995

Queda prohibída cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.

INDICE.-

		Pag.
1.	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.	1 a 2
2.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.	3
3.	MARCO TEÓRICO.	4
3.1.	LA ATENCIÓN INTEGRAL EN EL ANCIANO.	5 a 6
3.2.	ASPECTOS GENERALES.	7 a 25
	3.2.1. Necesidades y problemas del anciano.	
	3.2.2. Envejecimiento.	
3.3.	ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA VEJEZ.	26 a 29
3.4.	ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA VEJEZ.	30 a 34
3.5.	ASPECTOS SOCIOLÓGICOS DE LA VEJEZ.	35 a 44
3.6.	LA LEY Y EL ANCIANO.	45 a 49
3.7.	EQUIPO INTERDISCIPLINAR.	50 a 51
3.8.	RECURSOS EXISTENTES PARA EL ANCIANO.	52 a 63
	3.8.1. Grandes Residencias.	
4.	MARCO PRÁCTICO.	64
4.1.	HIPÓTESIS Y SUBHIPÓTESIS.	65
4.2.	MATERIAL Y MÉTODOS.	66 a 71
4.3.	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.	72 a 100
4.4.	LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN.	101
4.5.	CONCLUSIONES.	102 a 107
4.6.	PROPUESTAS.	108 a 109
5.	BIBLIOGRAFIA.	110 a 113

1.JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.-

Desde la cultura helénica y el imperio romano, nos llegan los primeros intentos de normativas, médicos especializados y filosofías sobre la ancianidad.

En la actualidad, el aumento de la expectativa de vida al nacer, el descenso de la mortalidad , conjuntamente con la mejoras socio económicas y las acciones preventivas en materia sanitaria, han originado un aumento de la población, en especial del grupo de personas de mayor edad; con el consiguiente aumento de las enfermedades de tipo crónico e invalidante.

Los últimos estudios demográficos editados por la Generalitat de Catalunya, hablan de un acelerado aumento de la población mayor de 65 años; pasando de aproximadamente 735.000 personas mayores de dicha edad en el año 1.986, a casi 1.100.000 en los límites de edad previstos para el año 2.000

Dicho aumento de la población anciana provoca la necesidad de tratar todos y cada uno de los aspectos básicos en el cuidado de los ancianos: físicos, psiquícos y sociales; por lo que es importante la labor a realizar por un equipo multidisciplinar que actúe en cada uno de los aspectos mencionados.

La Administración, y en especial en nuestra Autonomía, la Generalitat de Catalunya, ha desarrollado diversos programas dirigidos a la atención integral del anciano, tanto en materia sanitaria con la creación de la X.H.U.P.;(Red Hospitalaria de Utilización Pública); como en materia social con la creación y desarrollo del Departament de Benestar Social.

El cambio de vida en las familias hace que el anciano se sienta solo. Ha pasado de vivir en casa, como núcleo familiar, a ser relegado a un elemento inactivo y sin una clara identidad.

Somos conscientes que la familia es el pilar básico que favorezca a la atención de los aspectos psico-sociales y sirva de enlace con los cuidados sanitarios necesarios, pero no siempre ello es posible, por lo que debemos contemplar otras alternativas que velen por sus cuidados procedentes de iniciativas de la propia Administración.

Numerosos esfuerzos se vienen realizando a través de organismos oficiales, que dependen de la propia Administración pero mayoritariamente por iniciativa privada, con la construcción de Residencias Geriátricas, entre otras alternativas, donde velan por el cuidado integral del anciano; controladas por las normativas en materia de Residencias Geriátricas publicadas a través de la Generalitat de Catalunya.

En nuestro equipo de trabajo, nos planteamos estudiar y valorar dicha situación y expectativas; ya que la propia profesión de Enfermería, va más allá de prestar cuidados biofísicos y además debemos tener en cuenta el futuro incierto de los ancianos es breve, pero su espera es muy larga.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.-

1. Conocer la realidad demográfica del anciano en la comarca del Baix Llobregat, en relación con el conjunto de nuestro país.

2. Comparar el grado de cumplimiento de las normativas vigentes en materia de Residencias Geriátricas, del Baix Llobregat.

3. Conocer las necesidades y aficiones puestas de manifiesto por los ancianos según las encuestas publicadas.

4. Conocer el grado de atención integral llevada a cabo por las Residencias Geriátricas del Baix Llobregat.

5. Investigar las líneas de actuación de nuestra Comunidad Autónoma dirigidas a la población anciana, para la mejora de la calidad de vida del mismo.

MARCO TEÓRICO.-

3.1. LA ATENCIÓN INTEGRAL.

3.2. ASPECTOS GENERALES.

3.2.1. Necesidades y problemas del anciano.

3.2.2. Envejecimiento.

3.2.3. Anciano y salud.

3.2.4. Calidad de vida.

3.2.5. Demografía.

3.2.6. Demografía del Baix Llobregat.

3.3. ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA VEJEZ.

3.3.1. Envejecimiento biológico.

3.3.2. Envejecimiento patológico.

3.4. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA VEJEZ.

3.4.1. Enfermedades funcionales.

3.5. ASPECTOS SOCIOLÓGICOS DE LA VEJEZ.

3.5.1. Envejecimiento normal.

3.5.2. Envejecimiento patológico.

3.5.3. Rol y estatus.

3.5.4. Respuesta social.

3.5.5. Relaciones con los demás.

3.5.6. La jubilación.

3.5.7. Formas de intervención social.

3.6. LA LEY Y EL ANCIANO.

3.7. EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR.

3.8. RECURSOS EXISTENTES PARA LOS ANCIANOS.

3.8.1. Grandes Residencias.

3.1. LA ATENCION INTEGRAL EN EL ANCIANO.-

En el desarrollo de nuestro trabajo, queremos dejar patente la importancia que tiene el anciano, dentro de la sociedad y de las dificultades que en una sociedad economicista deben enfrentarse.

Siempre se habla de ATENCIÓN INTEGRAL, en especial en ciencias que se relacionan con la salud y la enfermedad; pero aproximadamente desde hace dos décadas, se habla de atención integral al individuo en los planes de enseñanza para enfermeras.

Las definiciones que se aportan, son escuetas y se ofrecen a multiples interpretaciones. Es por ello, que siendo concientes de la enorme dificultad que encierra, proponemos nuestra propia definición con respecto al anciano :

" atencion integral en el anciano son todas aquellas acciones a desarrollar en el anciano, para mejorar y mantener su calidad de vida, en respuesta a sus necesidades biológicas, psicológicas y socio culturales y dirigidas a la integración, bienestar social y a su participación en la sociedad. "

Dicha atención debe realizarse no sólo por colectivos de profesionales relacionados directamente con el anciano y su proceso de envejecimiento; sino por todos y cada uno de los profesionales relacionados con la sociedad, incluida la Administración Pública.

Tampoco debe contemplarse una atención integral del anciano en el momento de alcanzar la edad senil, sino deben iniciarse programas de sensibilización desde la edad escolar y progresivamente en el ámbito laboral con Programas de Preparación a la Jubilación.

Es por ello que en nuestro estudio se revisarán los siguientes aspectos. En primer lugar describiremos distintos aspectos de carácter

general tales como el concepto de necesidad, los problemas generados por su insatisfacción, el envejecimiento, la relación entre anciano y salud y aspectos demográficos.

Posteriormente revisaremos los aspectos biológicos, psicológicos y sociales propios de la vejez y la situación legal de los ancianos.

Tales apartados configurarán los aspectos a tener en cuenta para la atención integral de los ancianos que conjuntamente con la definición de equipo interdisciplinar, servirán para analizar la situación de las RESIDENCIAS GERIÁTRICAS EN EL BAIX LLOBREGAT, motivo de nuestro estudio.

3.2. ASPECTOS GENERALES.-

3.2.1 NECESIDADES Y PROBLEMAS DEL ANCIANO.-

Se define la necesidad como la falta de cosas que son necesarias para la conservación de la vida.

La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la calidad de vida y es fundamento de bienestar.

Las necesidades del hombre no son simples demandas biológicas. En la sociedad humana, la existencia de clases sociales diferentes, implica la existencia de necesidades distintas para los diferentes grupos, el sistema de producción está permanentemente creando nuevas necesidades.

Las necesidades son el motor de las motivaciones, las cuales fueron ampliamente descritas por Maslow y que evolucionan con los años.

Godard, sostiene que la noción de necesidades sustituye el concepto de relaciones sociales, que son las que determinan las necesidades.

Desde un aspecto social, hay que diferenciar, la necesidad que el individuo cree que tiene derecho a obtener y lo expresa,(necesidad subjetiva expresada); de aquella que aparece del resultado del estudio de indicadores generalmente observados,(necesidad objetiva expresada).

Las verdaderas necesidades de salud estarán siempre en relación con la transformación de los procesos nocivos que surjan como consecuencia de las relaciones de producción en el dominio del trabajo la distribución, consumo y del intercambio. Las necesidades básicas de la sociedad humana, no salen de una lista de consumos o demandas

presentadas por un Ministerio, sino que emergen de las demandas que hacen los grupos y clases sociales para subsistir, trabajar para desarrollarse como seres culturales, sociales, psíquicos que somos.

El colectivo de ancianos necesita tener cubiertos varios niveles de necesidad :

- Asegurar la supervivencia: protección, seguridad y tranquilidad.

- Afianzar su autoestima : sentido de pertenencia a la comunidad, cultivo de la amistad, afecto, es decir, sentir su dignidad humana.

- Dar a la vida un desarrollo que permita disfrutar de los talentos y capacidades planteadas en la semilla de su personalidad individual.

Si estas necesidades no quedaran cubiertas, facilitaría la aparición de algunos de los siguientes problemas, los cuales pasamos a descubrir y que desde el inicio de la Gerontología, numerosos autores han descrito con respecto a la ancianidad, entre ellos los doctores ZILLI y GAMBASSINI,en el V° Congreso Internacional de Gerontología de San Francisco,(1959); el doctor EVELIO ELIZALDE en el III Congreso Nacional de Geriatría (1966); PERGEAUX con su publicación " Realité de 3eme age " editado en París (1968); y el gabinete de Estudios Sociológicos BERNARD KRIEF y la Sociedad Española de Geriatría con su estudio publicado en 1966.

Los distintos estudios coinciden ampliamente, que los principales problemas relacionados entre sí, se pueden agrupar en tres grandes grupos: médicos, sociales y económicos; lo que comporta la necesidad de replantearse la situación a todos los niveles de la sociedad.

Normalmente, los principales problemas del anciano están relacionados con la economía, la salud, la soledad, los problemas de convivencia, el tiempo libre y la habitabilidad de la vivienda; y que iremos revisando a continuación.

ECONOMÍA.-

El colectivo anciano, mediante la jubilación ha visto reducido su poder adquisitivo, adquiriendo gran importancia las prestaciones. En 1.973 los fondos destinados a pensiones y prestaciones sanitarias estaban en equilibrio. En 1.979 los fondos destinados a pensiones, representaban la mitad del total de las prestaciones.

El aumento de las pensiones se ha convertido progresivamente en la principal fuente de ingresos de los ancianos. Aunque la revalorización de las pensiones ha favorecido en general a las más bajas, todavía hay pensiones que no llegan al mínimo interprofesional.

El dinero no soluciona en sí los problemas del envejecimiento, pero si favorece a mejorar alguno de los aspectos relacionados con la salud, mejora de la vivienda, relaciones interpersonales y en definitiva la alegría de vivir.

Nuestra sociedad en la actualidad está organizada de forma industrial. Esto otorga un gran valor a todo lo relacionado con la producción. Nuestra sociedad otorga a la producción como meta primordial de la sociedad, la valía individual está en función del aporte que se haga al producto social.

La ocupación laboral, se convierte en un elemento clave a partir del cual se deriva la posición social, la influencia, y la utilidad social. Por lo tanto, tener o no tener una ocupación en el mercado laboral, condicionará fuertemente la situación social de los diferentes individuos y grupos que forman parte de la sociedad.

Al analizar la incidencia de este factor en la condición social del colectivo de ancianos, lo primero que llama la atención, es el hecho que la edad que marca el principio de la vejez, coincide con el inicio de la jubilación, desde el mismo momento que deja de ser productivo.

El hecho de la jubilación que debiera ser visto, por el resto de la sociedad como un logro nunca antes alcanzado por la humanidad, tiende generalmente a percibirse en relación a los problemas que genera:

1. En una sociedad que considera la producción como una de sus metas, es lógico que el trabajo sea el mejor medio para ganar el respeto de

los demás y la propia estima. El sentido de valía personal y prestigio social se basan en gran medida en el desempeño ocupacional. Para la sociedad la jubilación no es liberación sino aparcamiento.

2. El desempeño ocupacional se realiza generalmente en un contexto social, que conlleva a estar en contacto con individuos afines, hacer amigos. Al jubilarse el individuo se enfrenta al problema de llenar el vacío creado por la pérdida de las relaciones de trabajo que constituyen en nuestra sociedad, una parte importante dentro del conjunto de relaciones sociales.

3. Otro tipo de problemas derivados del aparcamiento de la función productiva es una actividad regular que llena parte del día. El trabajo otorga un tipo de plenitud, proporciona una rutina, una forma de emplear el tiempo.

La sociedad tiene que crear alternativas que sean capaces de asentar la valía personal ante los demás y a sí mismo.

Consumo y producción se convierte así, en el eje básico sobre el que descansa gran parte de nuestra organización social, en detrimento de lo no productivo. La capacidad de consumir, directamente relacionada con los respectivos ingresos económicos de que se dispone, es otro de los factores clave para el análisis de la situación social de los individuos o grupos que forman nuestra sociedad.

Desde esta perspectiva, debemos realizar un análisis de las condiciones económicas que implican un hecho como la jubilación.

Uno de estos condicionantes son las prestaciones económicas entendidas como cualquier servicio valorable de forma material y no sólo las pensiones procedentes de la Administración Pública o Entidades Privadas. Para el anciano su interés se centra en la cantidad y calidad del servicio que puede obtener.

Los economistas empiezan a prestar atención al anciano como " consumidor" y a los futuros ancianos que toman decisiones sobre su ahorro y consumo, asegurándose su ancianidad.

SOLEDAD.-

Otro de los problemas de los ancianos es la soledad. A menudo pensamos que los ancianos viven más aislados que los demás y

experimentan un intenso sentimiento de soledad. Esto es debido a que les vemos sufrir numerosas pérdidas: la de sus amigos, su cónyuge, por enfermedad o muerte. Pierden su trabajo e incluso el placer de la vida si caen enfermos.

En numerosos estudios realizados sobre estas cuestiones, parecen desmentir nuestras creencias acerca del aislamiento y soledad, aunque no por ello hay que restarle importancia, ya que en casos extremos, la soledad les puede conducir al padecimiento de enfermedades psíquicas e incluso al suicidio.

La soledad siempre es peligrosa cuando se asocia a la vejez. En 1.975 Clark Mankinan y Gray denominaron " Síndrome de Diógenes " caracterizado por aislamiento voluntario, ruptura de las relaciones sociales, no observar las normas de convivencia, higiene y cuidado del hogar. Es decir una actitud de indiferencia y hostilidad hacia el entorno.

El trastorno de la conducta de los ancianos puede considerarse íntimamente relacionado con la soledad. La soledad afecta más a las mujeres que a los hombres. Una de cada cuatro mujeres quieren vivir solas. En cambio, sólo sucede ésto con uno de cada tres hombres ancianos.

Puede influir en ello, los roles sociales tradicionalmente asignados a las mujeres ancianas que les capacitan para vivir solas. El 0,6 % de las mujeres ancianas no tienen contacto con nadie y casi un 60 % de ancianos que viven solos no cuentan con ninguna ayuda. (23)

La ayuda de una enfermera o de una asistente, les puede proporcionar la ayuda que necesitan, pero no la amistad o el apoyo que un familiar o amigo pueda ofrecerle.

Para combatir la soledad, en la cual el anciano suele disponer de gran parte de su tiempo libre, debe organizar su vida hacia el ocio, ya que se ve en la disyuntiva de matar el tiempo o dejarse matar por él.

TIEMPO LIBRE.-

Normalmente cuando el anciano logra organizar su tiempo libre, con actividades que le satisfacen, se adapta mejor al envejecimiento,

sintiéndose más seguro de sí mismo, más satisfecho y feliz. Hay que señalar que más importante que la actividad en sí, es el significado que le da el propio individuo que la realiza.

El nivel cultural juega un papel importante, sin embargo debe seguirse el criterio de que el anciano desarrolla sus aficiones preferidas.

Es importante destacar que para las personas laboralmente activas, el ir de vacaciones significa romper con la rutina de su trabajo, mientras que para las personas jubiladas romper con la rutina de su entorno diario.

Según las encuestas (11) el 49,1 % de ancianos no van de vacaciones, y los que si van, lo hacen con sus cónyuges, con sus hijos u otros familiares. Entre las principales causas de no poder ir de vacaciones son por causas económicas y problemas de salud.

En nuestra sociedad actual, cada vez es mejor aceptada la asistencia a hogares, clubs, casals o cualquiera que sea su denominación en función de la zona geográfica en que resida el anciano. La práctica indica que es mayormente frecuentado por hombres que presumiblemente necesitan mantener relaciones sociales, frente a la mujer que sigue permaneciendo en casa.

Las principales actividades realizadas en dichos centros y con respecto al sexo son (11):

Hombre		mujer	
72	% conversar	71,7	% conversar
53,8	% juego	40,1	% juego
21,6	% lectura	15	% labores
17,	% bar	10,7	% T.V
10,6	% T.V	10,2	% lectura

El mismo estudio publica un alto nivel de satisfacción del uso de dichos centros. Las principales deficiencias van dirigidas al acondicionamiento de los mismos, falta de actividades culturales y preferencias específicas como música o cine. Ello implica la necesidad

de replantear la reorganización y actualización de los espacios físicos y el proporcionar actividades lúdicas organizadas por animadores socio culturales. Tales especialistas deben tener presente el cambio de valores, niveles sociales y diferencias culturales de los ancianos del mañana.

VIVIENDA.-

Otro de los problemas encontrados son las condiciones de habitabilidad e higiene de la vivienda alcanzados en cada país, que constituyen un indicador del nivel de vida y bienestar social. El problema de la vivienda en las personas mayores es importante. Antes la mayoría de ancianos vivía con sus hijos, pero no es así en la actualidad. Las personas mayores lo que les gusta es vivir en sus casas, aunque éstas sean incómodas.

La mayoría de personas mayores viven en aéreas urbanas y metropolitanas. Los ancianos que viven en el medio rural suelen ser de edad más avanzada y de ingresos económicos más reducidos.

Las condiciones de las viviendas urbanas según estudios realizados son : (11)

El 22 % de los ancianos viven de alquiler.
El 40 % carecen de teléfono.
El 35 % carecen de ascensor y tienen problemas de acceso.
El 21,3 % viven en plantas bajas.
El 55,9 % viven en viviendas de propiedad.

Para el anciano es importante vivir en una vivienda adecuada, ya que permanecen mucho tiempo en ella. Lo ideal sería que vivieran en pisos pequeños y céntricos, con todos los servicios y de fácil acceso.

CONVIVENCIA.-

La estructura familiar se ha visto alterada por el modo de producción industrial. Ha pasado de ser una familia patriarcal a una familia nuclear formada por el matrimonio y número reducido de hijos.

Cuando el anciano se queda en el campo con alguno de sus hijos, el problema familiar no es tan grave. No hay un salto tan brusco de la actividad a la inactividad. El anciano conserva su status de jefe de la familia, sigue vinculado a su medio ambiente y vive rodeado de sus hijos y nietos.

Como consecuencia del proceso de industrialización y urbanización desde los años cincuenta se ha producido unos procesos de evolución y cambio de estructura en las familias. Cada vez se observa una mayor tendencia de autonomía por parte de los ancianos.

Según estudio publicado (11) el 58 % de los ancianos viven de forma autónoma, mientras que el 18,6 % reside con los hijos, el 5 % con hermanos u otros parientes, y sólo un 18,1 % en residencias.

Del 58 % de ancianos que viven de forma autónoma,al 29 % no les ayuda nadie, mientras que al 7,3 % reciben ayuda económica de la familia.

3.2.2 ENVEJECIMIENTO.-

Al hablar del anciano, nos obliga a referirnos al envejecimiento, que nos limita al anciano como imagen de muerte cercana; pero el envejecimiento se inicia en el mismo momento en que se nace y que llega paulatinamente.

El proceso de envejecimiento delimita los cambios individuales y sociales para hacer de su nivel del ciclo vital a otro; pudiendo ser para el hombre cuando se da cuenta de que su actividad sexual desaparece, mientras que para la mujer puede ser cuando se da cuenta que pierde el atractivo físico.

El anciano en los siglos pasados y a través de distintas culturas, mandaba en casa, mantenía el poder económico, y se vivía en una familia matriarcal o patriarcal.

En las últimas décadas aparece un nuevo grupo de ancianos jóvenes. Son personas jubiladas, con un buen nivel de salud y bien integradas en su vida familiar, social y política. Se entiende por jubilado a aquella persona que tiene derecho a una pensión después de

haber cesado total o parcialmente su profesión. Es por ello que saber envejecer, exige un proceso educativo y mucha madurez personal.

Entre los factores del crecimiento del envejecimiento de una población, nos encontramos con los avances sanitarios, apoyados por los descubrimientos científicos que comportan la disminución de enfermedades fatales y en consecuencia, un aumento de la esperanza de vida, frente a un aumento de lesiones invalidantes. A estos factores se les denomina extrínsicos.

Por otra parte encontramos los factores intrínsecos determinados por la variabilidad biológica y psíquica del individuo.

Las consecuencias del creciente envejecimiento van relacionados con un aumento de la población no activa, laboralmente hablando, que contrasta con una disminución de la población jóven.Es por ello que los cambios sociales provocan nuevas necesidades socio sanitarias de un país. Los cambios producibles en una sociedad consumista, deben provocar una tendencia en el mercado de productos gerontológicos y aplicar nuevas estructuras culturales.

Según MISHARA y RIEDEL (1),distingue varias fases en la vejez. Primeramente la FASE DE RETIRO (de los 65 años a los 70), que coincide con el cese laboral; posteriormente la FASE INTERMEDIA (de los 70 a los 75 años), con la aparición de dos crisis:la viudedad y la adaptación a la progresiva involución de sus facultades. Finalmente, la FASE DE CUARTA EDAD,(a partir de los 75 años), que frente a la discapacidad, favorece el ingreso del individuo en istituciones socio sanitarias.

El envejecimiento de la persona comporta una serie de cambios físicos e intelectuales. El anciano durante su vida ha pasado por varias fases de duelo o pérdidas, pero con su envejecimiento deberá hacer frente a nuevas pérdidas entre las que podemos mencionar la propia jubilación pasando de ser una persona dirigida por estrictos horarios, realizar distintos roles y un constante afán de superación; a un período de inactividad que produce una sensación de inutilidad.

Finalmente debemos mencionar el envejecimiento intelectual, con la pérdida de memoria que se compensa con el aumento de la memoria de hechos antiguos o remota.

3.2.3 ANCIANO Y SALUD.-

Según el Diccionario Larousse Catalá de 1.993 en su 1ª Edición, SALUD se define como " El estado del organismo que funciona normalmente libre de enfermedades.- Equilibrio físico y psíquico,"

Pero el concepto de salud es complejo y a la vez simple por la *can*tidad de aspectos objetivos y subjetivos que en él confluyen. Implica a su vez una valoración de la sociedad y su producto cultural como factores determinantes para llegar tanto a su real comprensión como a su posible modificación.

Para ello la evaluación de la eficacia de un tratamiento nuevo y de nuevos métodos de prevención, la utilización de cifras de morbilidad y mortalidad, son indispensables.

El conocimiento de la composición, de la dinámica y de las tendencias de la población, son elementos indispensables para establecer un plan o un programa de salud a escala local, regional o nacional.

Las poblaciones urbanas tanto en los países desarrollados como en los menos desarrollados, están mejor atendidos al menos desde el punto de vista de atención médica, con un mayor número de médicos y servicios médico-sanitarios.

Así mismo los niveles de instrucción de las zonas urbanas, son más altos, así como existen diferencias respecto al grado de percepción de la enfermedad y de la necesidad de atención médica sanitaria.

Distintos estudios entre ellos GREENWOOD (1920), asociaba la promiscuidad reinante en las ciudades, con un riesgo mayor de enfermedad; aspecto que posteriormente pudieron demostrar epidemiólogos ingleses.

Con la urbanización de los países, la necesidad de asegurar servicios de salud adecuados en las zonas urbanas en rápida expansión, se ha transformado en un imperativo urgente en los países menos desarrollados.

La prevención de la vejez patológica es una de las prioridades en la investigación médica, y hay que hacerla posible para conseguir que la población anciana viva la vejez con máxima autonomía.

El individuo anciano depende de otros, pero valora su propia valía, y si le falta el apoyo personal a causa de una pérdida, puede llegar a experimentar un estado de desequilibrio desencadenante de una crisis patológica.

Si bien es importante tener presente el concepto de salud, no menos importante es describir la calidad de vida, la cual se puede realizar en la vejez a partir de tres estadios de la misma.

En primer lugar en la fase de NORMALIDAD donde el adulto es autoválido, independiente y con autonomía para vivir.Por consiguiente hay que procurar con el mayor empeño, que no se impida prematuramente al anciano, realizar actividades o toma de decisiones pues en caso contrario perderá aptitudes y se anticipará su incapacidad.

En segundo lugar corresponde a la fase denominada de FRAGILIDAD donde aparece la declinación física, psicológica y social a la que se expone el anciano, con riesgo de enfermedades y de accidentes que aceleren su declinación.

Finalmente una tercera fase denominada TERMINAL, donde se produce una pérdida de autonomía e independencia para vivir, por invalidez física o social.

Tenemos que trabajar para mantener la dignidad humana, a veces muy difícil por el tipo de enfermedad y sólo podemos lograrlo dedicando nuestros esfuerzos a mantener la mejor calidad de vida posible para ayudar al " viejo " a morir de forma digna.

3.2.4 CALIDAD DE VIDA.-

Calidad de vida en la vejez, significa mejorar la calidad asistencial sanitaria, potenciar la rehabilitación desde el momento que se detecta una enfermedad, cuidar la calidad técnica y humana, mejorar los recursos sociales e implantar las estrategias necesarias para reducir su cronicidad e institucionalización en centros geriátricos.

La mejora de las condiciones de vida y de los servicios sanitarios, aumenta el número de personas que viven una vida más larga. Hay que tener en cuenta que los cambios sociales provocados por el envejecimiento, modifican la forma de la sociedad de finales del

siglo XX. Los cambios aparecidos en la sociedad han hecho que el concepto de bienestar social se dejara un poco relegado y se diera más énfasis a la calidad de vida.

Cinco son los indicadores de satisfacción y calidad de vida, según PSZEMIAROWER :

* FUNCIONALIDAD o capacidad del senescente para desarrollar sus actividades diarias según el estado de su salud y su declinación física, entendiéndose como senescencia a la disminución gradual del funcionalismo de todos los componentes del organismo a lo largo de su vida.
* AUTONOMÍA o capacidad del anciano para mantener una conducta independiente en el desarrollo de sus actividades diarias.
* AMBIENTE DEL HOGAR, es decir, los apoyos domésticos, económicos y afectivos de la familia.
* APOYO POLÍTICO Y SOCIAL con la asignación de recursos para la vejez donde refleje el querer de cada pueblo.
* ENTORNO SOCIAL o nivel de integración o de segregación social.

Los datos obtenidos de una evaluación subjetiva de la salud no son fácilmente comparables, ni tampoco los análisis globales nos permiten identificar diferencias propias de las características particulares de las poblaciones de los distintos países.

Uno de los principales determinantes de salud, lo constituyen los estilos y condiciones de vida, clasificables en los ocho grupos siguientes según la Generalitat de Catalunya 1993 (51):

* ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN que ha lo largo de este siglo se ha visto mejorado por la disminución de enfermedades infecciosas, pasando de una población desnutrida a una alimentación pletórica propiciadora de enfermedades crónicas no infecciosas tales como la diabetes mellitus, osteoporosis, etc.

Las personas de mayor edad, son las más expuestas a la mala nutrición por una falta de ajuste a sus necesidades ante un menor consumo de energía.

Es por ello que en el momento de implantar una dieta geriátrica, deben tener en cuenta una serie de consideraciones entre las cuales cabe mencionar las modificaciones fisiológicas propias de la edad, sus patologías, su estilo de vida, sus recursos económicos, su núcleo familiar, entre otros.

Siguiendo a EXTON SMITH las principales causas de mala nutrición en los ancianos se debe a sus soledad, su ignorancia sobre una dieta equilibrada, la confusión mental, impedimentos físicos que le impiden ir a realizar la compra, la falta de apetito, el estado de su dentadura, la mala absorción, el alcoholismo y finalmente la pérdida de proteínas favorecedora de las úlceras por decúbito.

* EL EJERCICIO FÍSICO que aún siendo una opinión generalizada de que la práctica continua y controlada de actividades físicas y deportivas favorecen a mantener un buen estado físico y psicológico, deben tomarse algunas precauciones, realizándose tales actividades en relación a su estado de salud. Por otra parte, tienen hoy especial interés las llamadas técnicas de movilización como la fisioterapia, la terapia ocupacional, etc.
* EL EXCESO DE PESO, reconociéndose la obesidad como un problema nutricional de los países industrializados.
* EL ALCOHOLISMO como una de las causas de la reducción de la expectativa de vida, con un elevado coste socio-sanitario.
* USO DE DROGAS NO INSTITUCIONALIZADAS que a pesar de no ser habitual entre la población anciana, se presenta en colectivos marginales.
* HÁBITO TABÁQUICO como primera causa previsible de pérdida de salud y de muerte evitable y prematura.
* CONDUCTA SEXUAL y que la propia O.M.S. establece su relación con la salud.
* MEDIO AMBIENTE Y ENTORNO cuyas características dependen de factores como la infraestructura de saneamiento, el desarrollo económico, la vivienda, la propia educación, la alimentación, etc.

Con respecto al medio físico, puede plantear problemas a los ancianos en dos niveles diferentes. Por un lado, en la concepción de la urbanidad, de la planificación de la ciudad y del transporte; que numerosas veces aísla al anciano de su entorno.

Por otro lado, hay que reducir al mínimo los diversos factores peligrosos para los ancianos, tales como la vivienda, instalaciones con faltas de seguridad, etc.

Consecuentemente a calidad de vida debemos tener en cuenta que CUIDAR significa promover la calidad de vida, es decir, todo lo que se organiza para que la vida continúe, quedando incluídos en esta definición los cuidados de mantenimiento y de reparación.

Si los cuidados de mantenimiento son importantes para todos nosotros, en gerontología son esenciales. Sin embargo, se les da poca importancia incluso por el personal que proporciona cuidados a los ancianos. A veces los consideran demasiado fáciles, y por otros no recomendados terapéuticamente, lo que explica que para algunos, consideren el aseo, el baño, la ducha, etc, como una limpieza y no como unos cuidados necesarios.

Por lo cual, lo que se juega a través de estos actos puede ser fundamentalmente para la persona cuidada. A través de estos actos, la persona puede ser reconocida o negada, aceptada, rehusada, alimentada a través del contacto.

La meta de estos cuidados es como su nombre indica, mantener la vida. Su naturaleza está hecha para actos de la vida cotidiana, sin embargo, son los cuidados de reparación los que están más valorizados.

Un aspecto importante es la relación que se produce entre la enfermera y el anciano. La comunicación es un elemento mezclador de esta unidad. Las relaciones profundas se establecen a menudo a través de lo que no se dice, o no se ha dicho; pero el cuerpo se encarga de expresar.

Este fenómeno lo podemos observar en personas en estado catatónico, depresivo u otro tipo de personas que no quieren o no pueden comunicar. Sin embargo, sus cuerpos expresan sus malestares, sus límites y sus demandas. Esta expresión a través del cuerpo es muy sutil. La manera como la enfermera puede decodificar esta comunicación es entrando en contacto y utilizando sus propios sentimientos.

El cuerpo juega un papel fundamental en el acercamiento relacional y terapéutico de la persona cuidada.

La relación en los cuidados de enfermería gerontológica es específica y contiene varios aspectos:

En primer lugar el concepto tiempo que engloba la propia historia de la vida del anciano. Tiene un largo pasado, un presente y un corto futuro. Por ello el personal de enfermería deberá trabajar sobre proyectos concretos y cotidianos con las riquezas del pasado.

Otro concepto a tener en cuenta es el narcicismo que toma en cuenta las heridas y pérdidas vividas por la persona mayor.

En tercer lugar debemos tener en cuenta el concepto de inhibición de la acción comúnmente expresada como se haga lo que se haga no sirve de nada.

Finalmente es importante tener en cuenta el concepto de espacio, que según T.E.HALL, indica que es en cierto sentido la prolongación de nuestro psiquismo.

HALL describe tres distancias o " bolas auras ". La primera denominada ÍNTIMA y que sólo puede tocarse en las relaciones amorosas o en caso de pelea. La segunda denominada SOCIAL que sirve de cuadro en las relaciones sociales. Finalmente la tercera denominada PÚBLICA y como su nombre indica, rige las relaciones públicas.

A mayor dependencia del anciano, se respetarán menos las distancias.

3.2.5 DEMOGRAFÍA.-

Es importante tener en cuenta, que cualquier indicador demográfico, no es más que el resultado matemático, pero hay que tener en cuenta que detrás de cada estadística, está representado un gran número de seres humanos.

Primeramente deberemos ver la situación demográfica en EUROPA. Según las estimaciones realizadas por las Naciones Unidas, (Departament of Internacional Economic and Social Affairs. United Nations, New York, 1.985), indica que en 1.985 se produjo un incremento de la población de setenta y más años para esta área geográfica, sin excepción alguna, aunque en muchos países disminuirá el número de población total, como parece que va a ocurrir con seguridad en casi todos los países nórdicos y de la Europa Central.

El crecimiento del grupo de ancianos es consecuencia de las tasas específicas de mortalidad a todas las edades, es decir, del aumento de la esperanza de vida.

Siempre que hablemos de países desarrollados con tasas de mortalidad infantil muy bajas, los avances más importantes en este sentido se producirán en aquellos estratos de población con tasas de mortalidad más elevadas, es decir, entre los ancianos.

Al mirar el futuro cabe preguntarnos si el proceso de envejecimiento que preocupa a los países más avanzados es progresivo, y se ha agudizado cada vez más; o se trata de una transición hacia una estructura más envejecida pero convertible a una estabilidad a lo largo del tiempo.

Es por ello que se habla del peso relativo de los ancianos, ligado necesariamente a las pautas de fecundidad, o como solución alternativa a los flujos inmigratorios.

En los gráficos (I),(II),(III), podemos observar la evolución para los próximos veinte años, de los grupos de individuos mayores de 65 años en Europa (9). Observamos que el grupo de ancianos mayores de 65 años pasa de 38 a 40 millones entre 1.970 y 1.990, y hasta el año 2.010 se prevé un crecimiento de otros 8.600.000 habitantes, pero hay que destacar que mientras en la primera veintena, la población total de Europa ha crecido en su conjunto más de 21 millón, en la segunda el crecimiento es de 5 millones.

Con respecto a ESPAÑA observamos que en 1.900 existía un menor número de mujeres que alcanzaba los sesenta años de vida, con respecto a los hombres. Sus causas eran fruto del intenso trabajo, el desgaste psicofísico en el parto y posterior esfuerzo para criar a sus hijos, así como las propias condiciones de vida de la época. Las mujeres que alcanzaban los sesenta y cinco años tenían una esperanza de vida superior a los hombres.

En 1.900, la esperanza de vida se situaba en 35,11 años en las mujeres, mientras que para los hombres era de 33,75 años (IV). Según la misma fuente, en 1.960 la esperanza de vida se situaba en 71,82 años para la mujer y de 66,95 años para el hombre.

A partir de 1.975, España pasa de una población madura a una población envejecida, similar al resto de Europa. Las poblaciones

envejecidas de los países desarrollados han seguido envejeciendo y por tanto disminuyendo el número de jóvenes.

Desde 1.977, la tasa de mortalidad de nuestro país es de las más bajas conjuntamente con Holanda y Grecia. Examinando las tasas de mortalidad, se observa un gran período exento de epidemias, gripes y apoyada por el descenso de la mortalidad infantil.

A partir de la década de los ochenta, se observa un incremento de la población anciana. En 1.984 ocupaba el 11 % del total de la población, superior a la de Cataluña (41).

Al incremento del envejecimiento, se une el descenso de la mortalidad en especial infantil, y del descenso de la natalidad, así como a un aumento de la esperanza de vida.

Tales factores han provocado una inversión de la pirámide de edad, envejecida por la base y por la cúspide. Las migraciones contrarrestan a los incrementos de la natalidad y esperanza de vida, ya que al marchar la gente, envejece la población.

Diversos estudios coinciden en la existencia de una población anciana superior de mujeres, aproximadamente el 60 % respecto a los hombres.

Las previsiones para el año 2.001 indican una tasa de envejecimiento del 16,75 %.

A su vez debemos observar la evolución demográfica sufrida en nuestro entorno más inmediato, es decir, en nuestra Comunidad Autónoma de Cataluña.

En 1.900 la esperanza de vida se situaba en 36,3 años para los hombres, y de 35,1 para las mujeres (50). Desde ese momento aparecen etapas claras de envejecimiento. Desde 1.900 a 1.950 se origina un envejecimiento moderado por la cúspide y muy rápido por la base, como consecuencia del descenso de la natalidad y el período de la guerra civil; para pasar entre 1.950 y 1.975 a un rejuvenecimiento de la población por aumento de la natalidad y la población joven.

Entre 1.960 y 1.975 el crecimiento es explosivo, para estabilizarse en 1.991 siendo la tasa anual de crecimiento del 0,46 %.

Así mismo entre 1.975 y 1.990 aumenta ligeramente el número de defunciones y desciende los nacimientos, reduciéndose en un 7,8 % en la población catalana comprendida entre 0 y 14 años, aumentando en un

13 % la población comprendida entre el 15 y 64 años y en un 49 % la población mayor de 65 años.

La esperanza de vida actual se sitúa en 73,9 años para el hombre y de 80,9 años para la mujer, situándose en la cabecera del conjunto internacional por debajo de Suiza y Japón.(50).

Con respecto a la mortalidad encontramos que en 1.990 la tasa bruta se situaba en el 8,5 x 1.000 habitantes, siendo las principales causas las enfermedades del aparato circulatorio, las del aparato respiratorio, las digestivas y finalmente por causas externas.

Con respecto a las causas de muerte entre la población mayor de 64 años encontramos las siguientes (46) gráfico n° V

47,10 % enfermedades del aparato circulatorio.
22 % tumores.
9,7 % enfermedades del aparato digestivo.
3,3 % enfermedades endocrinas y nutricionales.
12,5 % otras causas.

Debemos tener en cuenta que desde 1.983, el incremento de muertes por causas externas, viene ocasionado por un aumento del parque automovilístico, la constante mecanización y electrificación, el aumento de productos tóxicos y farmacológico; sin olvidar el uso y abuso del alcohol y otras drogas.

En un futuro se esperan importantes cambios en la composición de la población, que no significa una falta de dinamismo. Se espera un aumento de la población poco importante, y un bajo número de nacimientos. Por tanto, el mayor crecimiento se situará en la población mayor de 65 años, descendiendo en el resto de los grupos de la población.

Es importante tener en cuenta que una de las provincias más industrializadas, corresponde a BARCELONA, la cual cuenta con 312 municipios, distribuidos en 11 comarcas de las cuales, tres se consideran sobreenvejecidas, seis envejecidas y dos como adultas.

La mayoría de ancianos se encuentran en la ciudad de Barcelona, alcanzando el 16,5 % de la población total.

3.2.6 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DEL BAIX LLOBREGAT.-

Esta comarca ocupa una extensión de 486,5 Km. cuadrados, con una población total de 583.354 habitantes de los que el 8,27 % pertenecen a mayores de 65 años (43).

El índice de envejecimiento en 1.990 se situaba en el 32,47 % y con un índice de dependencia del 12,54 % (50) como podemos observar en los gráficos nº (VI) y (VII).

Según la Generalitat de Catalunya, las plazas necesarias de Residencias Geriátricas se sitúa en un 3,5 % de la población mayor de 65 años.

Entre los aspectos sociológicos más importantes a tener en cuenta de esta comarca, observamos que es la comarca con la renta per cápita más baja de la provincia de Barcelona, siendo la principal fuente de ingresos para los ancianos mayores de 65 años, las devengadas por la Seguridad Social.

Es importante que la mayoría de los ancianos viven con su pareja o solos, pero solamente un 3% reside en Residencias Geriátricas.

Las principales preocupaciones manifestadas por los ancianos de la comarca del Baix Llobregat (50), son el no poderse valer por sí mismos,recursos económicos insuficientes, la soledad y problemas de salud.

Las principales deficiencias indicadas por el mismo colectivo se sitúan en la falta de Residencias Geriátricas, falta de hospitales y la escasez de lugares para poder pasear.

Finalmente los recursos existentes en la comarca del Baix Llobregat según la propia Generalitat se distribuye de la siguiente forma: 2.135 plazas de Residencias Geriátricas Casals y 33 Equipos de Atención Primaria.

3.3. ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA VEJEZ.-

Los cambios relacionados con la edad en el proceso básico de hacerse viejo, son el resultado de las interacciones entre los hechos biológicos y psicológicos.

Una salud física pobre, conduce frecuentemente a la soledad, a la pérdida significativa de la capacidad de actuar y realizar tareas normales diarias, a la incapacitación y a la depresión.

La salud de la vejez depende en buena parte del resultado de sus cuidados sanitarios a lo largo de su vida; entre los que podemos mencionar una adecuada dieta, realización de ejercicio, estimulación, incentivación, diversión, etc.

Es importante diferenciar el anciano sano o válido del enfermo o inválido.

ANCIANO VÁLIDO es aquel que alcanza la edad de los sesenta y cinco años y no necesita ayuda para realizar actos elementales cotidianos, tales como vestirse, asearse, comer o pasear.

ANCIANO INVÁLIDO es el individuo de sesenta y cinco años que representa alteraciones a nivel físico, mental o social.

Es por ello que a continuación pasamos a describir el envejecimiento biológico y el envejecimiento patológico del anciano.

3.3.1 ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO.-

El envejecimiento no es una enfermedad, sino una etapa vital de la vida con necesidades específicas del organismo. Tampoco es un proceso continuo, ya que algunas células envejecen antes que otras.

El envejecimiento biológico se produce al superponer mecanismos regresivos a diferentes niveles de organización del sistema molecular, celular y tisular hasta el organístico.

Se producen alteraciones que afectan a la organización biológica, dando lugar a la aparición de un enjambre de diferentes patologías.

La Gerontología experimental confirma que en individuos con la misma edad cronológica, puede diferir el estado de preservación de sus funciones biológicas.

En el hombre, a partir de los treinta años, se inicia un descenso casi lineal en la mayoría de las funciones corporales. Pero la disminución funcional no es la causa del envejecimiento, sino más bien su consecuencia. Por efecto del envejecimiento todos los órganos empiezan su declinación antes de la muerte. La media de este declinar nos proporciona un cálculo de la edad fisiológica del individuo.

Distintos cambios se suceden a lo largo de la vida del individuo: envejecimiento de la piel, aparición de canas, calvicie, disminución de la estatura, atrofia muscular, etc.

A su vez los sistemas cardio respiratorio, digestivo, urinario y endocrino presentan importantes modificaciones.

3.3.2 ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO.-

Sin ser la vejez una enfermedad, si se ha demostrado que aumenta la probabilidad de contraer enfermedades durante la vejez y con consecuencias negativas superiores a otros períodos de la vida.

Hay que diferenciar entre enfermedad aguda, es decir, de corta duración y de evolución previsible; de la enfermedad crónica de larga duración y asociada a una limitación residual.

Las enfermedades agudas inciden con menor porcentaje en los ancianos, pero tardan más en curarse y sus consecuencias son más graves.

Los médicos aceptan ahora, que la morbilidad debe inclinarse no sólo por la extensión del proceso patológico, sino también por el menoscabo funcional en las personas afectadas por un estado patológico.

El diagnóstico funcional es uno de los elementos más importantes que se han introducido en geriatría. De conformidad con esta orientación, se establece una distinción entre el quebranto y la invalidez causados por un estado patológico.

El quebranto de salud se define como cualquier defecto(pérdida) o anormalidad de tipo fisiológico o psicológico que existe o se presenta en el individuo y que, cuando se observa a tiempo y se trata adecuadamente, no menoscaba las actividades de la vida normal de las personas de edad avanzada. Cuando ese quebranto se descuida, puede convertirse en invalidez.

Se considera que existe invalidez cuando el quebranto de salud o la enfermedad causa una limitación parcial o total de las actividades de la vida normal de la persona anciana. Cuando la invalidez se observa a tiempo y se trata adecuadamente, se puede retrasar, aliviar o incluso evitar la incapacidad total y la dependencia.

Las llamadas enfermedades de la vejez son aquellas que están ligadas de forma especial a las alteraciones progresivas e inevitables de la edad y que, por tanto, se elevan al final de la vida. Su estudio y tratamiento es el objeto de la Geriatría, que de un modo más amplio ha sido definida por el famoso geriatra W. FERGUSON ANDERSON como " La rama de la Medicina que se ocupa de la salud de la población anciana, en los aspectos clínicos, sociales, preventivos y terapéuticos de las enfermedades seniles ".

Aunque todas las enfermedades pueden ser padecidas por el anciano, las más frecuentes son :

Las Enfermedades cardiovasculares que en su conjunto, representan alrededor del 50 % de las causas de morbilidad del anciano, afectando más a las mujeres que a los hombres. Aunque su etiología y patogénia no están del todo aisladas, se sabe que la arteriosclerosis, juega un papel fundamental.

La incidencia de los procesos neoplásicos es mucho más elevada en las personas de edad que entre la gente joven, con una prevalencia de las afecciones tumorales malignas que se ha calculado del orden de las 700 a las 1.000 por cada 100.000 habitantes.

Los traumatismos se producen con una frecuencia extraordinaria en las personas ancianas. Aunque no se ha llegado a la conclusión definitiva todavía, parece que la osteoporosis es la principal causa de las caídas en los ancianos produzcan tantas fracturas.

Se ha exagerado el aumento de las enfermedades mentales entre los ancianos. Es indudable que con la edad, aumenta de forma importante la posibilidad de padecerlas. Los componentes principales de la enfermedades mentales en las personas ancianas son los factores biológicos y sociales, ya que a menudo se combinan y se producen problemas especiales.

Los factores biológicos, son los procesos patológicos, principalmente degenerativos, de la senescencia, cuyo estudio es difícil por la falta de conocimientos sobre los procesos de envejecimiento normal.

Los factores biológicos contribuyen a la presencia de padecimientos como la demencia y las secuelas psiquiátricas, la malnutrición, los trastornos circulatorios, la disminución, las disminución de la visión y la audición y la locomoción lenta.

Como características especiales de las enfermedades geriátricas destacan la polimorbilidad, es decir, la coincidencia de varias enfermedades en un mismo individuo. La sintomatología suele ser poco llamativa e incompleta.

En Geriatría hay que tener en cuenta además, los llamados signos físicos desorientadores, que justifiquen el examen periódico del enfermo.

Finalmente la respuesta mental de los ancianos es totalmente distinta a la de los jóvenes. Los cambios inesperados de la función intelectual son muchas veces los primeros signos de que algo marcha mal, y será obligatorio aplicar a todos los métodos diagnósticos para encontrar la causa y tratarla adecuadamente.

3.4. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA VEJEZ

El envejecimiento normal, es aquel en el que no existen situaciones de enfermedad psíquica, y corresponde al que vive la mayoría de las personas; ya que sólo una minoría de ancianos presentan trastornos psíquicos. De todas maneras es difícil establecer los límites entre lo normal y lo patológico en aspectos psíquicos, por lo que los investigadores prefieren hablar de intensidad de uno u otro, siendo importante el equilibrio entre ambos.

Cuando este equilibrio se rompe, podemos hablar de un envejecimiento patológico en el que encontramos: la senilidad que constituye la enfermedad orgánica más importante, con base somática con deficiencia en los tejidos y órganos o en su funcionamiento. Entre las más importantes está la enfermedad de Alzheimer y la arteriosclerosis cerebral, ambas irreversibles.

Otras enfermedades similares pero reversibles poseen factores externos tales como una deficiente nutrición o el consumo de alcohol.

3.4.1 ENFERMEDADES FUNCIONALES.-

Son enfermedades somáticas u orgánicas debidas a factores externos. Debido a su gravedad y manifestaciones, se dividen en neurosis y psicosis. Las neurosis se consideran como reacción frente a la angustia, sus manifestaciones pueden ser de ansiedad, fobia, histeria, depresiones,etc.

Las psicosis son pérdida de contacto con la realidad manifestadas por alucinaciones, conductas extrañas, etc.

Psíquicamente el envejecimiento nos presenta una serie de factores que en principio serían favorecedores de la aparición del síndrome depresivo en la población anciana, entre los que destacan :

- pérdida de status social, físico y económico.
- muerte o enfermedad del cónyuge.
- soledad , aislamiento y sensación de rechazo.
- falta de afecto y cariño.
- muerte laboral - jubilación.

Todos estos problemas, junto con la ruptura de sus esquemas y una total incomprensión de lo que pasa a su alrededor, hacen pensar no solo los científicos, sino el resto de la población, que el proceso de envejecer es sinónimo de " estado depresivo" y que constituye un síndrome de alta prevalencia en el colectivo de gente anciana.

El temor y el miedo presiden con demasiada frecuencia el vivir diario del anciano, y como consecuencia éste se ve abocado a la angustia y depresión típica de los estados asténicos-depresivos. La angustia no sólo se refleja en los estados depresivos de la persona anciana, sino también se pueden explicar la aparición de trastornos psicosomáticos como cefaleas, trastornos sexuales, gastrointestinales, problemas respiratorios y musculares.

Las pérdidas afectivas que experimenta el anciano y que son tan importantes para él, van minando su psiquismo y dan lugar a una reacción de abandono que les conduce a la depresión.

No sólo tenemos aspectos negativos del envejecimiento sino que encontramos en ellos unas aptitudes cognoscitivas, las cuales están sujetas a viejos mitos en la sociedad actual.

I La inteligencia.

II La memoria.

III El aprendizaje.

LA INTELIGENCIA.-

La dinámica intelectual es muy importante para los procesos de adaptación en todas las edades y juega un papel decisivo en el

diagnóstico de muchos trastornos psicopatológicos y neurológicos. Uno de los tópicos más difundidos, es que la inteligencia se deteriora con la edad. Hay que tener en cuenta que la inteligencia no sólo está reconocida con la edad, sino que está influenciada por factores ambientales, sobre todo con el nivel cultural del individuo, y así resulta que las personas que poseen mayor bagaje educativo y cultural, muestran un declive menor que los individuos de niveles culturales más bajos.

Algunos autores han creído interesante definir la inteligencia según la edad, WESCHLER indica que en las edades jóvenes no pondría la viveza mental, la habilidad para aprender y la capacidad para establecer nuevas relaciones, en la vejez predominará la sabiduría y la sagacidad entendida esta última como la habilidad para tratar las situaciones de la vida según la experiencia pasada.

Diversos estudios recientes longitudinales han podido constatar que la inteligencia no declina con la edad, sino que suele permanecer estable y continua desarrollándose hasta los últimos años de la vida.

Pese a las críticas lo que parece estar claro es que la edad no es sino una de las determinantes de la inteligencia. Pero hay que tener en cuenta otras variantes como nivel cultural, la profesión, el estado de salud, el entorno del sujeto, etc. En aras de la realidad hay que precisar que las limitaciones en el funcionamiento intelectual, suele ocurrir entre los 65 y 70 años, ligadas a todo un acúmulo de enfermedades a las cuales el anciano es muy proclive y a circunstancias psicosociales.

MEMORIA :

Es otra de las aptitudes cognoscitivas importantes en el aprendizaje, pero considerada como instrumento. Las personas mayores pueden tener fallos de memoria para los nombres y números que se relacionan con acontecimientos o hechos acaecidos hace poco tiempo, no así los acontecimientos en tiempos lejanos.

Aquellas personas que quieren llevar una vida independiente necesitan tener una memoria reciente. Poder recordar acontecimientos lejanos es una de las características del anciano como lo es también

repetir las cosas, contar anécdotas, aunque se puede considerar que es debido a la apatía, a la soledad y a la falta de estímulos, más que considerarlo como algo inevitable del envejecimiento.

APRENDIZAJE :

El aprendizaje está estrechamente relacionada con la capacidad intelectual. La capacidad de aprendizaje del ser humano todavía es grande a partir de los setenta años e incluso por encima de esta edad, sobre todo si se tienen en cuenta el papel que juegan los factores motivacionales y la personalidad en los diversos tipos de aprendizaje. El rendimiento del anciano puede verse reducido a causa de la falta de agudeza sensorial, por la tendencia a la fatiga o por la carencia de motivación, pero de estos hechos no debe deducirse que disminuye su capacidad para aprender, ni su potencial intelectual. Pero hay que utilizar una estrategia de aprendizaje adecuada a las necesidades del anciano sin exigirle rapidez en la tarea, cuando se producen déficit de aprendizaje en el anciano, no debe achacarse sólo al proceso de envejecimiento.

Corresponde a nuestra sociedad el promover y fomentar todo tipo de alternativas en este sentido, ya que es la idea actual tanto a nivel preventivo como terapéutico. Se cree que una de las mejoras formas de envejecer después de la jubilación es que se inicie el aprendizaje de una nueva tarea que abra la curiosidad hacia otros horizontes. Aprender algo nuevo en esta edad de la vida, es quizás la mejor profilaxis para luchar contra los sentimientos de soledad, abandono y aislamiento. Es la forma de demostrarse a sí mismo que todavía " valen para algo "

Otro de los aspectos a tener en cuenta en los ancianos desde un plano psicológico es la personalidad

PERSONALIDAD :

Comprende características individuales, forma de ser, estilos de vida; es decir, lo único de cada persona.

Para entender a los sujetos mayores de 65 años, debemos conocer sus propios puntos de vista, sus cambios en las posiciones sociales, sus autoconceptos y personalidades, así como los cambios situacionales en el mundo.

Las modificaciones de la personalidad en los ancianos no han sido muy investigadas y los datos que se poseen son muy dispares y heterogéneos. Esto se debe, sobre todo, a que la definición de la personalidad, especialmente en términos de normalidad y anormalidad, presentan numerosos y complejos problemas. Las dificultades metodológicas obligan a considerar siempre en datos relativos.

Pese a todo ello, se ha descrito un perfil de personalidad en el que se adjudican al anciano diversos rasgos negativos y otros positivos. Entre los primeros destacan el egoísmo, la machaconería, la sesiblería, el autoritarismo, el rechazo social, la tendencia al aislamiento, etc.

Entre los segundos, los más relevantes son la prudencia, la reflexión y la serenidad.

Actualmente sin embargo se critica mucho la validez de este perfil, ya que buena parte de los rasgos en él descritos, son atributos del anciano senil, y en otras ocasiones, se ha pasado por alto que los datos obtenidos es una muestra difícilmente generalizable a toda una población, motivo por el cual no podemos incluir a todos los ancianos bajo el tópico que suele definirsele como " gruñones " y " cascarrabias ". La conclusión más válida y general que puede extraerse de las últimas investigaciones al respecto, es que en las personas sanas y adaptadas, la personalidad tiende a permanecer estable durante la vida.

3.5. ASPECTOS SOCIOLÓGICOS DE LA VEJEZ.-

3.5.1 ENVEJECIMIENTO NORMAL.-

Al igual que en los aspectos psicológicos, es difícil identificar conceptos de normalidad o patología en los aspectos sociales. A medida que la persona crece, adquiere experiencias que condicionan su definición de salud o enfermedad.

El adulto posee una extensa experiencia, que modifica y subjetiviza tales conceptos; que producen gran variedad de experiencias psicosociales y por tanto de reacciones.

Normalidad social para unos, consiste en mantener el mismo tipo de relaciones que en la madurez; mientras que para otros consiste en reducir de forma progresiva el número de relaciones. En distintos países se considera que el anciano socialmente posee una vejez sana, aunque en algunas sociedades no existe una definición clara de cual es su rol ya que considera que para ello deben mantenerse las relaciones sociales de antaño e insisten en la actividad.

Otras se orientan hacia un desacoplamiento de sus roles, de forma que cada individuo escoge su propia definición de rol.

Con respecto al envejecimiento normal, debe tenerse en cuenta el rol social que desempeña el anciano. En comparación con otras minorías, el anciano debe encontrar un rol, su rol, en una sociedad contemporánea, donde sus derechos económicos y sociales estén mejor definidos legalmente. El no encontrar el anciano su rol en la sociedad, se debe a la definición de anciano ligada al cese laboral.

Es evidente que la vida social está determinada por etapas laborales. Primeramente en una preparación a través de la educación.

En segundo lugar, en un rendimiento laboral y finalmente la tercera etapa dirigida a un merecido descanso, denominado jubilación.

En la actualidad dichas etapas se ven modificadas en una ampliación de la escolaridad y consecuentemente con un retraso en la incorporación al mundo laboral.

3.5.2 ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO :

Los criterios son cambiantes en la sociedad, lo que pone en riesgo su estudio para el sujeto y la sociedad.

La sociabilidad patológica o anormal en la ancianidad lleva el etiquetaje de la conducta como alineada, desviada y marginada. El anciano aprende que es más fácil adaptarse, que luchar contra el sistema.

En contra del conservadurismo, aparece la militancia política y social del anciano en defensa de su colectivo.

Finalmente el anciano se integra en una soledad fruto de la desaparición de las personas con las que ha convivido y cuyo antídoto consistirá en potenciar las relaciones sociales con los jóvenes y las actividades comunitarias no competitivas.

3.5.3 ROL Y STATUS.-

Cada individuo tiene tantos status como manifestaciones de su interacción, o dicho de otra forma, un status global es producto de los status parciales. A cada status le corresponde un nivel dinámico del mismo y a través de la suma de todos los status y roles se define la posición individual del sujeto; suma de derechos y obligaciones que configuran como debe comportarse socialmente el individuo.

Los status se clasifican en adscritos, aquellos que pertenecen al individuo sin esfuerzo:(edad, sexo, clase social de origen, etc); y adquiridos, aquellos conseguidos por el esfuerzo del individuo,:(clase social alcanzada, posición lograda, etc).

La edad es un status de carácter igualitario. Se puede cambiar el lugar de origen, los conocimientos; pero no así el momento del nacimiento. El aumento de personas mayores de 65 años, la inflación

del país, las experiencias previas, etc, hacen que se diferencien los nacidos por ejemplo en 1.900 de los nacidos en 1.930.

Un rol es la conducta esperada del individuo que ocupa una posición particular en el marco social.

El inicio de proceso de socialización del rol adulto o de persona mayor, empieza cuando se es joven y se empieza a tener conciencia de lo que se espera de ellos. Conforme se hace " viejo ", las percepciones de estos roles cambian, las esperanzas que cada uno tiene de la vejez con el paso del tiempo cambia y nuestra situación vital se modifica.

Nuestra sociedad frecuentemente asigna al anciano " un rol sin rol ", con motivo de privárseles de un rol activo en una sociedad economicista y basada en el trabajo. Esta concepción varía según las culturas.

Mientras que en Japón se espera de los ancianos con buen estado de salud, sus conocimientos; en otras sociedades se les aparta del mundo activo.

Así mismo existe clara diferencia en el rol de la mujer anciana por su condición de mujer. Es discriminada en el ámbito laboral.

El gran número de mujeres mayores solteras o viudas , la mayor facilidad de vivir solas y la adaptación a un salario más bajo que los hombres, son aspectos a tener en cuenta en el futuro de la vejez.

Los acontecimientos clave, son hechos que marcan el inicio o final en el desempeño de un rol o status en la sociedad, con efectos futuros para el individuo y la sociedad.

El individuo al asumir un rol compromete su futuro de forma temporal o definitivamente.

3.5.4 RESPUESTA SOCIAL.-

Constituyen las distintas reacciones que grupos o individuos adoptan frente a la ancianidad.

De forma general, la variable edad se revisa constantemente por el incremento del número de ancianos y hay que tener en cuenta el aspecto negativo ofrecido por los medios de comunicación.

Los propios ancianos responden a la unión de grupos de presión, coaliciones, etc, para combatir la discriminación. El activismo provoca la manifestación de sus problemas, necesidades y opiniones.

Frente a la ancianidad, distintas actitudes se oponen, siendo las más frecuentes las siguientes:

- Ancianismo : fruto del acúmulo de opiniones negativas hacia la ancianidad. Supone un prejuicio activo basado en el desconocimiento y deformación de las posibilidades del anciano.
- Gerontofobia u odio a la ancianidad.
- Gerontocracia o poder en manos de los ancianos.
- Etiquetaje : La repetición de actitudes negativas conllevan a un etiquetaje entre las que podemos mencionar la limitación laboral.
- Discriminación o falta de igualdad de oportunidades por razón de edad, especialmente presente en el ámbito laboral.

3.5.5 RELACIONES CON LOS DEMÁS :

Los mitos han sido propicios a difundir la idea de que las personas mayores, por lo general están solas, sin amigos, ni personas en las que confiar y lejos de sus hijos.

La soledad es un aspecto significativo poco frecuente entre las personas ancianas, las relaciones familiares y amistades disminuyen a a partir de los setenta años por motivos de salud, de desplazamiento, muerte de personas conocidas de su misma edad, etc; pero las personas mayores poseen muchos roles de relación dentro y fuera de la familia.

Entre las relaciones más significativas debemos mencionar la existente entre maridos y esposas. Constituyen la esencia de la relación familiar. Con ellos se inicia la familia, la unión de sexos, de diferentes generaciones, con distintos fines y un objetivo común: tener y educar a sus descendientes. Las cotas más altas se alcanzan con la vejez. Con la jubilación la pareja pasa más tiempo juntos, hay mayor intimidad y alcanzan un mayor nivel económico al juntar posiblemente dos sueldos.

La naturaleza y calidad de las relaciones conyugales condicionan la calidad de las relaciones familiares entre generaciones y el exterior.

Otra de las relaciones importantes es la establecida entre padres e hijos. Poseen una dinámica propia de acuerdo con la maduración de los hijos que pasan progresivamente de la dependencia total a la independencia.

Mientras los hijos viven con los padres, privan de intimidad a éstos, por lo que cuando aquéllos abandonan el hogar, los padres empiezan a disfrutar de verse libres de responsabilidades y podrán hacer aquellas actividades de su interés.

Al llegar a la vejez, las relaciones entre ambos son frecuentemente afectivas pero autónomas. Es frecuente mayor relación con las hijas que con los hijos. Los servicios que pueden prestar los hijos a sus padres dependen de la situación económica , de la salud, de las necesidades y así mismo de las propias relaciones familiares.

Con ello no queremos incitar a pensar que sólo los hijos compensan las necesidades de los padres, ya que éstos pueden ofrecer a sus hijos ayudas no sólo culturales, sino también hacia los nietos.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en los aspectos sociológicos del anciano se relaciona con la jubilación.

3.5.6 LA JUBILACIÓN :

Socialmente se ha considerado al jubilado como un rol sin rol, al no reconocerle la sociedad actual un papel social como se hacía en sociedades primitivas o medievales. En la antigüedad se les encontraba una actividad sustitutiva.

El paso de trabajador activo a jubilado, supone uno de los cambios más importantes en sus últimos años de vida. Significa la reducción de salario, la necesidad de adaptarse a su nuevo rol, y la pérdida de contactos sociales. El trabajo o la ocupación influyen en la salud. En la jubilación hay que encontrar otros objetivos a la vida. En la mayoría de los casos, la jubilación origina diversos cambios psicosociales que van a exigir del individuo un gran esfuerzo de adaptación.

Se prevé para el siglo XXI, un cambio en la consideración, pasando de un individuo inactivo, a un individuo con merecido descanso, de mayor libertad, realizando actividades recreativas y por tanto eliminando el sentimiento de individuo cuyo rol es no tener rol.

En algunos países se han empezado experiencias de jubilación escalonada, parcial y diferida. Hay que preparar a las personas para su jubilación evitando posturas negativistas. Los programas serán más efectivos, cuanto más garanticen la presencia activa del jubilado en la sociedad.

El momento de la jubilación presenta dos fases influenciadas por factores personales, económicos y sociales, claramente diferenciables antes y después de la jubilación.

En la FASE DE ANTES, la decisión de jubilarse viene dada muchas veces por la propia institución y amparada por la ley del país; así como por el propio individuo influenciado por su estado de salud, motivación, interés en realizar otras actividades, situación familiar, situación económica, etc. Antes de esta fase encontramos una fase previa de prejubilación en la que el trabajador contempla la posibilidad de jubilarse cercanamente o a largo plazo. Aparece aproximadamente veinte años antes y nace el interés por los planes de jubilación. Cinco años antes de la jubilación, además se cuestiona aspectos económicos y actividades alternativas.

En la FASE DE DESPUÉS encontramos varias fases claramente identificables. En primer lugar, la denominada LUNA DE MIEL donde existe una motivación para experimentar la jubilación, adoptando posturas que van desde la ocupación y activismo, hasta una postura de descanso y tranquilidad. Para mantener la postura activa es necesario una situación económica favorable. Una segunda postura es de no hacer nada y sólo desea disfrutar del descanso que antes no disfrutó.

En segundo lugar, pasado unos meses después de la anterior, el jubilado mantiene una actitud de descanso y tranquilidad hasta el final de sus días. Por el contrario, la mayoría, adopta una postura de rutina en sus actividades como mantenía antes de su jubilación. Si en esta fase no se encuentran actividades rutinarias satisfactorias, puede entrar en el desencanto que derivará en depresión si se alimenta

de aspectos negativos, tales como la muerte del cónyuge, falta de medios económicos, etc.

Finalmente entra en una FASE DE DEPENDENCIA que afecta a una minoría de jubilados que implica pasar de un status de anciano sano independiente, a anciano con limitaciones e incapacidades necesitado de ayuda.

Un numeroso abanico de efectos se producen en el individuo en el momento de la jubilación, que podemos agrupar de la siguiente forma :

* ECONÓMICOS : la reducción de ingresos influirá en su calidad de vida desde el momento de la jubilación. Para algunas personas, el trabajo es el único recurso económico que le da sentido a la vida.

* FÍSICOS : apareciendo el " SÍNDROME DE LA JUBILACIÓN ". No parece estar demostrada la muerte propiciada por la jubilación, sino que es fruto de la edad y de anteriores enfermedades.

* PSÍQUICOS : no quedando demostrada la relación de la jubilación con la aparición de enfermedades mentales.

* SOCIALES : La jubilación influye directamente en el aislamiento social del individuo.

* FAMILIARES : afecta en especial a la vida de pareja. El esposo permanece más tiempo en casa y le es difícil reemprender tareas domésticas. Es por ello de la importancia de actividades alternativas en hogares, clubs de jubilados, etc.

Ya que en la mayoría de los casos, la jubilación representa una dificultad a superar, en numerosos países industrializados (E.E.U.U. - Gran Bretaña - Francia - Suecia, etc), están surgiendo centros destinados a la preparación del jubilado. Su objetivo es rectificar ideas falsas y ayudar a las personas que los frecuentan, a tomar decisiones adaptadas a sus posibilidades.

La mayoría de los individuos llegan a la jubilación sin tener una idea exacta de las consecuencias que entraría la pérdida de status de persona activa, del rol de trabajador. En general buscan poca información, salvo en lo relativo a detalles de sus futuros ingresos económicos.

Urge planificar programas de preparación a base de conferencias, cursos de formación de corta duración e impartida por consejeros y

animadores de cursillos de prejubilación, mentalizar a las empresas, publicar folletos y guías adecuadas, etc.

Finalmente en el aspecto social debemos tener en cuenta la participación del anciano en la propia sociedad.

En 1.993 el Consejo de Europa dijo : " En ningún caso un anciano es un inútil por el hecho exclusivo de su edad ".

El colectivo anciano, en aspectos políticos ha sido abstencionista. Sólo un 0,89 % de participantes hacen actividades organizadas por los partidos políticos, corresponden a mayores de sesenta años.

También está demostrado el bajo nivel de participación en el asociacionismo recreativo y socio cultural. En definitiva se observa una participación pasiva del grupo social de ancianos en nuestra sociedad, donde hay que destacar la situación social deficitaria del anciano que no permite adaptarse a los valores actuales de la sociedad por falta de medios. Por otro lado, la insuficiente participación del anciano, tanto activa como pasiva respecto al conjunto de beneficios y ventajas de nuestra sociedad. Finalmente no existe marginación en mayor o menor medida de los ancianos por parte de la sociedad.

3.5.7 FORMAS DE INTERVENCIÓN SOCIAL :

Cada generación recibe de la que le precede, un acrecentado bagaje de cultura, tecnología y civilización. A pesar de la obligación contraída por los jóvenes hacia los ancianos, que dieron lo mejor de su vida para mejorar la sociedad, no parece que se lleve a cabo.

Tres fases son las que la sociedad presenta a los problemas que presentan los ancianos: la asistencia económica cuando ven las necesidades de los ancianos, la reubicación de los ancianos edificando asilos y otros servicios geriátricos, y cuando evoluciona la sociedad y se intenta la integración del anciano en el medio ambiente.

Para M.PIERRE CRUZET, (Presidente del Consejo de Administración de la Caja Regional de la Vejez en París)(8) afirmaba que debía asegurarse al anciano las siguientes prestaciones :

* jubilaciones suficientes.
* mejorar las condiciones de hábitat.
* integrar al anciano.
* crear hogares y residencias para ancianos aislados.
* modernizar los servicios geriátricos.
* potenciar y fomentar la salud mental en la vejez.

En 1.961, en una conferencia celebrada en Washington, fue aprobada la " CARTA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS ANCIANOS " y cuyos puntos más importantes fueron :

* derecho a ser útil.
* derecho a empleo según su capacidad.
* derecho a librarse de la pobreza.
* obligación de continuar siendo útil y capaz de bastarse a sí mismo.
* derecho a todo lo que pueda mejorar en sus últimos años de vida.
* obligación de poner a disposición d ela nación, los resultados de sus propias experiencias y conocimientos.

En Cataluña, basándose en el Plan de Acción Internacional de Viena (1.982), realiza el PLA INTEGRAL DE LA GENT GRAN, considerando que el peso de la responsabilidad dirigida a la población anciana, recae en la política, apoyada por profesionales, ciudadanos, etc.

Los doce objetivos descritos en dicho plan, van dirigidos a aumentar la independencia, autoestima de los ancianos, velar por las condiciones de su entorno psicosocial y cultural, velar por el estado de salud, formar y apoyar a los profesionales dedicados a los ancianos.

En 1.990 la C.E.E. dicta una serie de artículos de ejecución en los países integrantes, en materia de persona de edad avanzada.

Para la O.M.S., la vejez se define como " El período de vida en el que el deterioro de las funciones mentales y físicas se acentúan

cada vez más, en comparación a otras épocas anteriores de la existencia. "

La vejez es dinámica en lugar y tiempo, pero también es un proceso individual, diferencial e irrepetible en cada anciano con necesidades individuales en cada momento.

Toda actuación debe ir dirigida a atender las necesidades de los ancianos, de su entorno, familia y comunidad:(PROMOCIÓN - PREVENCIÓN - ASISTENCIA - REHABILITACIÓN y SENSIBILIZACIÓN).

En el ámbito de la Acción Social se prestan servicios fundamentalmente en tres áreas: alojamiento, alimentación y ocupaciones.

La intervención social, para cubrir las necesidades han de incidir en la política sanitaria y cultural, apoyadas por los medios de comunicación.

3.6. LA LEY Y EL ANCIANO.-

De una forma breve, podemos analizar algunas de las leyes que coinciden en la igualdad de derechos de todos los ciudadanos, pero que en la realidad muestran contradicciones.

En la DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS (2), encontramos tres artículos importantes que transcribimos literalmente :

ART°. 22 " Toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad. "

ART°. 23.1. " Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.23.2.Toda persona tiene derecho sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual. 23.3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social. "

ART°.25 " Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a

los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circusntancias independientes de su voluntad. "

Otros tratados y relaciones de otros tantos Organismos Internacionales, se basan en los Derechos Humanos y cabe citar los siguientes:

La C.E.E. en su ART° 51 expone el derecho a la Seguridad Social entre países con acumulación de periodos. Las RECOMENDACIONES DEL CONSEJO del 10/12/82 recomiendan a los países integrantes, el derecho a escoger el momento de la jubilación. Que la jubilación se realice de forma flexible y progresiva, fomentando la preparación previa. Así mismo en la RESOLUCIÓN DEL PARLAMENTO de 10/3/86 se dirige hacia el fomento de la investigación sobre asistencia en el hogar, política fiscal y urbanística, formación específica en el área gerontológica.

El CONSEJO DE EUROPA en la Carta Social establece en su ART° 11 el derecho a la salud, mientras que en su ART° 12 establece el derecho a la Seguridad Social, mientras que en el ART° 13 habla del derecho a la asistencia social y médica, y finalmente, en su ART° 14 del derecho a los servicios sociales.

La ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (O.I.T.) en su RECOMENDACIÓN 162/1980 recomienda la no discriminación al trabajo por motivo de edad, así como el mantenimiento de la ocupación satisfactoria.

Por otra parte recomienda a empresarios y a trabajadores, la reducción y flexibilidad de la jubilación; y a la realización de programas de preparación a la jubilación.

Varios artículos de nuestra CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA hacen referencia a la obligación por parte de la Administración Pública de nuestro país, en mantener la salud y en consecuencia del sector menos protegido, el de los ancianos y entre cuyos artículos citaremos:
ART° 43.2 Y 43.3 donde reconoce el derecho a la protección de la salud así como la competencia de los poderes públicos en organizar y tutelar

la salud pública a través de medidas preventivas, prestaciones y servicios necesarios.

En su ART° 50 se especifíca el deber de los poderes públicos de garantizar mediante pensiones adecuadas y actualizadas en cada momento, la suficiencia económica de los ancianos, así como, promocionar el bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

La COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA, dicta diversas leyes al amparo de la Constitución Española y en consecuencia de iguales condiciones establecidas por los Organismos Internacionales.

Su punto de partida se situa en los ART° 50 y 148 de la Constitución Española y donde asume las competencias en materia de salud y de proporcionar las condiciones económicas necesarias para mantener un buen nivel de la calidad de vida.

En 1.990 publica la LLEI D´ORDENACIÓ SANITÁRIA DE CATALUNYA (Ley 15/1990 de 9 de julio) y publicada en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya en fecha 30/7/90 en su número 1324.

En dicha ley establece las bases de un módulo de ordenación sanitaria al amparo del creado Sistema Nacional de Salud y de su organización en esta Comunidad.

Entre los aspectos más importantes de la mencionada ley encontramos los siguientes aspectos:

- Creación del SERVEI CATALÀ DE LA SALUT como estamento organizador de la sanidad en Cataluña, adscrito al Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Configura los servicios sanitarios que favorezcan a la eficacia y eficiencia de los recursos sanitarios por todo el territorio autonómico.
- Creación de la XARXA HOSPITALÀRIA D´UTILITZACIÓ PÚBLICA (X.H.U.P.) con el propósito de una mejor organización, convergiendo todos los centros y establecimientos existentes en Cataluña independientemente de su carácter público o privado de los mismos.
- En su ART° 62 se aprobó la realización del PLA DE SALUT DE CATALUNYA, donde se realice un estudio de las necesidades de la

población, utilizandose posteriormente como herramienta de trabajo para todas las actuaciones previstas en el ámbito de la Generalitat de catalunya en materia sanitaria y social.

Por otra parte, el DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL publica distintas disposiciones en materia de servicios sociales y socio sanitarios, especialmente dirigidos a la ancianidad y recopilados en distintos libros publicados, que han servido de estudio para nuestro trabajo, y entre los que consideramos importantes mencionar los siguientes :

* GUIA D´ENTITATS, SERVEIS I ESTABLIMENTS SOCIALS - 1.990

* DRET DELS SERVEIS SOCIALS. DISPOSICIONS GENERALS DE SERVEIS SOCIALS. - 1.991

* DRET DELS SERVEIS SOCIALS. DISPOSICIONS SOBRE VELLESA - 1.991

En ellos se establecen las normativas, definiciones y funciones de los establecimientos socio-sanitarios para el anciano.

Finalmente debemos tener en cuenta el ART° 200 del CÓDIGO CIVIL, donde establece la incapacidad del anciano para obrar en beneficio propio; y en su ART° 143 especifica el derecho de los familiares a cubrir las necesidades básicas del anciano.

En todos los artículos desarrollados por los distintos organismos queda reflejado el derecho de todo ser humano a tener seguridad social, satisfacer sus derechos económicos, sociales y culturales, y por tanto, el derecho al trabajo sin discriminación alguna; con una remuneración que le asegure a él y a su familia, una existencia digna, así como un buen nivel de salud y bienestar; que en caso contrario se complementará con medios de protección oficial; basándose en primer lugar en las Declaraciones de los Derechos Humanos.

Nuestra Constitución se suma a cada una de las leyes y declaraciones promulgadas, especificando las funciones de cada Gobierno Autonómico.

A pesar de ello debe plantearse la inconstitucionalidad de la jubilación a los 65 años de una forma forzosa, que atenta a la libertad de elección del momento de la jubilación.

3.7. EQUIPO INTERDISCIPLINAR.-

En la actualidad, el trabajo en equipo, es obvio en al ámbito de la salud, siendo valorado de forma universal como medio eficaz para responder a las necesidades de salud de la persona y de la comunidad de forma global.

La aportación profesional en su ámbito, enriquece el conocimiento de los problemas que afectan al anciano trabajando todos por un objetivo común.

Sus objetivos deben ir dirigidos a la unificación de criterios, a conocer y a reconocer la labor de cada miembro del equipo, así como a la formación recíproca.

Con relación al anciano, permitirá una atención integral de sus necesidades, de forma personalizada y con la definición de objetivos viables y posteriormente evaluables.

Para un trabajo interdisciplinar, es preciso una formación adecuada de cada uno de los integrantes, en la que prevalezca la labor de equipo, la comunicación, la organización, la dinamización del grupo y técnicas de gestión.

Si bien cada Residencia Geriátrica tendrá su propia estructura formal, consideramos importante que el personal básico que debe componer un equipo interdisciplinar deberá estar compuesto por :

* MÉDICO GENERAL : cuyas funciones irán encaminadas a acciones preventivas, asistenciales y de rehabilitación del anciano, así como a participar en la docencia del resto del equipo interdisciplinar.
* ENFERMERA : cuyas funciones tendrán como objetivo procurar el bienestar de forma integral del anciano, supliendo en sus necesidades

y restableciendo su autonomía. Ocupa un papel fundamental en la atención del anciano por pasar la mayor parte del tiempo con él.

* AUXILIAR DE CLÍNICA : que conjuntamente con la enfermera deberá velar por los cuidados básicos como higiene, vestir, alimentación, etc.

* TRABAJADORA SOCIAL : entre cuyas funciones debrán contemplarse la elaboración de informes de carácter social, tramitar recursos y ser facilitadora de la relación continua del anciano, tramitar recursos y ser facilitadora de la relación continua del anciano con el resto de ancianos, familia, amigos y mundo exterior; así como proveer de elementos necesarios de confort mínimos para el anciano.

* FISIOTERAPEUTA : cuya función irá dirigida a mantener al anciano en las mejores condiciones físicas; aplicando las medidas preventivas y terapéuticas de acuerdo con los programas establecidos por el resto de miembros del equipo interdisciplinar.

* TERAPEUTA OCUPACIONAL : que en base a sus conocimientos, velará para adaptar al anciano, familia y propio equipo a las discapacidades y mantenimiento de su autonomía.

Todos los miembros del equipo interdisciplinar, deberán poseer conocimientos amplios sobre Geriatría y Gerontología; así como tener amplia motivación hacia la investigación en temas relacionados con el anciano.

Es lógico pensar que además del personal básico que forme el equipo interdisciplinar, otros profesionales deberán inervenir en la atención integral del anciano como podremos observar en el apartado específico correspondiente a las Residencias Geriátricas.

Finalmente definiremos al equipo interdisciplinar como el conjunto de profesionales, que con su aportación específica de su área; tienen como objetivo común la atención global del anciano, familia y medio externo, conociendo y reconociendo la labor que cada uno de sus componentes lleva a cabo.

3.8. RECURSOS EXISTENTES PARA EL ANCIANO.-

En último lugar, es importante describir los distintos recursos existentes para atender a la población anciana. Centrados en nuestra Comunidad Autónoma de Cataluña y revisando las disposiciones publicadas en dicha materia, podemos clasificarlos en aquellos centros cuyos servicios se prestan de forma temporal y los de régimen residencial.

Es importante considerar que los centros, servicios y establecimientos socio sanitarios son aquellos que prestan, conjuntamente y de forma continuada, atenciones propias de asistencia social y sanitaria a través de medios ambulatorios o de internamiento.

Entre los establecimientos de servicios de uso temporal encontramos los siguientes :

A) COMEDORES o establecimientos dedicados a proporcionar comida de forma gratuita o a un precio reducido, a aquellas personas con graves problemas sociales y que necesitan ayuda para su subsistencia. Tales establecimientos cuentan con personal especializado en materia dietética y organización higiénico sanitaria, pudiendo prestar dichos servicios en una entidad o en el propio domicilio del anciano.

B) CASALS o centros de acogida, recreo y convivencia que pueden contar con servicios complementarios, siempre dirigido a personas mayores de 60 años.

En tales centros prestan información, acogida, actividades socio culturales, así como servicios complementarios. Es importante destacar la participación de animadores socio culturales en estos casos.

Entre los centros de régimen residencial, podemos encontrar los siguientes :

A) RESIDENCIAS DE ESTANCIA LIMITADA o residencias destinadas a suplir de forma temporal, al hogar familiar en casos de urgencia, de personas con autonomía para la realización de las actividades diarias de su vida. Pueden disponer de comedor, salas de descanso y de tiempo libre, así como pueden ofrecer atención psicológica y social.

B) CENTROS DE DÍA o centros donde se ofrece soporte, diagnóstico y tratamiento integral, así como rehabilitación y seguimiento, a personas mayores de 60 años con problemática social y sanitaria, que precisan una atención prolongada, permitiendo evitar o atrasar su internamiento.

Tales centros pueden estar ubicados en casals o residencias de la tercera edad.

Finalmente encontramos las Residencias por tiempo indefinido o en régimen de internado, entre las que debemos citar :

A) RESIDENCIAS propiamente dichas o centros sustitutorios del hogar, para aquellas personas que carecen de las condiciones socio familiares y asistenciales adecuadas. En ellas pueden vivir solos o acompañados, y aún no siendo un sistema extendido en nuestro país, en otros países existen apartamentos dedicados a tal fin, tutelados por un centro de mayor envergadura.

B) MINIRESIDENCIAS dirigidas a pequeñas comunidades cuyo objetivo es conservar al máximo las características de una familia y en consecuencia del hogar.

C) GRANDES RESIDENCIAS o establecimientos socio sanitarios con función sustitutoria de la vivienda familiar, dirigida a personas mayores de 60 años que no disponen de condiciones socio familiares y asistenciales adecuadas y no pueden vivir en su domicilio.

Según el Decreto 145/1990 publicado por la Generalitat de Catalunya, se clasifican en :

c.1) PARA VÁLIDOS, donde se ofrecen servicios equivalentes a los del propio hogar, dirigidas a personas que pueden valerse por sí mismas.

c.2) ASISTIDAS, que además ofrecen servicios complementarios para aquellas personas que no pueden valerse por sí mismas, precisando de servicios preventivos, de rehabilitación, control médico y farmacológico, de forma continuada.

Finalmente, es importante indicar que para evitar el internamiento de los ancianos, la Administración Pública y la propia sociedad, ofrecen servicios, algunas veces de carácter voluntario; entre los que cabe citar la adecuación de la vivienda, o los servicios socio sanitarios a domicilio.

En todos los recursos mencionados se hace referencia a la necesidad de adecuar los servicios a prestar, que sean lo más semejantes a su entorno familiar, lo que pone de evidencia, la importancia de la familia y en consecuencia, evitar el internamiento de los ancianos.

Por tanto, la familia es considerada como la unidad funcional de la sociedad humana donde se desarrolla el afecto, la tolerancia, la aceptación, la ayuda y el respeto mutuo.

No somos ajenos al gran esfuerzo que supone atender a un anciano, muchas veces con enfermedades invalidantes, con viviendas inadecuadas, con problemas económicos o generacionales, pero también debe tenerse en cuenta la ventaja de soporte que puede ofrecer el anciano en el seno de la familia.

La familia, generalmente, satisface una variedad de necesidades para sus miembros que podemos clasificar en cuatro grandes grupos:

a. FISIOLÓGICAS: en las que la familia puede favorecer a una dieta equilibrada, y por tanto, adecuada al anciano, una vivienda favorable y un enlace de unión entre el anciano y la necesidad de cuidados sanitarios a prestar al anciano.

b. ECONÓMICAS: donde se presentan dos aspectos importantes. Por un lado como fuente de ayuda hacia los ancianos, y por otro, inversamente, como apoyo del anciano a la economía del hogar.

c. PSÍQUICAS: ofreciendo la familia un medio de defensa y equilibrio personal, frente a las amenazas y tensiones propias de la ancianidad.
d. SOCIALES: siendo la familia un grupo social caracterizado por la inclusión de todos sus miembros excluyendo a aquellos sujetos no pertenecientes a la misma.

Por todo ello, con motivo de nuestro trabajo, analizaremos aquellos aspectos a tener en cuenta en las denominadas GRANDES RESIDENCIAS, y por lo cual, siguiendo las disposiciones publicadas por la Generalitat de Catalunya; aquellas que prestan un servicio por tiempo indefinido y cuyo número de ancianos residentes sea superior a veinticinco.

3.8.1. GRANDES RESIDENCIAS.-

Los centros dedicados exclusivamente a la atención y cuidado de ancianos datan del siglo XVIII, como elemento sustitutorio de la familia y como se ha mencionado con anterioridad, del hogar.

En la actualidad, existen en nuestro país una gran dispersión de Residencias Geriátricas con respecto al nivel de número de plazas, antigüedad de funcionamiento, de los propios recursos, así como del organismo al cual dependen.

Según un inventario realizado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en 1.982, existían 1.271 residencias en España que atendían a un total de 104.573 plazas.

Ajustado a Cataluña, existen en estos momentos aproximadamente unas 24.300 plazas, que según la propia Generalitat, son insuficientes.

La mayoría de Residencias Geriátricas dependen del sector público, seguidas por residencias de carácter religioso y finalmente promocionadas por el sector privado. En el BAIX LLOBREGAT existen aproximadamente 2.135 plazas.

Por su funcionalidad y ampliando la clasificación anteriormente efectuada y siempre según las directrices de la propia Generalitat de Catalunya, podemos clasificarlas según el tipo de ancianos residentes, en las siguientes:

* Residencias para válidos.
* Residencias asistidas.
* Residencias para crónicos.
* Residencias para terminales.
* Residencias para dementes seniles.
* Residencias mixtas.

Al igual que cualquier otra entidad, deben distinguirse tres componentes importantes al analizar las Residencias Geriátricas :

a) La propia Entidad o Institución, entendida como un todo, donde se mezclan normas de funcionamiento, dependencia económica, estructura arquitectónica, emplazamiento, características de su origen, su propia filosofía, forma de entender, interpretar e intervenir en la realidad que se actua.

b) El propio equipo asistencial.

c) El usuario.

Generalmente, se critican los servicios prestados por las entidades, por su falta de adecuación social o física. Se ha considerado que las instituciones destinadas a la vejez, son casas de " reposo ", residencias de ancianos o estructuras intermedias, donde poco se han preocupado en estimular actividades sensoriales o intelectuales a los familiares de los residentes.

Un error de conceptualización frecuente, es pensar que son los centros de mantenimiento donde los ancianos sólo reciben cuidados mínimos, sin darnos cuenta que para trabajar en tales centros se necesita grandes dosis de paciencia y creatividad.

Las enfermeras desarrollan planes de cuidados interdisciplinares para ayudar a los pacientes al máximo de sus posibilidades.

Es importante establecer los canales de comunicación necesarios entre la propia Entidad y los hospitales, compartiendo experiencias, ideas, etc.

Por todo ello, los aspectos que vamos a tratar para poder ofrecer una atención integral a los ancianos residentes, y basados en las normas vigentes, editadas por nuestra Comunidad Autónoma, podremos clasificarlos en primer lugar a aspectos que hacen referencia a su

estructura física, administrativa, recursos humanos y servicios a ofrecer a los residentes.

La estructura física prevista para toda Residencia Geriátrica, debe estar ubicada en lugares excentos de peligros; a ser posible ocupando un solo edificio. Su acceso y su interior libre de barreras arquitectónicas, (rampas, ascensores, escaleras y espacios), para un mejor disfrute de aquellos ancianos con minusvalía y deficiencias.

Las habitaciones deberán estar bien orientadas a la luz natural y con buena ventilación, con número adecuado de habitaciones dobles e individuales, facilitando la intimidad de los residentes y evitando las masificaciones. Todas las habitaciones deben estar previstas de armarios individuales, dotadas de W.C. completo y baño asistido.

Para ofrecer una calidad en los servicios, deberán estar bien definidos los espacios comunes destinados entre otros a comedor, biblioteca, sala de estar y T.V., cafetería; y a su vez espacios exclusivos para despachos, enfermería, almacén, mortuorio y finalmente, si no son concertados con empresas exteriores; para lavandería y cocina.

Para evitar problemas de desplazamientos en el interior de las residencias, estarán dotadas de las medidas de seguridad oportunas, accesos suficientemente amplios para mejorar el acceso de sillas de ruedas o camillas, y todas las habitaciones contarán con un sistema de aviso en caso de necesidad o emergencia de los residentes.

Administrativamente, toda Residencia Geriátrica debe reunir los siguientes requisitos :

- autorización administrativa.
- inspección previa de condiciones e instalaciones.
- registro de la entidad en los organismos competentes.
- estar sujetos a inspecciones y controles.

A su vez deberán estar en posesión de los siguientes requisitos funcionales:

- derechos del usuario.
- libro de registro de ancianos asistidos.
- régimen contable.

- régimen de precios.
- personal técnico suficiente.
- poseer un Programa anual de actividades.
- libro de reclamaciones.
- documentación socio sanitaria de los residentes.
- organización higiénico sanitaria y de seguridad.
- reglamento de Régimen Interno, así como un organigrama.
- registro de visitas a los residentes.

Los recursos humanos mínimamente exigidos por la Generalitat, para una adecuada atención integral al anciano se establece en :

* Director.
* Médico.
* Enfermeras.
* Auxiliares de Clínica.
* Psicólogo.
* Fisioterapeuta.
* Trabajadora Social.

Entre las funciones del Director de la Residencia Geriátrica encontramos la responsabilidad de la organización y funcionamiento de la residencia. Ser el encargado de diseñar, aplicar y controlar el funcionamiento de los servicios que se prestan. También será el responsable del personal y del cumplimiento de las normas establecidas, de la elaboración de presupuestos y consecuentemente del control de calidad del conjunto del centro. Velará para favorecer las relaciones entre el anciano y su familia, así como que se mantengan las relaciones con el exterior.

En su filosofía deberá contemplar la importancia de la formación continuada entre los profesionales a su cargo.

Entre las funciones del Psicólogo se encuentran la responsabilidad de los diagnósticos, observación y adaptación del anciano, a través de las técnicas psicoterapeúticas y conductuales de grupo oportunas.

Las funciones del resto de profesionales fueron descritas en el apartado correspondiente al capítulo de equipo interdisciplinar.

Con dependencia del volumen de la Residencia, podrán concertar los servicios de aquellos profesionales externos a élla, en beneficio de una mejor atención integral del anciano, entre los que podemos citar a: especialistas médicos, animadores socio culturales, podología, peluquería, psicoterapeuta, etc; sin olvidar el papel a desarrollar por el voluntariado social de distintas Instituciones y Organismos, que participen en actividades de soporte: compañía, ayuda en desplazamientos y gestiones, participar en actividades recreativas, etc.

Los servicios a prestar quedan establecidos por los siguientes:

* De acogida, recepción y alojamiento.
* De cocina.
* De lavandería.
* De descanso y ocio.
* De higiene.
* De limpieza y mantenimiento de las instalaciones.
* De asistencia médica continuada.
* De asistencia de enfermería permanente.
* De asistencia social.
* De asistencia terapéutica y control farmacológico.
* De depósito de medicación.
* De rehabilitación integral.
* De terapia ocupacional.
* De pastoral a demanda. (servicios religiosos).
* De servicios administrativos.

Algunos de estos servicios podrán ser concertados con entidades o empresas ajenas a la propia residencia, entre los que frecuentemente se encuentran los servicios de cocina, lavanderia, limpieza y mantenimiento.

Según la literatura revisada en materia de Residencias Geriátricas, seis aspectos son los que con mayor frecuencia, generan preocupación, tanto a la opinión pública como a los propios profesionales.

En primer lugar se encuentra el PROCESO DE ACOGIDA AL ANCIANO en las residencias, ya que este momento es importante para su posterior integración en la misma.

Es preciso distinguir tres tipos de ingreso. Aquel que se produce de forma voluntaria, es decir, a petición del propio interesado, en plenas facultades mentales, y por tanto no presentará problemas de carácter legal. En segundo lugar, aquellos que son ingresados a través de los familiares, siendo una de las circunstancias más frecuentes, a pesar de que el propio anciano debe aceptar su ingreso, apoyado por los familiares. Finalmente, aquellos ingresos que se producen por órden judicial, en aquellos casos que las condiciones socio sanitarias, así lo requieran.

Dicho momento es fundamental para el anciano, que se enfrenta a la pérdida de la relación con su entorno habitual, así como a una nueva situación.

Es por ello que la acogida debe realizarse de una manera cálida, amable, favorecedora de la integración del anciano con el resto de los residentes; y agilizando en lo posible los trámites burocráticos, evitando la angustia que ésto suele originarles, siendo fundamental la participación de la familia, disminuyendo de esa forma su ansiedad.

Consecuentemente, otro aspecto preocupante consiste en LAS RELACIONES del anciano tanto en el seno de la residencia, como con el mundo exterior.

Es importante que el anciano a su ingreso, pueda escoger al compañero de habitación, facilitandole además el apoyo familiar para fortalecer sus relaciones y evitar la desconexión con lo que hasta ese momento, ha sido su entorno.

Una manera de favorecer la amistad, el afecto, la convivencia y la comunicación entre los residentes; es la creación de comisiones diversas organizadas por los propios ancianos y en la que el equipo interdisciplinar de la residencia, actua como soporte de las propias comisiones.

Así mismo es conveniente motivar al anciano para que participe en las diversas actividades del centro.

Las nuevas tendencias en cuidados integrales al anciano, destacan la importancia de la permisibilidad de las relaciones

sexuales que se puedan generar en el seno de la residencia, no sólo cuando se produce un ingreso voluntario de un matrimonio, sino además en las nuevas relaciones que puedan generarse.

Otro aspecto a tener en cuenta es la pérdida de la propia AUTONOMÍA del anciano residente, favorecida por la existencia de una disciplina férrea, caracterizada por la implantación de horarios rígidos en las numerosas actividades cotidianas como la hora de levantarse, del baño, la de realizar su higiene, o la de acostarse.

Cualquier norma establecida sin participación de los residentes, puede originar sensaciones de frustación y descontento, por lo que en la actualidad se aconseja fomentar la participación de los ancianos en la elaboración y revisión de las normas a las que estan sujetos durante su estancia.

Es importante, para que el anciano pueda mantener su propia autonomía, el poder disponer de su dinero y favorecer ha que realice sus gastos. Entre algunas iniciativas llevadas a cabo, figuran la creación de sistemas tipo " banco" en la propia residencia; asi como la gestión con empresas y establecimientos, para poder abaratar el precio de algunos productos solicitados en su estancia por el anciano.

Consecuentemente a la pérdida de la autonomía del anciano residente, deben tenerse en cuenta dos temas de interés que están relacionados.

Por un lado la INTIMIDAD, como derecho de toda persona ya que con el ingreso en una residencia, aparece un nuevo entorno. Se tiende a la separación de los ancianos en razón de su sexo y se les da un trato grupal, en lugar de individualizado, y en muchas ocasiones se impide que puedan aportar pequeños enseres u objetos personales.

También se observa el evitar que el anciano pueda disponer de una llave de su habitación y la mayoría de las veces de forma se les obliga a compartirla de forma común sin poder escoger a su compañero o compañera.

Es por ello que actualmente se pretende potenciar el número de habitaciones individuales donde el anciano consiga tener mayor libertad.

Como segundo tema de interés nos encontramos con la AUTOESTIMA que de sí, tiene el propio anciano. Su imagen externa es importante para la integración en su nuevo entorno. El vestuario es un indicador de dicha autoestima, a veces agravada por su situación económica, pero no por ello debemos olvidar aquellos servicios favorecedores de su imagen, como el de peluquería.

Una forma de aumentar su autoestima y en base a la revisión de la literatura, encontramos la puesta en marcha en algunas residencias, de la organización de comisiones para la planificación y elaboración de actividades diversas, las cuales no sólo ocupen el tiempo libre del que disponen, sino además se sientan útiles en su entorno.

Ello nos dirige hacia la reconsideración de la utilización de su tiempo libre, que en los ancianos corresponde a la mayor parte de la jornada en una residencia, ya que todas sus necesidades primarias están generalmente cubiertas por la propia entidad o centro.

Es de sobras conocida la rutina existente en las residencias, basadas en horarios dedicados al sueño, aseo, comidas, etc; por lo que prevalece como factor común el aburrimiento y el consiguiente deterioro del estado físico y mental del anciano.

Las nuevas tendencias de las residencias, y que pueden confirmarse por la publicidad existente sobre las mismas, se dirigen a una ocupación del tiempo libre adecuada a las características de los ancianos residentes, favoreciendo la realización de actividades intelectuales y de carácter lúdico; en lugar de mantenerlos inactivos y en el mejor de los casos entretenidos en actividades poco gratificantes.

Finalmente debemos tener en cuenta la asistencia sanitaria a ofrecer por parte de las Residencias Geriátricas, como motivo de preocupación de los ancianos frente a sus estado de salud.

No sólo debe efectuarse el diagnóstico de sus enfermedades, y su correspondiente tratamiento, sino que hay que evitar en lo posible la aparición de complicaciones en sus enfermedades.

Ha quedado de manifiesto la importancia del equipo interdisciplinar en dicha materia y es responsabilidad de éste, el velar por la mejora de la calidad de vida en dichos centros, en base a

lo expuesto anteriormente sobre los conceptos de calidad de vida y en consecuencia de atención integral.

MARCO PRÁCTICO.

4. MARCO PRÁCTICO.-

4.1 HIPÓTESIS Y SUBHIPÓTESIS.

4.2. MATERIAL Y MÉTODOS.

- 4.2.1 Población y muestra de estudio.
- 4.2.2 Metodología de la encuesta.
- 4.2.3 Descripción de las variables.
- 4.2.5 Sistema informático.

4.3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

- 4.3.1 De infraestructura.
- 4.3.2 De servicios.
- 4.3.3 De personal.
- 4.3.4 De organización interna.
- 4.3.5 De atención integral.
- 4.3.6 De infraestructura respecto entidad.
- 4.3.7 De servicios respecto entidad.
- 4.3.8 De personal respecto entidad.
- 4.3.9 De organización interna respecto entidad.
- 4.3.10 Valoración de las variables de infraestructura.
- 4.3.11 Valoración de las variables de atención integral.

4.4 LIMITES DE LA INVESTIGACION.

4.5 CONCLUSIONES.

4.6 PROPUESTAS.

4. MARCO PRACTICO.-

4.1. HIPÓTESIS Y SUBHIPÓTESIS.-

La hipótesis propuesta en nuestro estudio, queda definida de la siguiente forma :

* LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LA TERCERA EDAD, EN LAS RESIDENCIAS GERIÁTRICAS DEL BAIX LLOBREGAT, DEPENDE DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA PROPIA RESIDENCIA. *

A su vez planteamos las subhipótesis siguientes :

* La construcción de Residencias Geriátricas corresponde mayoritariamente a iniciatíva privada, que pública.

* No existen diferencias en los servicios que las Residencias Geriátricas ofrecen, con respecto al tipo Entidad de éstas.

* Las distintas categorías profesionales que ejercen en las Residencias Geriátricas, dependen del tipo de Entidad en la que prestan sus servicios.

4.2. MATERIAL Y MÉTODOS.-

4.2.1. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO.-

Nuestra población de estudio queda acotada por las 29 poblaciones que constituyen la comarca del BAIX LLOBREGAT.

Para obtener información del número de Residencias Geriátricas existentes en las poblaciones de estudio, revisamos los listados facilitados por Trabajadoras Sociales, publicaciones de la Generalitat de Catalunya, y las páginas amarillas de Telefónica; obteniendo un total de 95 residencias distribuidas de la siguiente forma :

POBLACIÓN	TOTAL	POBLACIÓN	TOTAL
ABRERA	0	EL PAPIOL	0
BEGUES	3	EL PRAT DEL LL.	3
CASTELLDEFELS	24	S.ANDREU DE LA B	1
CASTELLVI DE R.	1	SANT BOI DEL LL.	3
CERVELLÓ	4	ST. CLIMENT LL.	0
COLLBATÓ	0	ST. ESTEVE SESR.	0
CORBERA	6	ST.FELIU DEL LL.	5
CORNELLÁ	3	ST. JOAN DESPÍ.	4
ESPARRAGUERA.	1	ST. JUST DESVERN	3
ESPLUGUES DEL LL	5	STA. COLOMA C.	1
GAVÁ.	4	ST. VICENTS H.	1
MARTORELL	1	TORRELLES DEL LL	2
MOLINS DE REI	4	VALLIRANA	6
OLESA DE M.	3	VILADECANS	4
PALLEJA	3		

MUESTRA DE ESTUDIO.-

Tras conocer el número de Residencias Geriátricas existentes en la comarca del Baix Llobregat, y confirmar el número de plazas existentes en cada una de ellas, procedemos a realizar un listado de residencias con un número superior a 25 plazas, distribuyéndose de la siguiente forma.

POBLACIÓN	TOTAL	POBLACIÓN	TOTAL
BEGUES	1	EL PRAT DEL LL.	1
CASTELLDEFELS	13	SANT ANDREU B.	1
CERVELLÓ	2	SANT BOI DEL LL.	1
CORBERA	2	S. FELIU DEL LL.	3
CORNELLA	2	S. JUST DESVERN.	1
ESPARRAGUERA	1	STA. COLOMA C.	1
ESPLUGUES DEL LL	2	ST. VICENTS H.	1
MOLIS DE REI	1	TORRELLES DEL LL	1
OLESA DE M.	2	VILADECANS	1
PALLEJA	1		

Posteriormente a la obtención de dicha relación, hemos procedido a contactar con cada uno/a de los Responsables de dichas Residencias, para confirmar su participación, e informarles que recibirán una carta de presentación, firmada por la Directora de nuestra Escuela de Enfermería, Dña. Montserrat Teixidor.

Del total de las 38 Residencias, 20 accedieron a participar en nuestro estudio, 8 no fueron localizadas y las 10 restantes no desearon participar.

Tras eliminar las Residencias no localizadas, realizamos un listado final de las Residencias con un número de plazas superior a 25, arrojando un saldo de 30 Residencias localizadas, de las que un 66,6 % acceden a participar, mientras que un 33 % no desean colaborar.

Debemos recordar que en el proyecto inicial, nos propusimos centrar nuestro estudio, en una muestra del 50 % de las Residencias Geriátricas con un número superior a 25 plazas.

Las Residencias encuestadas se han distribuido entre las siguientes poblaciones :

POBLACIÓN	TOTAL	POBLACIÓN	TOTAL
CASTELLDEFELS	7	OLESA DE M.	2
CERVELLÓ	2	SANT BOI DEL LL	1
CORBERA	1	S. FELIU DEL LL	2
ESPARRAGUERA	1	TORRELLES DEL LL	1
ESPLUGUES DEL LL	1	VILADECANS	1
MOLINS DE REI	1		

4.2.2. METODOLOGÍA DE LA ENCUESTA.-

Para confeccionar la encuesta de nuestro trabajo, hemos realizado un análisis del marco teórico, para ver los aspectos más importantes a tener en cuenta.

Posteriormente procedemos a la validación de la encuesta, a través de diez profesionales relacionados en las áreas sanitaria y social.

La encuesta está formada por un total de 47 preguntas de respuesta rápida, con un total de 71 ítems y cuyas respuestas se realizan de tres formas distintas :

a) anotando datos numéricos.
b) con una X a respuestas de doble opción. (si/no).
c) con una X a respuestas de cuatro opciones.

Las encuestas han sido presentadas a las personas responsables de las Residencias de nuestra muestra, previa cita concertada por teléfono.

El contenido de la encuesta se divide en cuatro bloques. En primer lugar, aquellas preguntas que hacen referencia a datos de infraestructura y con un total de 27 variables.

Un segundo bloque con una sola pregunta que contiene 17 variables relacionadas con aspectos de la atención integral.

Un tercer bloque con tres preguntas con sus tres respectivas variables, utilizables para la infraestructura.

Finalmente un cuarto bloque de 24 preguntas con 24 variables que analizan distintos aspectos de la atención integral.

Para la posterior explotación de los datos hemos clasificado las variables de la siguiente forma.

4.2.3. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.-

VARIABLE DEPENDIENTE : La atención integral del anciano.

VARIABLE INDEPENDIENTE : La infraestructura de las Residencias Geriátricas.

VARIABLES INTERVINIENTES (INFRAESTRUCTURA):

V6. Plantas de que consta la Residencia.
V7. Existencia de espacio al aire libre.
V11. Existencia de lavabo y W.C. en cada habitación.
V12. Existencia de bañera en cada habitación.
V13. Existencia de sala exclusiva para enfermería.
V14. Id. de sala de actividades.
V15. Id. de sala para comedor.
V16. Id. de sala para mortuorio.
V17. Id. de sala para biblioteca.
V19. Ofrece servicio de atención médica.
V20. Id. de enfermería.
V21. Id. de rehabilitación.
V22. Id. de atención social.
V23. Id. de podología.
V24. Id. de peluquería.
V25. Id. de lavandería.
V26. Id. de cocina.
V27. Id. de servicios religiosos.
V45. Existencia de plan de presentación de la Residencia al anciano.
V46. Id. del anciano al resto de anacianos.
V47. Id. del anciano al resto del personal de la Residencia.
V50. Información de las normas internas al anciano.

VARIABLES INTERVINIENTES (ATENCIÓN INTEGRAL) :

A) ASPECTOS BIOLÓGICOS.-

V28. Existencia de médico general.
V29. Id. de médico Geriatra.
V30. Id. de enfermera.
V31. Id. de auxiliar de clínica.
V32. Id. de fisioterapeuta.
V33. Id. de terapeuta ocupacional.
V37. Id. de podólogo.
V51. Realización de informe médico previo al ingreso.

B) ASPECTOS PSICOLÓGICOS.-

V35. Existencia de psicólogo.
V39. Id de cura o capellán.
V45. Existencia de plan de presentación de la Residencia al anciano.
V46. Id. del anciano al resto de ancianos.
V47. Id. del anciano al resto del personal de la Residencia.
V48. Se deja traer muebles al ingreso.
V49. Se deja traer objetos personales.

C) ASPECTOS SOCIALES.-

I. DE RELACIÓN :

V52. Se le permite la visita de personas más jóvenes.
V53. Se le permite la visita de amigos si no tiene familia.
V54. Se le facilita teléfono si está encamado.
V55. Se favorece todo tipo de religión.
V56. Se cuenta con la ayuda de voluntarios.
V62. Se sienta el personal a comer con los ancianos.

II. DE PARTICIPACIÓN :

V57. Se revisan las normas conjuntamente con los ancianos.
V58. Existe sistema de retribución al anciano.
V60. Pueden escoger la comida de entre un menú.
V61. Pueden servirse la comida.
V63. Pueden organizar fiestas.
V64. Existe comisión de ancianos.

III. SEXUALIDAD/INTIMIDAD :

V66. Convive el matrimonio en la misma habitación.
V67. Se permiten las relaciones sexuales.
V68. Existe horario flexible para levantarse/acostarse.
V69. Id. para lavarse/vestirse.
V70. Tienen su propia ropa.
V71. Se potencia la ayuda mutua.

IV. CULTURA :

V59. Pueden escoger revistas.
V65. Existencia de programa anual de actividades.

V. SOCIAL :

V22. Existencia de asistenta social.
V35. Id. de psicólogo.
V38. Id. de peluquera.

4.2.5. SISTEMA INFORMÁTICO.-

El análisis de las distintas variables ha sido efectuado a través de la utilización del Programa S.P.S.S. P.C.

La parte descriptiva la hemos realizado a través de la prueba de "frecuencies variables", "blanchart" y "crostabs tables"; mientras que la estadística inferencial la hemos realizado a través de la prueba para grupos no paramétricos de "Kruskal-Wallis 1.Way.Anova."

La configuración del trabajo ha sido realizada mediante el uso informático de los programas Word Perfect y WORD, en entorno Windows.

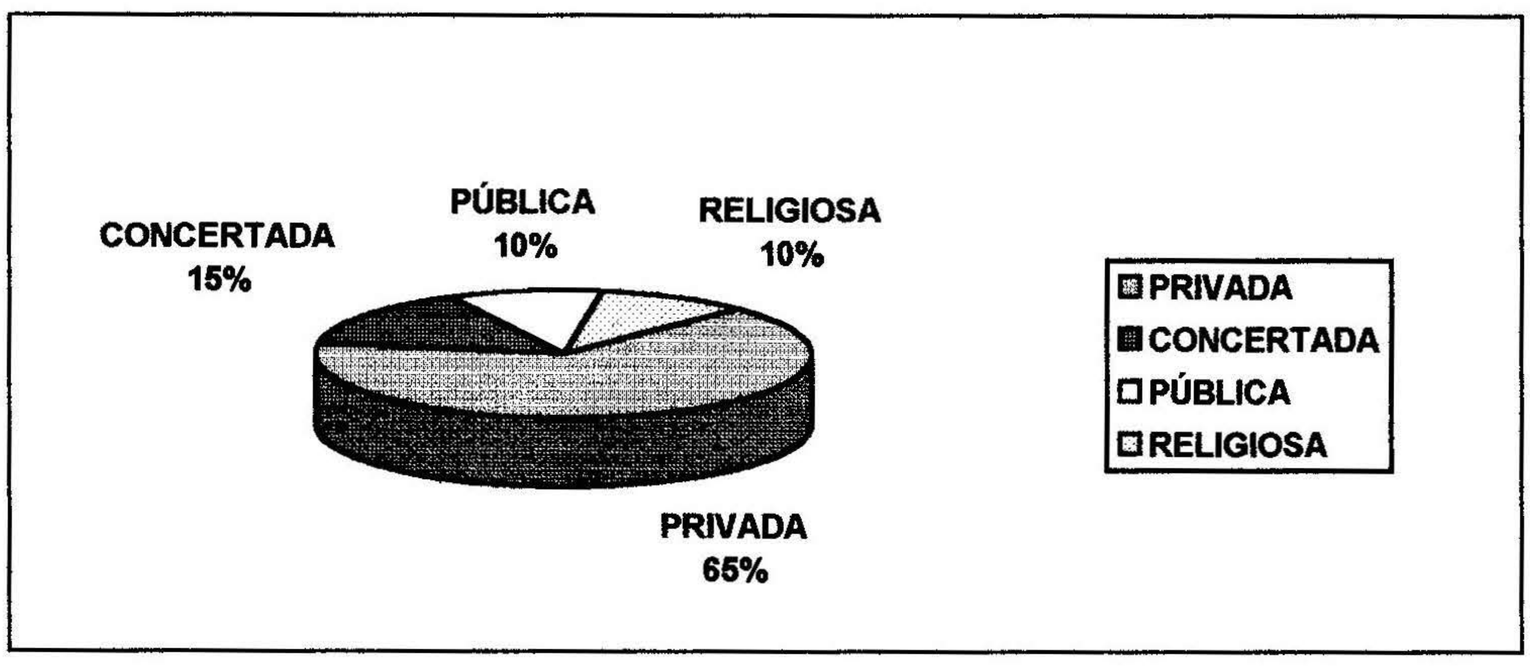
4.3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.-

Los resultados obtenidos a través de las encuestas realizadas a nuestra muestra, han sido las siguientes:

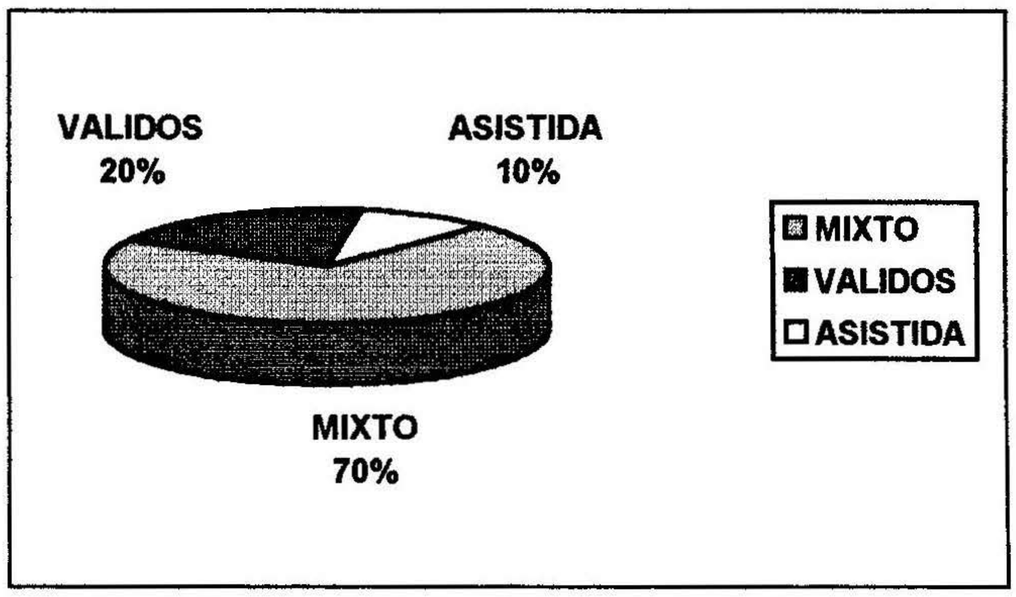
4.3.1. DE INFRAESTRUCTURA :

(V2) TIPO DE ENTIDAD.- El 65 % de la muestra corresponden a Residencias de carácter privado, el 15 % a privadas concertadas, un 10 % a Residencias públicas y el 10 % de carácter religioso.

Si agrupamos las Residencias Geriátricas concertadas, en el mismo grupo de las Residencias privadas, obtenemos que el 80 % de la muestra corresponde a residencias de iniciatíva privada, frente a un 20 % de residencias públicas y religiosas.



(V4) TIPO DE RESIDENCIAS.- El 70 % de la muestra corresponde a Residencias de tipo MIXTO, mientras que el 20 % sólo atienden a ancianos VÁLIDOS, y el 10 % restante se denominan Residencias ASISTIDAS.



(V5) TIPO DE ANCIANOS.- El 85 % de las Residencias dicen atender a ancianos de caracter MIXTO, y el 15 % ofrecen sus servicios a ancianos AUTÓNOMOS.

(V6) PLANTAS QUE CONSTA LA RESIDENCIA.- El 85 % de las Residencias consta de PLANTA BAJA Y DOS PISOS, mientras que solamente el 15 % constan de PLANTA BAJA Y UN PISO.

(V7) EXISTENCIA DE ESPACIO AL AIRE LIBRE.- El 95 % de las Residencias poseen espacio propio al aire libre. Sólo el 5 % (1 caso) dice utilizar el espacio público cercano.

(V11) CUENTA CON LAVABO Y W.C. EN CADA HABITACIÓN.- Si bien señalan la no obligatoriedad de las normativas vigentes a tener un lavabo y W.C. en cada habitación, el 70 % de la muestra responde AFIRMATIVAMENTE, mientras que el 30 % lo hacen de forma NEGATIVA.

(V12) CUENTA CON BAÑERA EN CADA HABITACIÓN.- El 60 % responde NEGATIVAMENTE y un 30 % de forma AFIRMATIVA. 1 caso no contesta. Al respecto indican el peligro de caidas, al tener la bañera en la propia habitación, por lo que se tiende a la instalación de baños asistidos de uso común.

(V13) EXISTE SALA EXCLUSIVA DE ENFERMERÍA.- El 85 % de la muestra responde poseer una sala exclusiva para enfermería, mientras que el 15% dice no poseerla.

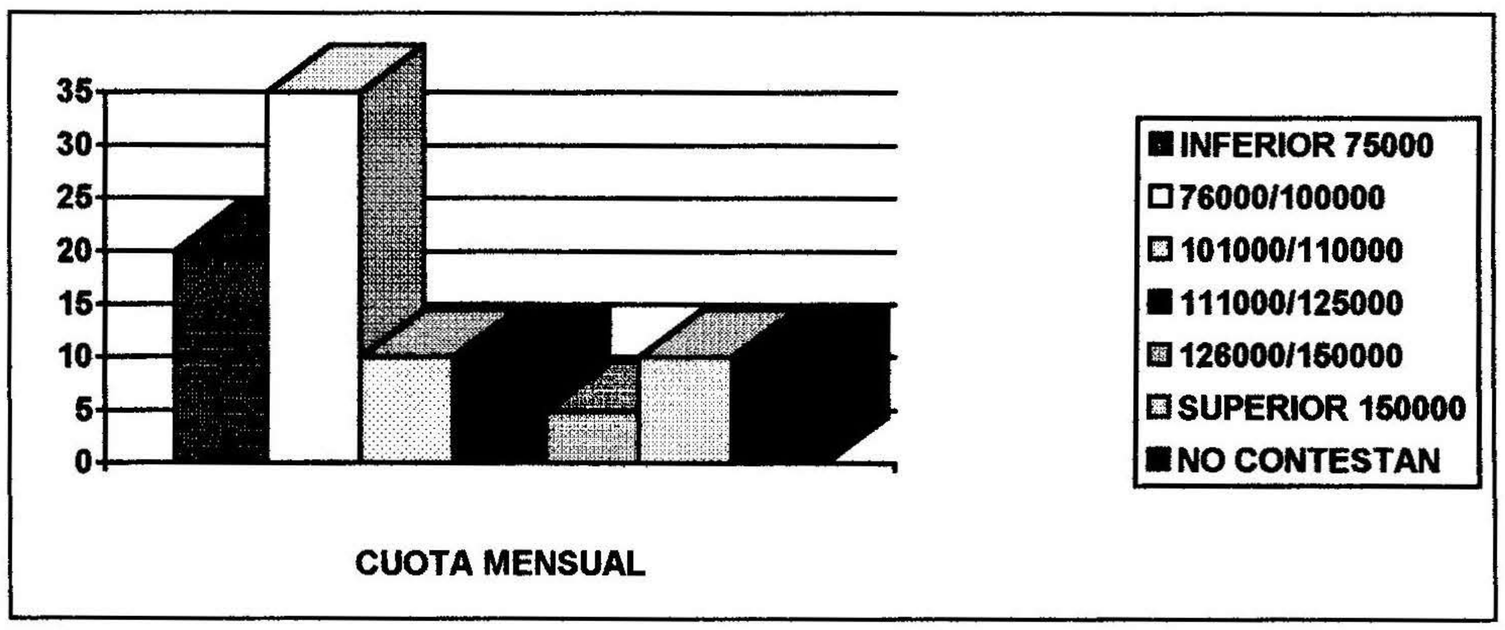
(V14) EXISTE SALA EXCLUSIVA DE ACTIVIDADES.- El 70 % dice poseer una sala de actividades, generalmente polivalente, mientras que el 30 % contesta no poseerla.

(V15) EXISTE SALA EXCLUSIVA PARA COMEDOR.- En este caso el 90 % responde afirmativamente, y un 10 % lo hace negativamente.

(V16) EXISTE SALA EXCLUSIVA DE MORTUORIO.- Al igual que en la pregunta anterior, el 90 % dice poseer una sala exclusiva para mortuorio, mientras que el 10 % responde negativamente, o en su defecto se utiliza para otras necesidades.

(V17) EXISTE BIBLIOTECA PARA LOS ANCIANOS.- El 60 % de la muestra indica no disponer de dicho espacio, y el 40 % dice si disponer de él. Ambos grupos hacen referencia a la falta de motivación por parte de los ancianos hacia la lectura.

(V18) CUOTA MENSUAL A SATISFACER.- De las seis posibles respuestas y realizadas a modo de intérvalo, la respuesta con mayor frecuencia corresponde a la cuota comprendida entre 76.000 y 100.000 ptas, con un 35 %; seguida con un 20 % al intervalo inferior a 75.000 ptas. El resto de las Residencias se reparten de forma equitativa según el gráfico siguiente.



4.3.2. SERVICIOS.-

(V19) EXISTE SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA.- El 70 % de las Residencias encuestadas, dicen poseer dicho servicio por la propia Residencia, mientras que el 30 % lo ofrecen concertado con profesionales o Entidades del exterior.

(V20) EXISTE SERVICIO DE ENFERMERÍA.- Dicho servicio es ofrecido por la propia Residencia en un 80 %, sólo el 10 % lo ofrece concertado con el exterior, y el 5 % no lo ofrece, mientras que el 5 % restante (1 caso) no contesta.

(V21) EXISTE SERVICIO DE REHABILITACIÓN.- En el 60 % de los casos se ofrece directamente por la propia Residencia, mientras que el 30 % es concertado. Sólo un 10 % no ofrecen dicho servicio.

(V22) EXISTE SERVICIO DE ATENCIÓN SOCIAL.- El 40 % de las Residencias encuestadas dicen no prestar dicho servicio, aunque el 35 % lo realiza a través de la Trabajadora Social de la población y solamente un 25 % lo ofrecen directamente.

(V23) EXISTE SERVICIO DE PODOLOGÍA.- El 60 % de la muestra indica poseer un servicio de podología propio, mientras que en un 40 % lo conciertan al exterior.

(V24) EXISTE SERVICIO DE PELUQUERÍA.- Al igual que en el servicio anterior, todas las Residencias ofrecen este servicio. El 55 % por la propia Residencia y el 45 % restante concertada al exterior.

(V25) EXISTE SERVICIO DE LAVANDERÍA.- Dicho servicio es prestado al 100 % por la propia Residencia.

(V26) EXISTE SERVICIO DE COCINA.- El 90 % de la muestra, poseen el servicio de cocina propio, mientras que el 10 % conciertan el servicio a empresas externas.

(V27) EXISTE SERVICIO RELIGIOSO.- En el 60 % de los casos se ofrece el servicio a través del capellán de la propia población, mientras que el

35 % poseen el propio capellán de la Residencia, mientras que un caso no contesta.

De todos los servicios podemos confeccionar la siguiente tabla :

SERVICIO	PROPIO	CONCERTADO	NO OFRECEN	NO CONTESTAN
A.MÉDICA.	70 %	30 %		
A.ENFERMERÍA.	80 %	10 %	5 %	5 %
REHABILITAC.	60 %	30 %	10 %	
A.SOCIAL.	25 %	35 %	40 %	
PODOLOGÍA.	60 %	40 %		
PELUQUERÍA.	55 %	45 %		
LAVANDERÍA.	100 %			
COCINA.	90 %	10 %		
RELIGIOSO.	35 %	60 %		5 %

Con dichas tablas observamos que los servicios con mayor frecuencia son ofrecidos por las Residencias encuestadas, por sus propios medios, corresponden a lavandería, cocina, enfermería y servicio médico. Por otro lado, los servicios que con mayor frecuencia se conciertan al exterior, corresponden a los servicios religiosos, peluquería y podología.

El servicio con menor índice de prestación corresponde a la atención social.

4.3.3 PERSONAL.-

A las preguntas relacionadas con el número de profesionales por categorías que trabajan en las Residencias, han originado problemas por falta de datos, por lo cual optamos a indicar si cada grupo de profesionales corresponde a personal propio de la Residencia o concertado al exterior.

(V28) MÉDICOS GENERALES.- El 70 % de la muestra dice tener médicos generales de plantilla, un 25 % proceden del exterior y solamente el 5 % (1 caso) dice no disponer de médico.

(V29) MÉDICOS GERIATRAS.- El 85 % de los casos dice no disponer de geriatras, y solamente el 15 % dispone de médicos geriatras propios.

Hay que señalar que en numerosas ocasiones señalan que los médicos generalistas, poseen conocimientos en el campo de la geriatría.

(V30) ENFERMERAS/A.T.S.- En el 80 % de los casos, dicen poseer enfermeras propias, solamente en un 10 % dicen concertar dicho personal al exterior, y en un 10 % indican no prestar dicho servicio.

(V31) AUXILIARES DE CLÍNICA.- El 100 % de la muestra responde poseer auxiliares de clínica de la propia plantilla.

(V32) FISIOTERAPEUTAS.- El 35 % de la muestra concierta dicho profesional al exterior, el 30 % es de la propia plantilla, y el 35 % dice no tener fisioterapeuta.

(V33) TERAPEUTA OCUPACIONAL.- En un 55 % no poseen dicho profesional, en un 30 % es de plantilla, y en un 15 % lo conciertan al exterior.

(V34) TRABAJADORA SOCIAL.- En el 50 % de la muestra no tienen dicho profesional, en un 20 % poseen Trabajadora Social de la propia Residencia, y el 30 % la conciertan al exterior, generalmente de carácter municipal.

(V35) PSICÓLOGO.- Es el profesional que con mayor porcentaje no presta sus servicios en las Residencias Geriátricas. Un 75 % no poseen, un 15 % tienen psicólogo propio, y un 10 % es concertado al exterior.

(V36) ANIMADOR SOCIOCULTURAL.- En el 55 % de los casos no poseen este profesional, el 25 % lo concierta al exterior, muchas veces con carácter voluntario y en un 20 % corresponde a la propia plantilla de la Residencia.

(V37) PODÓLOGO.- El 60 % de la muestra dice poseer podólogo propio, mientras que el 40 % lo concierta al exterior.

(V38) PELUQUERAS.- El 55 % de los casos se concierta con el exterior y el 45 % pertenece a la propia Residencia.

(V39) CAPELLÁN.- El 65 % de la muestra indica proceder del exterior, generalmente de la propia población. Un 25 % responde tener capellán propio y un 10 % refiere no tener capellán.

(V40) ADMINISTRATIVOS.- El 95 % de la muestra indica poseer personal administrativo propio, si bien dichas funciones son realizadas por la propia Dirección de la Residencia. Solamente el 5 % dice no contar con administrativos.

(V41) PERSONAL DE MANTENIMIENTO.- Todas las Residencias encuestadas poseen personal de mantenimiento, si bien un 75 % es personal propio de la Residencia, y en un 25 % se concierta al exterior.

(V42) LAVANDERÍA Y COSTURA.- En el 90 % de los casos indican ser personal propio de la Residencia, un 5 % dice concertar al exterior y un 5 % no contesta.

(V43) PERSONAL DE RECEPCIÓN.- El 55 % de la muestra indica poseer personal propio de recepción, y el 45 % indica no disponer de dicho personal.

(V44) PERSONAL DE COCINA.- El 85 % de la muestra indica ser personal propio, mientras que el 15 % es concertado a otras empresas.

De igual forma que en el apartado anterior, confeccionamos la siguiente tabla :

PORCENTAJE PERSONAL

PROFESIONAL	PLANTILLA	CONCERTADO	NO EXISTE.
Médico General.	70 %	25 %	5 %
Médico Geriatra.	15 %		85 %
Enfermeras/A.T.S	80 %	10 %	10 %
Auxiliar Clínica	100 %		
Fisioterapeuta.	30 %	35 %	35 %
Terapeuta Ocup.	30 %	15 %	55 %
Trabajadora Soc.	20 %	30 %	50 %
Psicólogo.	15 %	10 %	75 %
Animador Socioc.	20 %	25 %	55 %
Podólogo.	60 %	40 %	
Peluqueras.	45 %	55 %	
Capellán.	25 %	65 %	10 %
Administrativos	95 %		5 %
Mantenimiennto.	75 %	25 %	
Lavandería/cost.	90 %	5 %	5 %
Recepción.	55 %		45 %
Cocina.	85 %	15 %	

Podemos observar que el personal que con mayor frecuencia es de plantilla de la propia Residencia, corresponde al grupo de auxiliares de clínica, administrativos, lavandería y costura, cocina, enfermeras, mantenimiento y médico general.

Por otra parte, los de menor porcentaje corresponden a médicos geriatras, psicólogos, terapeuta ocupacional, animador socio cultural y trabajadora social.

4.3.4. ORGANIZACIÓN INTERNA.-

(V45) EXISTE PLAN DE PRESENTACIÓN GRADUAL.- En el 90 % de la muestra, indican poseer un plan de presentación, mientras que un 10 % señalan no tenerlo.

(V46) EXISTE PLAN DE PRESENTACIÓN DEL ANCIANO AL RESTO DE ANCIANOS.- En este caso el 100 % de las Residencias encuestadas indican poseerlo.

(V47) EXISTE PLAN DE PRESENTACIÓN DEL ANCIANO AL RESTO DEL PERSONAL DE LA RESIDENCIA.- De igual forma, el 100 % de la muestra dice tener un plan de presentación del anciano que ingresa al resto del personal de la Residencia.

4.3.5. ATENCIÓN INTEGRAL.-

(V48) SE DEJA QUE EL ANCIANO TRAIGA MUEBLES A SU INGRESO.- El 35 % de la muestra contesta que NUNCA lo permite, un 25 % asegura que SIEMPRE, mientras que el 25 % dice permitirlo ALGUNA VEZ, y un 15 % RARA VEZ.

En el transcurso de las entrevistas señalan la dificultad de autorizar que el anciano aporte muebles por un problema de espacio.

(V49) Y OBJETOS PERSONALES.- En este caso el 100 % de la muestra dice autorizarlo SIEMPRE.

(V50) AL INGRESO SE INFORMA DE LAS NORMAS INTERNAS.- El 100 % de la muestra responde que SIEMPRE se les informa. Hay que tener en cuenta, que la normativa vigente obliga a informar al anciano, o en su defecto a sus familiares, de dichas normas a su ingreso.

(V51) SE HACE INFORME PREVIO AL INGRESO.- El 95 % de las Residencias dice que SIEMPRE se realiza, mientras que el 5 % lo realiza ALGUNAS VECES.

(V52) SE LE PERMITE LA VISITA DE PERSONAS MAS JOVENES.- El 100 % de la muestra indica que SIEMPRE lo permiten.

(V53) SE LES FACILITA LA VISITA DE AMIGOS.- De igual forma, el 100 % de la muestra responde que SIEMPRE facilitan la visita de amigos.

(V54) SI ESTA ENCAMADO SE LES FACILITA EL TELÉFONO.- El 75 % de las Residencias responden que SIEMPRE se les facilita, mientras que un 10 % lo hacen RARA VEZ, un 5 % ALGUNAS VECES y el 10 % NUNCA.

(V55) SE FAVORECE TODA CREENCIA RELIGIOSA.- El 100 % responde que SIEMPRE sé favorece todo tipo de creencia religiosa.

(V56) CUENTA CON AYUDA DE VOLUNTARIOS.- El 45 % responde que SIEMPRE, un 40 % NUNCA, el 10 % RARA VEZ y el 5 % ALGUNA VEZ.

(V57) LAS NORMAS SON REVISADAS CONJUNTAMENTE.- El 50 % de la muestra indica que NUNCA se revisan conjuntamente las normas, el 25 % lo efectua SIEMPRE, el 20 % ALGUNAS VECES y un 5 % RARA VEZ.

(V58) EXISTE ALGUN SISTEMA DE RETRIBUCIÓN AL ANCIANO.- El 70 % dice que NUNCA,un 20 % ALGUNA VEZ, un 5 % SIEMPRE y no contestan un 5 % (1 caso).

(V59)PUEDEN ESCOGER LAS REVISTAS O PERIÓDICOS.- El 85 % de la muestra responde que SIEMPRE, el 10 % NUNCA y un 5 % RARA VEZ.

(V60) PUEDEN ESCOGER LAS COMIDAS DE ENTRE UN MENÚ.- El 55 % de la muestra dice que NUNCA se les permite. Un 25 % dicen que lo permiten SIEMPRE, y un 20 % ALGUNAS VECES.

(V61) PUEDEN SERVIRSE LOS PROPIOS ANCIANOS LA COMIDA.- El 90 % de las Residencias dicen que NUNCA, sólo un 5 % responde RARA VEZ y un 5 % ALGUNA VEZ.

(V62) EL PERSONAL COME CON LOS ANCIANOS.- El 95 % indica que NUNCA come el personal con los ancianos, y un 5 % ALGUNA VEZ.

(V63) SE LES PERMITE ORGANIZAR FIESTAS.- El 85 % de los casos responden que SIEMPRE se les permite organizar fiestas a los ancianos en la Residencia, un 10 % ALGUNAS VECES y un 5 % responden que NUNCA.

(V64) EXISTE COMISIÓN DE ANCIANOS.- En el 75 % de la muestra indican que NUNCA, un 20 % dicen que SIEMPRE y el 5 % ALGUNAS VECES.

(V65) EXISTE PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES.- En el 55 % de los casos responden que SIEMPRE trabajan con un programa anual de actividades, el 25 % responden que NUNCA, el 15 % ALGUNAS VECES y el 5 % RARA VEZ.

(V66) CONVIVEN UNA PAREJA EN LA MISMA HABITACIÓN.- El 90 % de los casos responde permitirlo SIEMPRE, mientras que un 10 % indica que no se permite NUNCA.

(V67) SE LES PERMITE RELACIONES SEXUALES.- Un 70 % responde que SIEMPRE se les permite, un 10 % ALGUNAS VECES, un 10 % NUNCA y el 10 % no contesta.

(V68) TIENEN HORARIO FLEXIBLE PARA LEVANTARSE Y ACOSTARSE.- El 70 % de la muestra indican que SIEMPRE existe dicha flexibilidad, mientras que el 20 % indican que NUNCA, y un 10 % dice que la flexibilidad existe ALGUNAS VECES.

(V69) Y PARA LAVARSE Y VESTIRSE.- Porcentajes similares a la anterior, responden a esta flexibilidad; el 70 % indican que SIEMPRE, el 25 % que NUNCA y el 5 % RARA VEZ.

(V70) TIENEN SU PROPIA ROPA.- El 100 % de los casos responden que SIEMPRE el anciano tiene su propia ropa.

(V71) SE POTENCIA ENTRE LOS ANCIANOS LA AYUDA MUTUA.- El 85 % de las Residencias indican potenciar la ayuda mutua SIEMPRE, el 10 % ALGUNAS VECES y un 5 % no potencian la ayuda mutua NUNCA.

En general las Residencias indican que no es preciso potenciar la ayuda mutua entre los ancianos, ya que se produce de forma espontanea.

Por lo cual de las variables estudiadas se desprende la siguiente tabla :

INSTALACIONES

VARIABLE	SI	NO	N/C.
Lavabo/habit.	70 %	30 %	
Bañera/habit.	30 %	60%	10 %
sala enfermería	85 %	15 %	
Id. actividades	70 %	30 %	
Id. comedor.	90 %	10 %	
Id. mortuorio.	90 %	10 %	
Id. biblioteca.	40 %	60 %	

ORGANIZACIÓN INTERNA

VARIABLE	SI	NO	N/C.
P.gradual presentación.	90 %	10 %	
Id.resto ancianos	100 %		
Id. al personal.	100 %		

ATENCIÓN INTEGRAL.

VARIABLE	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNA VEZ	SIEMPRE	N/C.
Se deja traer muebles	35 %	15 %	25 %	25 %	
Y objetos personales				100 %	
Al ingreso se informa de normas internas				100 %	
Se hace informe médico previo			5 %	95 %	
Se le permite visita de más jóvenes.				100 %	
Se le facilita visita de amigos				100 %	
Si está encamado se le facilita teléfono	10 %	10 %	5 %	75 %	
Se favorece todo tipo creencia religiosa				100 %	
Cuenta con ayuda de voluntarios.	40 %	10 %	5 %	45 %	
Las normas se revisan conjuntamente.	50 %	5 %	20 %	25 %	
Existe algún sistema de retribución.	70 %		20 %	5 %	5 %
Pueden escoger revistas	10 %	5 %		85 %	

Pueden escoger comida entre un menú.	55 %		20 %	25 %	
Pueden servirse la comida.	90 %	5 %	5 %		
El Personal come con los ancianos	95 %			5 %	
Se le permite organizar fiestas.	5 %		10 %	85 %	
Existe Comisión de ancianos.	75 %		5 %	20 %	
Existe programa anual de actividades.	25 %	5 %	15 %	55 %	
Convive una pareja en la misma habitación.	10 %			90 %	
Se les permite relaciones sexuales.	10 %		10 %	70 %	10 %
Tienen horario flexible para levantarse/acost.	20 %		10 %	70 %	
Y para lavarse/vestirse	25 %	5 %		70 %	
Tienen su propia ropa.				100 %	
Se potencia ayuda mutua.	5 %		10 %	85 %	

A continuación pasamos a describir los resultado obtenidos en cada una de las respuestas con respecto al tipo de Entidad a través de la estadística inferencial realizada.

4.3.5. INFRAESTRUCTURA.-

(V1/V2) AÑO DE INAGURACIÓN RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- La media obtenida del año de inaguración respecto al tipo de entidad, es la siguiente:

TIPO ENTIDAD	AÑO DE INAGURACIÓN
PRIVADA.	1.981
PRIVADA CONCERTADA.	1.988
PÚBLICA.	1.985
RELIGIOSA.	1.976

Podemos indicar que las Residencias Geriátricas de carácter religioso han sido construidas a mediados de la década de los años 70, mientras que el resto corresponden a la década de los 80, si bien a partir de 1.988 las Residencias de carácter privado, conciertan sus servicios con la Administración.

(V4/V2) TIPO DE RESIDENCIA RESPECTO TIPO DE ENTIDAD.- El 70 % de la muestra corresponde a RESIDENCIAS MIXTAS, de las que en un 71,4 % son de carácter PRIVADO, el 21,4 % PRIVADAS CONCERTADAS y el 7,1 % a RELIGIOSAS.

A su vez el 20 % corresponden a RESIDENCIAS para VÁLIDOS, de las que en un 50 % son PRIVADAS, un 25 % corresponden a PÚBLICAS y el 25 % a RELIGIOSAS.

El 10 % restante de la muestra corresponde a RESIDENCIAS ASISTIDAS, de las cuales un 50 % son PRIVADAS, el 50 % restante RELIGIOSAS.

En conclusión podemos indicar la importancia de las Residencias Geriátricas de carácter privado que ocupa el 65 % de nuestra investigación y de las cuales declaran un 15,4 % estar dirigidas a ancianos válidos, un 7,7 % a asistidos y en su mayoría; el 76,9 % a mixtos.

El 100 % de las Residencias Privadas concertadas, atienden a ancianos mixtos, mientras que las Residencias Públicas y Religiosas atienden en iguales porcentajes a ancianos válidos y mixtos.

(V5/V2) TIPO DE ANCIANOS RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 85 % de la muestra atiende a ANCIANOS MIXTOS, mientras que el 15 % sólo atiende a ancianos AUTÓNOMOS.

El 84,6 % de las Residencias Privadas, atienden a ancianos mixtos, y sólo un 15,4 % atiende a ancianos autónomos.

Las Residencias Privadas concertadas y las Públicas atienden al 100 % a ancianos mixtos, mientras que las Residencias Religiosas en un 50 % a mixtos y el 50 % restante a autónomos.

(V6/V2) PLANTAS QUE CONSTA LA RESIDENCIA RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 85 % de la muestra posee PLANTA BAJA Y DOS PISOS, existiendo sólo diferencias en las Residencias Privadas que en un 15 % de la muestra total, poseen PLANTA BAJA Y UN PISO, lo que significa el 23,1 % de las Residencias Privadas encuestadas.

(V11/V2) CUENTA CON LAVABO Y W.C. EN CADA HABITACIÓN RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 70 % del total de la muestra indica afirmativamente dicha condición, mientras que el 30 % restante señala no disponer en todas las habitaciones.

Las mayores diferencias se presentan en las Residencias de carácter Privado con un 69 %, de las cuales responden afirmativamente y un 30,8 % de forma negativa.

Igualmente las Privadas concertadas señalan porcentajes similares: 66,7 % afirmativamente y 33,3 % negativamente.

El 100 % de las Residencias Religiosas confirman su existencia, mientras que las Públicas se reparten al 50 % cada tendencia.

(V12/V2) CUENTA CON BAÑERA CADA HABITACIÓN RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 63,2 % de la muestra indica no disponer de bañera en todas las habitaciones mientras que el 31,6 % responde afirmativamente.(1 caso no responde).

Las Residencias Privadas indican en un 61,5 % no disponer de bañera en cada habitación, mientras que el 30,8 % indica si disponer de ella.

El 100 % de las Residencias Privadas concertadas no disponen de bañera en cada habitación, mientras que las Residencias Religiosas indican disponer de bañera en todas las habitaciones.

Las Residencias Públicas disponen en un 50 % de bañera en cada habitación.

(V13/V2) EXISTE SALA EXCLUSIVA DE ENFERMERÍA RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 85 % de la muestra total indica poseer una sala de uso exclusivo para enfermería, y un 15 % no disponen de élla.

Las Residencias que no disponen de dicha sala, corresponden al 15,4 % de las Residencias Privadas y al 33,3, % de las Residencias Privadas concertadas.

(V14/V2) EXISTE SALA EXCLUSIVA DE ACTIVIDADES RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 70 % del total disponen de sala para uso exclusivo de actividades, mientras que el 30 % no disponen de ella.

Dicha proporción negativa es representada por el 30,8 % de las Residencias Privadas, el 33,3, % de las Privadas concertadas, y el 50 % de las Residencias Públicas.

El 100 % de las Residencias Religiosas disponen de dicha sala.

(V15/V2) EXISTE SALA EXCLUSIVA DE COMEDOR RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 90 % de la muestra indica indican disponer de una sala exclusiva para comedor, mientras que el 10 % restante responden de

forma negativa, que corresponden al 7,7 % de las Residencias Privadas, y el 33,3 % de las Privadas concertadas. Tanto Públicas como Religiosas disponen al 100 % de dicha sala.

(V16/V2) EXISTE SALA EXCLUSIVA PARA MORTUORIO RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 90 % de la muestra indican poseer una sala dedicada exclusivamente a mortuorio. El 10 % de la muestra que dice no disponer de sala exclusiva para mortuorio corresponde al 7,7 % de las Residencias Privadas y al 50 % de las Residencias Públicas.

(V17/V2) EXISTE SALA EXCLUSIVA PARA BIBLIOTECA RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- Sólo el 40 % de la muestra indica poseer una sala dedicada a biblioteca repartiendose de la forma siguiente: 30,8 % de las Privadas, 33,3 % de las Privadas concertadas, el 50 % de las Públicas y el 100 % de las Religiosas.

El 60 % de la muestra que dice no disponer de dicha sala corresponde al 69,2 % de las Privadas, 66,7 % de las Privadas concertadas, y el 50 % de las Públicas.

La infraestructura descrita puede observarse en la tabla siguiente:

INSTALACIONES SEGÚN ENTIDAD.

ESPACIO	PRIVADA	P.CONCERTADA	PÚBLICA	RELIGIOSA
P.BAJA/PISO	23,1 %			
PB/2 PISOS	76,9 %	100 %	100 %	100 %
LAVABO/HABIT.	69,2 %	66,7 %	50 %	100 %
BAÑERA/HABIT.	30,8 %		50 %	100 %
SALA ENFERME.	84,6 %	66,7 %	100 %	100 %
ID. ACTIVID.	69,2 %	66,7 %	50 %	100 %
ID. COMEDOR.	92,3 %	66,7 %	100 %	100 %
ID. MORTUORIO	92,3 %	100 %	50 %	100 %
ID BIBLIOTECA	30,8 %	33,3 %	50 %	100 %

En dicha tabla observamos que las Residencias Geriátricas de tipo RELIGIOSO, dicen poseer la estructura física al 100 % de nuestras expectativas.

Las Residencias PRIVADAS y PRIVADAS CONCERTADAS poseen una estructura similar entre si, inferiores a las anteriores, mientras que las de carácter PÚBLICO se situan en niveles similares.

(V18/V2) CUOTA A SATISFACER RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- Las Residencias con mayor disparidad de sus cuotas corresponden a las PRIVADAS.

El 50 % de las RELIGIOSAS indican un cuota entre 76.000 y 100.000 ptas, mientras que el 50 % restante corresponde a una cuota inferior a 75.000 ptas.

Las Residencias PÚBLICAS indican los mismos porcentajes que las anteriores.

Las PRIVADAS CONCERTADAS señalan al 100 % situarse entre 76.000 y 100.000 ptas.

PORCENTAJE CUOTAS R.PRIVADAS

INTERVALO CUOTA	PORCENTAJE
INFERIOR A 75000	15,4 %
76000 A 100000	30,8 %
101000 A 110000	15,4 %
111000 A 125000	15,4 %
126000 A 150000	7,7 %
SUPERIOR A 150000	15,4 %

Del total de la muestra de nuestro estudio, prevalece un 38,9 % la cuota comprendida entre 76000 y 100000 ptas, seguida en un 38,9 % la cuota inferior a 75000 ptas.

4.3.6. SERVICIOS.-

(V19/V2) SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 70 % de la muestra dispone de servicio médico y el 30 % lo concierta al exterior.

Es de destacar que el 30,8 % de las Residencias PRIVADAS conciertan el servicio médico al exterior, mientras que tanto PÚBLICAS como RELIGIOSAS optan al 50 % para cada opción.

(V20/V2) SERVICIO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD-.- El 84,26 % de la muestra dispone de servicio de enfermeria propio, el 10,5 % lo concierta al exterior, y un 5,3 % dice carecer de dicho servicio.(una residencia no responde).

Teniendo en cuenta el tipo de entidad, el 91,7 % de las Residencias PRIVADAS tiene enfermería propia, y el 8,3 % carece de ella.

El 66,7 % de las Residencias PRIVADAS CONCERTADAS tienen su propio servicio de enfermería, y el 33,3, % lo conciertan al exterior.

El 50 % de las Residencias PÚBLICAS tienen servicio propio y el 50 % restante lo conciertan externamente; mientras que el 100 % de las RELIGIOSAS tienen su propio servicio.

(V21/V2) SERVICIO DE REHABILITACIÓN RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 60 % de la muestra indica poseer su propio servicio de rehabilitación, mientras que el 30 % lo concierta al exterior, y un 10 % carece de él.

Las Residencias PRIVADAS tienen su propio servicio en un 61,5 % mientras que lo conciertan al exterior el 38,5 %

Porcentajes similares indican las Residencias PRIVADAS CONCERTADAS con un 66,7 % propio y un 33,3 % concertado.

El 100 % de las Residencias RELIGIOSAS disponen de servicio propio de rehabilitación, mientras que el 100 % de las Residencias PUBLICAS dicen no ofrecer dicho servicio.

(V22/V2) SERVICIO DE ATENCIÓN SOCIAL RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 40 % de la muestra dice no ofrecer dicho servicio, mientras que el 35 % lo concierta al exterior, y el 25 % dice poseer su propio servcio.

El 46,6 % de las Residencias PRIVADAS no ofrecen el servicio de atención social, el 38,5 % lo conciertan al exterior y un 15,4 % es propio.

El 66,7 % de las Residencias PRIVADAS CONCERTADAS poseen servicio propio, mientras que el 33,3, % es concertado.

El 50 % de las Residencias PÚBLICAS no ofrecen dicho servicio y el 50 % restante es propio.

Las Residencias RELIGIOSAS se dividen al 50 % concertado y el resto no lo prestan.

(V23/V2) SERVICIO DE PODOLOGÍA RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 60 % de la muestra posee su propio de servicio de podología, mientras que el 40 % restante lo concierta al exterior.

El 69,2 % de las Residencias PRIVADAS, el 33,3 % de las CONCERTADAS, el 50 % de las PÚBLICAS y el 50 % de las RELIGIOSAS dicen tener su propio servicio.

Por el contrario, el 30,8 % de las privadas, el 66,7 % de las CONCERTADAS, el 50 % de las PÚBLICAS y el 50 % de las RELIGIOSAS, lo conciertan externamente.

(V24/V2) SERVICIO DE PELUQUERÍA RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 55 % de la muestra tienen su propio servicio, mientras que el 45 % restante lo concierta al exterior.

Las Residencias PRIVADAS en un 61,5 % tienen su propia peluquería y un 38,5 % es externa. El 100 % de las Residencias CONCERTADAS lo hacen al exterior, mientras que las Residencias PÚBLICAS se reparten el porcentaje en un 50 % en cada caso. Las Residencias RELIGIOSAS indican tener su propio servicio de peluqueria al 100 %

(V25/V2) SERVICIO DE LAVANDERÍA RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 100 % de la muestra dice tener su propio servicio de lavandería.

(V26/V2) SERVICIO DE COCINA RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- Escasa diferencia se presenta en este servicio. El 90 % de la muestra dice tener su propio servicio de cocina, y un 10 % lo concierta al exterior, que corresponde al 7,7 % de las Residencias PRIVADAS de nuestra muestra.

(V27/V2) SERVICIO RELIGIOSO RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 63,2 % de la muestra concierta el servicio al exterior, mientras que el 36,8 % tiene su propio servicio.

Mayoritariamente las Residencias PRIVADAS lo conciertan externamente en un 69,2 %, y tienen su propio servicio en un 30,8 %

Por el contario, el 100 % de las Residencias CONCERTADAS lo hacen externamente; mientras que el 100 % de las Residencias PÚBLICAS y RELIGIOSAS tienen su propio servicio.

PORCENTAJE SERVICIO OFRECIDO POR ENTIDAD

PROPIO Y/O CONCERTADO.

SERVICIO	PRIVADA	P.CONCERTADA	PÚBLICA	RELIGIOSA
SERV.MÉDICO	100%	100 %	100 %	100 %
S.ENFERMERÍA.	91,7 %	100 %	100 %	100 %
S.REHABILIT.	100 %	100 %	0	100 %
S.AT.SOCIAL.	53,9 %	100 %	50 %	50 %
S.PODOLOGÍA.	100 %	100 %	100 %	100 %
S.PELUQUERÍA.	100 %	100 %	100 %	100 %
S.LAVANDERÍA.	100 %	100 %	100 %	100 %
S.COCINA.	100 %	100 %	100 %	100 %
S.RELIGIOSO.	100 %	100 %	100 %	100 %

Según el gráfico anterior, no observamos diferencias importantes entre las distintos grupos de Residencias, con respecto al tipo de servicios que ofrecen al anciano, ya que bien como servicio propio, o como concertado, generalemnte ofrecen al 100 % los servicios previstos, excepto el servicio de rehabilitación que no se presta en las Residencias de carácter público y la diferencia en el servicio de atención social que salvo las de carácter privado concertadas, el resto lo ofrecen en un 50 %.

Es interesante observar la respuesta de las Residencias Privadas que en un 8,3 % no ofrecen atención de enfermeria.

4.3.7. PERSONAL.-

(V28/V2) MÉDICOS GENERALES RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 70 % de la muestra tiene su propio personal médico, el 25 % lo conciertan y el 5 % declaran no tenerlos,.

Las Residencias Privadas en un 62,2 % poseen su propios médicos, frente al 30,8 % que los conciertan al exterior.

El 100 % de las Residencias Privadas Concertadas y Religiosas tienen su propio personal médico, mientras que las Residencias Públicas se reparten en un 50 % el concertar a dicho profesional o carecer de éllos.

(V29/V2) MÉDICOS GERIATRAS RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 85 % no utiliza a dicho profesional, especialmente las Residencias Religiosas (100 %) y las Privadas Concertadas (100 %). En cambio, las Residencias

Privadas tienen sus propios geriátras en un 15,4 % o lo conciertan en un 84,6 %.

Las Residencias Públicas en su 50 % poseen geriátra propio y el 50 % restante no lo tienen.

(V30/V2) ENFERMERAS RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 80 % de las Residencias de la muestra, poseen enfermeras propias, el 10 % las conciertan al exterior y un 10 % carecen de dicho profesional.

Las Residencias Privadas en su mayoría (84,6 %) son personal propio y el 15,4 % no poseen.

Las Residencias Privadas Concertadas en su 66,7 % son personal propio y el 33,3 % las conciertan.

Las Residencias Públicas se reparten por igual al 50 % entre personal propio y concertado; mientras que el 100 % de las Residencias Religiosas tienen su propio personal de enfermería.

(V31/V2) AUXILIARES DE CLÍNICA RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- En este caso el 100 % de la muestra indica tener su propio personal.

(V32/V2) FISIOTERAPEUTAS RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 30 % de la muestra dispone de fisioterapéuta propio: el 15,4 % de las Residencias Privadas,el 66,7 % de las Privadas Concertadas, el 50 % de las Públicas y el 50 % de las Religiosas.

El 35 % de la muestra conciertan al exterior : 46,2 % de las Privadas y el 33,3, % de las Privadas Concertadas.

El 35 % de la muestra no precisa dicho profesional : 38,5 % de las Privadas, el 50 % de las Públicas y el 50 % de las Religiosas.

(V33/V2) TERAPEUTA OCUPACIONAL RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- En el 55 % de la muestra no existe terapéuta. En el 30 % es personal propio de la Residencia y en un 15 % se concierta.

Las Residencias Privadas carecen de este profesional en un 69,2 %, lo conciertan en un 15,4 % y en un 15,4 % restante es del propio personal.

Las Residencias Privadas Concertadas presentan en un 33,3 % como personal propio, un 33,3 % como personal concertado y en un 33,3 % carecen de él.

El 50 % de las Residencias Públicas tienen terapeuta propio y el 50 % restante carecen.

Finalmente, el 100 % de las Residencias Religiosas dicen tener su propio terapeuta.

(V34/V2) TRABAJADORA SOCIAL RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 50 % de la muestra dice carecer de trabajadora social propia, que corresponde al 61,5 % de las Residencias Privadas, al 50 % de las Residencias Públicas y al 50 % de las Religiosas.

El 30 % de la muestra concierta a la trabajadora social al exterior: 30,8 % de las Privadas, 33,3 % de las Privadas Concertadas y el 50 % de las Religiosas.

El 20 % de la muestra indica tener su propia trabajadora social, que corresponde al 7,7 % de las Privadas, 66,7 % de las Concertadas y al 50 % de las Públicas.

(V35/V2) PSICÓLOGO RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- En su mayoría carecen de psicólogo, en un total del 75 % de la muestra.

Sólo el 15 % de la muestra tiene este profesional como personal de la Residencia y corresponde al 7,7 % de las Privadas, al 33,3 % de las Concertadas y al 50 % de las Públicas.

El 10 % de la muestra concierta con un psicólogo externo correspondiendo a un 33,3 % de las Concertadas y a un 50 % de las Religiosas.

(V36/V2) ANIMADOR SOCIOCULTURAL RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- En un 55,5 % de la muestra no existe este profesional. En un 25 % se concierta externamente, que corresponde al 30, 8 % de las Residencias Privadas y al 33,3 % de las Concertadas.

El 20 % de la muestra indica tener su propio animador sociocultural, correspondiente al 15,4 % de las Privadas, al 33,3 % de las Concertadas y al 50 % de las Religiosas.

(V37/V2) PODÓLOGO RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 60 % de la muestra indica tener su propio podólogo, mientras que el 40 % restante concierta a dicho profesional.

El 69,2 % de las Residencias Privadas tienen su propio podólogo, y el 30, 8 % lo conciertan.

Las Residencias Concertadas conciertan en un 66,6, % y es propio en un 33,3 %

Las Residencias Públicas y Religiosas conciertan en un 50 % y el 50 % restante es del propio personal.

(V38/V2) PELUQUERAS RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 55 % de la muestra la concierta al exterior, mientras que en un 45 % es personal de la propia Residencia.

El 53,8 % de las Residencias Privadas tienen su propia peluquera, mientras que el 46,2 % procede del exterior.

El 100 % de las Residencias Concertadas conciertan a esta profesional, mientras que las Residencias Públicas y Religiosas conciertan sus servicios en un 50 % y es del propio personal el 50 % restante.

(V39/V2) CAPELLÁN RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 65 % de la muestra dice concertar su servicios externamente, mientras que el 25 % dice tener a su propio capellán, y en un 10 % indica carecer de él.

El 100 % de las Residencias Religiosas tienen a su propio capellán, mientras que el 100 % de las Residencias Concertadas lo solicitan al exterior.

Las Residencias Públicas indican concertarlo en un 50 % y prescindir de sus servicios en el 50 % restante.

Las Residencias Privadas tienen su propio capellán en un 23,1 % mientras que en un 69,2 % lo solicitan al exterior, generalmente al que corresponda por barrio o población. Un 7,7 % dice no tener capellán.

(V40/V2) ADMINISTRATIVOS RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- Excepto las Residencias Religiosas, el resto de entidades cuentan con su propio personal administrativo al 100 %

Las Residencias Religiosas indican que en un 50 % tienen su propio personal y el 50 % restante carecen de él.

En el computo general de la muestra, el 95 % indica tener su propio personal administrativo, y el 5 % no tiene dicho personal.

(V41/V2) PERSONAL DE MANTENIMIENTO RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 75 % de la muestra dice tener su propio personal de mantenimiento, y en un 25 % lo conciertan externamente.

El 84,6 % de las Residencias Privadas tienen su propio personal, mientras que en un 15,4 % lo conciertan externamente.

Las Residencias Privadas Concertadas poseen su propio personal de mantenimiento en un 66,7 %, y lo conciertan en un 33,3, %

El 100 % de las Residencias Públicas tienen a su propio personal, mientras que el 100 % de las Residencias Religiosas lo conciertan al exterior.

(V42/V2) PERSONAL DE LAVANDERÍA Y COSTURA RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 95 % de la muestra dice tener su propio personal, mientras que un 5 % lo concierta externamente.

El 100 % de las Públicas, y el 100 % de las Religiosas tienen a su propio personal de lavandería/costura; mientras que el 66,7 % de las Privadas Concertadas es personal propio y el 33,3, % prescinde de este personal.

El 92,3 % de las Residencias Privadas cuentan con su propio personal y solamente el 7,7 % es concertado.

(V43/V2) PERSONAL DE RECEPCIÓN RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 55 % de la muestra posee a su propio personal de recepción, mientras que el 45 % restante carece de él.

Salvo el 100 % de las Residencias Públicas que tienen su propio personal de recepción, el resto de entidades indican porcentajes similares.

Las Residencias Religiosas poseen su propio personal de recepción en un 50 %, y el 50 % restante no disponen de él.

Las Residencias Privadas Concertadas tienen a su propio personal de recepción en un 33,3 % y en un 66,7 % carecen de él.

Las Residencias Privadas en un 53,8 % es personal propio, y en un 46,2 % no lo tienen.

(V44/V2) PERSONAL DE COCINA RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 85 % de la muestra tiene su propio personal de cocina, y un 15 % lo concierta externamente.

Las Residencias Privadas señalan en un 92,3 ser personal propio y en un 7,7 % ser concertado.

El 100 % de las Residencias Privadas Concertadas tienen su propio personal de cocina, mientras que en las Residencias Públicas y Religiosas se repartan al 50 % de personal propio y concertado.

PORCENTAJE SEGÚN ENTIDAD DE PERSONAL PROPIO + CONCERTADO

PROFESIONAL	PRIVADA	CONCERTADA	PÚBLICA	RELIGIOSA
Médico Gral.	100 %	100 %	50 %	100 %
Id. Geriatra.	15,4 %	0	50 %	0
Enfermeras.	84,6 %	100 %	100 %	100 %
Aux. Clínica.	100 %	100 %	100 %	100 %
Fisioterap.	61,6 %	100 %	50 %	50 %
Terap.Ocupac.	30,8 %	66,6 %	50 %	100 %
Trab.Social.	38,5 %	100 %	50 %	50 %
Psicólogo.	7,7 %	66,6 %	50 %	50 %
Animador Soc.	46,2 %	66,6 %	0	50 %
Podólogo.	100 %	100 %	100 %	100 %
Peluquera.	100 %	100 %	100 %	100 %
Capellán.	92,3 %	100 %	50 %	100 %
Administrat.	100 %	100 %	100 %	100 %
Mantenimiento	100 %	100 %	100 %	100 %
Lavan/costura	100 %	66,7 %	100 %	100 %
Recepción.	53,8 %	33,3 %	100 %	50 %
Cocina.	100 %	100 %	100 %	100 %

Las Residencias Geriátricas de carácter religioso, por lo general presentan indices mayores de los distintos grupos profesionales que el resto de Residencias.

Las Residencias de carácter Privado presentan porcentajes inferiores más significativos que el resto de Entidades.

Las Residencias Privadas Concertadas se situan por encima de las Privadas; mientras que las de carácter Público tienen tendencia a porcentajes bajos en los profesionales de carácter sanitario y superiores en los correspondientes a servicios generales.

4.3.8. ORGANIZACIÓN INTERNA.

(V45/V2) EXISTE PLAN DE PRESENTACION GRADUAL DE LA RESIDENCIA A LOS ANCIANOS RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 90 % de la muestra indica tener un plan de presentación, y sólo un 10 % manifiesta carecer de él.

El 100 % de las Residencias Privadas Concertadas, de las Públicas y de las Religiosas poseen dicho plan.

Las Residencias Privadas poseen un plan de presentación gradual en un 84,6 %, mientras que en un 15,4 % carecen de él.

(V46/V2) Y DE PRESENTACIÓN DEL ANCIANO AL RESTO DE LOS ANCIANOS RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 95 % de la muestra tienen elaborado dicho plan, y un 5 % carece de él.

La escasa diferencia se encuentra en las Residencias Privadas donde el 92,3 % posee un plan de presentación del ancianno que ingresa, al resto de los ancianos residentes; y un 7,7 % indica no tenerlo.

(V47/V2) EXISTE PLAN DE PRESENTACIÓIN DEL ANCIANO AL RESTO DEL PERSONAL DE LA RESIDENCIA RESPECTO AL TIPO DE ENTIDAD.- El 100 % de la muestra indica poseer dicho plán de presentación.

4.3.9. VALORACIÓN DE LAS VARIABLES DE INFRAESTRUCTURA.-

Finalmente procedemos a confeccionar una parrila con las distintas variables que constituyen la INFRAESTRUCTURA estudiada, y a las que se les ha otorgado una puntuación respecto a la constestación realizada.

TABLA PUNTUACIÓN INFRAESTRUCTURA.-

VAR.	PREG	CONCEPTO DE LA VARIABLE.	0	1	2
V6	6	Pantas que consta la Residencia.	PB+1P	PB+2P	PB
V7	7	Existe espacio al aire libre.	no	si públ	si/prop
V11	9	Cuenta con lavabo y wc por habitac.	no		si
V12	10	Y con bañera en cada habitación.	no		si
V13	11	Existe sala exclusiva de enfermería.	no		si
V14	12	Idem. sala para actividades.	no		si
V15	13	Idem. sala para comedor.	no		si
V16	14	Idem. sala para mortuorio.	no		si
V17	15	Idem. sala biblioteca.	no		si
V19	17	Ofrece servicio atención médica.	no	concert	propio
V20	17	Idem. de enfermería.	no	concert	propio
V21	17	Idem. de rehabilitación.	no	concert	propio
V22	17	Idem. de atención social.	no	concert	propio
V23	17	Idem. de podología.	no	concert	propio
V24	17	Idem. de peluquería.	no	concert	propio
V25	17	Idem. de lavandería.	no	concert	propio
V26	17	Idem. de cocina.	no	concert	propio
V27	17	Idem. de religioso.	no	concert	propio
V45	19	Existe plan presentación gradual.	no		si
V46	20	Idem. del anciano al resto de ancia.	no		si
V47	21	Idem. del anciano al personal de R.	no		si
V50	24	Al ingreso se le informa de Normas I	no		si

Teniendo en cuenta que la puntuación máxima a optener según las variables estudiadas y agrupadas en el apartado de infraestructura es de 44 puntos, los resultados obtenidos con respecto al tipo de entidad son los siguientes :

MEDIA PUNTUACIÓN INFRAESTRUCTURA

TIPO ENTIDAD	PUNTUACIÓN MEDIA
PRIVADA	35,5
PRIVADA CONCERTADA	34,3
PÚBLICA	36
RELIGIOSA	42

Con dicho cuadro se ponde de manifiesto que las Residencias de carácter religioso presentan una puntuación media superior al resto de entidades, mientras que privadas, concertadas y públicas alcanzan valores similares, aunque en el conjunto de los cuatro grupos de tipo de entidades, sus diferencias estadísticamente hablando no son significativas.

4.3.10. VALORACIÓN DE LAS VARIABLES DE ATENCIÓN INTEGRAL.-

De la misma manera que en el apartado anterior, procedemos a efectuar una parrilla con las distintas variables que constituyen la atención integral, otorgándoles una puntuación dependiendo de la respuesta escogida.

La puntuación máxima posible a obtener para cada uno de los aspectos es la siguiente :

ATENCIÓN INTEGRAL

ASPECTOS BIOLÓGICOS.	17
ASPECTOS PSICOLÓGICOS.	16
ASPECTOS SOCIALES.	66
TOTAL ATENCIÓN INTEGRAL.	**99**

A su vez, los aspectos SOCIALES se subdividen en la forma y puntuación a alcanzar siguiente :

MEDIA PUNTUACIÓN A.SOCIALES.

DE RELACIÓN.	18
DE PARTICIPACIÓN	18
DE SEXUALIDAD/INTIMIDAD.	18
DE CULTURA.	6
DE SOCIAL.	6
TOTAL ASPECTO SOCIAL.	**66**

ASPECTOS BIOLÓGICOS.

VAR.	PREG.	CONCEPTO DE LA VARIABLE.	0	1	2	3
V28	18	Existencia de médico general.	no	conc	prop	
V29	18	Id. de médico geriatra.	no	conc	prop	
V30	18	Id. de enfermera.	no	conc	prop	
V31	18	Id. de auxiliar de clínica.	no	conc	prop	
V32	18	Id. de fisioterapeuta.	no	conc	prop	
V33	18	Id. de terapeuta ocupacional.	no	conc	prop	
V37	18	Id. de podólogo.	no	conc	prop	
V51	25	Realización informe médico.	nunca	r.v.	a.v.	siempre

ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

VAR.	PREG.	CONCEPTO DE LA VARIABLE.	0	1	2	3
V35	18	Existencia de psicólogo.	no	conc	prop	
V39	18	Id. de capellán.	no	conc	prop	
V45	19	Existe plan presentación de la Residencia al anciano.	no		si	
V46	20	Id.del anciano a resto ancian.	no		si	
V47	21	Id.del anciano a resto person.	no		si	
V48	22	Se le deja que traiga muebles.	nunca	r.v.	a.v	siempre
V49	23	Y objetos personales.	nunca	r.v.	a.v.	siempre

ASPECTOS SOCIALES DE RELACIÓN.

VAR.	PREG.	CONCEPTO DE LA VARIABLE.	0	1	2	3
V52	52	Se le permite visita de más jóvenes.	nunca	r.v.	a.v.	siempre
V53	53	Se le permite visita de amigos	nunca	r.v.	a.v.	siempre
V54	54	Se le facilita teléfono si está encamado.	nunca	r.v.	a.v.	siempre
V55	55	Se favorece todo tipo religión	nunca	r.v.	a.v.	siempre
V56	56	Se cuenta con ayuda de volunt.	nunca	r.v.	a.v.	siempre
V62	62	Se sienta el personal a comer con los ancianos.	nunca	r.v.	a.v.	siempre

ASPECTOS SOCIALES DE PARTICIPACIÓN.

VAR.	PREG.	CONCEPTO DE LA VARIABLE.	0	1	2	3
V57	57	Se revisan normas conjuntamente con ancianos	nunca	r.v.	a.v.	siempre
V58	58	Existe retribución al anciano.	nunca	r.v.	a.v.	siempre
V60	60	Pueden escoger comida/menú	nunca	r.v.	a.v.	siempre
V61	61	Pueden servirse la comida.	nunca	r.v.	a.v.	siempre
V63	63	Pueden organizar fiestas.	nunca	r.v.	a.v.	siempre
V64	64	Existe comisión de ancianos.	nunca	r.v.	a.v.	siempre

ASPECTOS SOCIALES DE SEXUALIDAD/INTIMIDAD.

VAR.	PREG.	CONCEPTO DE LA VARIABLE.	0	1	2	3
V66	66	Conviven matrimonio misma hab.	nunca	r.v.	a.v	siempre
V67	67	Se permite relaciones sexuales	nunca	r.v.	a.v.	siempre
V68	68	Existe horario flexible para levantarse/acostarse.	nunca	r.v.	a.v.	siempre
V69	69	Id. lavarse/vestirse.	nunca	r.v.	a.v.	siempre
V70	70	Tienen su propia ropa.	nunca	r.v.	a.v.	siempre
V71	71	Se potencia la ayuda mutua.	nunca	r.v.	a.v.	siempre

ASPECTOS SOCIALES DE CULTURA.

VAR.	PREG.	CONCEPTO DE LA VARIABLE	0	1	2	3
V59	59	Pueden escoger revistas.	nunca	r.v.	a.v.	siempre
V65	65	Existe programa anual activid.	nunca	r.v.	a.v.	siempre

ASPECTOS SOCIALES DE SOCIAL.

VAR.	PREG.	CONCEPTO DE LA VARIABLE.	0	1	2	3
V22	18	Existencia trabajadora social.	no	conc	prop	
V35	18	Id. de psicólogo.	no	conc	prop	
V38	18	Id. de peluquera.	no	conc	prop	

* conc : concertado.
* prop : propio.
* r.v. : rara vez.
* a.v. : algunas veces.

De igual forma que para valorar la puntuación alcanzada en cada una de las variables que constituyen la infraestructura con respecto al tipo de entidad; obtenemos la siguiente puntuación en relación a la Atención Integral respecto al tipo de entidad.

PUNTUACIÓN MEDIA ALCANZADA EN CADA ASPECTO DE ATENCIÓN INTEGRAL/ENTIDAD

PUNTUACIÓN MÁXIMA POR ASPECTOS	BIOLO 17	PSICOLOG. 16	SOCIAL. 66	relac 18	partic. 18	sex 18	cul 6	soc 6	S.T. AT. INT.
PRIVADA	11.5	11.4	40.6	13.1	5.5.	16	4.5	2.3	63.5
CONCERTADA.	12.6	12.3	46.3	12.7	9	14.6	4	3.6	71.2
PÚBLICA.	11.5	11.5	47	12.5	9	16	6	3.5	70
RELIGIOSA.	13.5	12	45	13.5	6.5	18	4.5	2.5	70.5

Del cual se observa la escasa diferencia en las puntuaciones medias alcanzadas en cada uno de los aspectos, con respecto a cada tipo de entidad de la muestra; si bien las Residencias Geriátricas de carácter Privado se situan en límites inferiores que el resto de entidades.

La atención social se ve incrementada de forma importante por la mayor atención de los aspectos de participación y culturales y en menor proporción en los de relación, sexualidad y sociales.

La Atención Integral aumenta de forma prioritaria por la mayor atención de los aspectos biológicos y sociales, y en menor medida por los aspectos de participación y culturales.

Finalmente pasamos a confeccionar la tabla correspondiente a la puntuación alcazada en INFRAESTRUCTURA respecto a la ATENCIÓN INTEGRAL con respecto a cada tipo de entidad.

MEDIA PUNTUACIÓN INFRAESTRUCTURA/AT.INTEGRAL POR ENTIDADES.

TIPO ENTIDAD	PUNTUACIÓN MEDIA EN INFRAESTRUCTURA	PUNTUACIÓN MEDIA EN ATENCIÓN INTEGRAL	RATIO RESULTANTE AT.INTEG/INFRAES
PRIVADA.	35,5	63,5	1,788
CONCERTADA.	34,3	71,2	2,075
PUBLICA.	36	70	1,944
RELIGIOSA.	42	70,5	1,678

4.4. LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN.-

En la realización de nuestro trabajo de investigación, se han presentado los problemas siguientes :

* La coincidencia de la realización de nuestro trabajo, y en especial, durante la recogida de datos, de una serie de sucesos desagradables en relación a varias Residencias Geriátricas de Cataluña, que podían haber influido negativamente en dicho trabajo.

* Falta de listados actualizados del número de Residencias Geriátricas.

* Dificultad a la participación por parte de las direcciones de las Residencias Geriátricas.

* La muestra en sí es reducida y limitada, a pesar de representar el 66,6 % del total de las Residencias Geriátricas mayores de 25 plazas, de los listados oficiales de la Generalitat.

* Falta de un registro completo de todas de las Residencias Geriátricas existentes, dado que hay un número indeterminado que no figuran en los registros, y no hemos podido acceder a éllas.

* Las respuestas obtenidas, en la encuesta realizada, en relación al Personal de Enfermería, no son todo lo explícitas que hubiéramos deseado, y que puede ser debido a una mala formulación de las preguntas, o bien, ser una falta de unificación de criterios de las propias Residencias.

* Dispersión geográfica entre las Residencias Geriátricas de la muestra.

* Falta de conocimientos informáticos en programas de investigación.

* Falta de tiempo para profundizar más en el tema de nuestra investigación.

4.5. CONCLUSIONES.-

4.5.1. CONCLUSIONES GENERALES.-

Hemos constatado en nuestra muestra, que existe un mayor porcentaje, de Residencias Geriátricas de carácter privado.

La mayoría de las Residencias Geriátricas dirigen su atención a ancianos de tipo mixto.

Las Residencias Geriátricas de carácter religioso iniciaron su actividad con mayor antelación que el resto de las Residencias.

La mayoría de las Residencias encuestadas presentan una arquitectura formada por planta baja y dos pisos, disponiendo además de espacio libre propio, y no existen diferencias importantes en la infraestructura global de los centros.

La mayoría de las Residencias encuestadas, poseen lavabo y W.C. en cada habitación, y sólo el 30 % disponen de bañera en las mismas. La tendencia actual se dirige a baños asistidos para evitar accidentes entre los ancianos.

En general todas las Residencias Geriátricas disponen de salas exclusivas para los distintos servicios y actividades que ofrecen, aunque pueden ser polivalentes.

En el 100 % de la muestra, los servicios ofrecidos son: médico asistencial, podología, peluquería, lavandería, cocina y religioso.

En un 40 % de la muestra, no ofrecen servicios de Atención Social, siendo las Residencias Geriátricas de carácter privado concertado, las que lo ofrecen en su totalidad.

En el 10 % de la muestra, no ofrecen servicio de Rehabilitación, que corresponden a la totalidad de las Residencias Geriátricas de carácter Pública.

En la mayoría de las Residencias Geriátricas de la muestra se ofrece el servicio de Enfermería, excepto en un 5 % de las mismas que son de carácter Privado y que no lo ofrecen.

La mayoría de las Residencias Geriátricas disponen de profesionales de carácter sanitario y de servicios técnicos, bien como personal propio de la Residencia, o concertándolos al exterior.

Sólo un 15 % de las Residencias Geriátricas, disponen de Médico Geriátra, aunque todas disponen de Médico General.

Disponen de Psicólogo sólo el 25 % de la muestra. En el 66,6 % de las Residencias Privadas concertadas, en el 50 % de las Públicas, y sólo en el 7,7 % de las Privadas disponen de este profesional.

Las Residencias Públicas presentan porcentajes inferiores de personal de carácter sanitario, y superiores en personal dedicado a servicios.

Las Residencias Religiosas presentan un porcentaje superior de profesionales de cualquier carácter, al resto de entidades.

El 50 % de la muestra, no dispone de Trabajadora Social.

En el 15,4 % de las Residencias Privadas no disponen de enfermeras.

El 55 % de la muestra cobra por la estancia de cada anciano, un máximo de 100.000 ptas., mientras que un 25 % se situa entre 101.000 y 150.000 ptas.; un 10 % supera las 150.000 ptas, y el 10 % restante no contesta.

4.5.2. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS.-

A.- CORROBORACIÓN DE OBJETIVOS.-

Con respecto a conocer la realidad demográfica del anciano en la comarca del Baix Llobregat; destacamos que el 8,27 % de la población de ésta, corresponde a personas mayores de 65 años.

Se observa que estas cifras son inferiores al resto de Cataluña, (12,6 %),pero hay que tener en cuenta que en los últimos años, ha aumentado la corriente migratoria de dicho sector de la población en la comarca del Baix Llobregat, para dirigirse a sus ciudades de origen.

En relación al objetivo de comparar el grado de cumplimiento de las normativas vigentes en materia de Infraestructura Arquitectónica de las Residencias Geriátricas, en la comarca del Baix Llobregat, entendemos que según las encuestas realizadas y lo observado in situ en las propias Residencias de la muestra, cumplen las normativas vigentes aprobadas por la Generalitat de Catalunya; si bien en la mayoría de los casos, están adecuando sus instalaciones para eliminar las barreras arquitectónicas existentes.

En relación al objetivo de conocer las necesidades y aficiones puestas de manifiesto por los ancianos según las encuestas publicadas, observamos que los tres principales problemas existentes entre la población anciana corresponden a los derivados de : la salud, sociales y económicos.

A su vez las principales actividades que los ancianos realizan corresponden a: conversar, el juego, la lectura y ver la T.V.

Con respecto al objetivo de conocer el grado de ATENCIÓN INTEGRAL llevada a cabo por las Residencias Geriátricas del Baix

Llobregat destacamos que no se observan diferencias importantes en las puntuaciones medias obtenidas, respecto al tipo de entidad.

Las Residencias Geriátricas de carácter Privado concertadas, las Públicas y las Religiosas, presentan una Atención Integral superior a las Residencias Geriátricas Privadas; por un aumento de los aspectos sociales de dicha Atención Integral.

En relación a nuestro objetivo de investigar las lineas de actuación de nuestra Comunidad Autónoma dirigidas a la población anciana, para la mejora de la calidad de vida, y a través de nuestro trabajo de investigación, corroboramos el interés de la Generalitat de Catalunya, en favorecer a dicho sector de la población, con la creación del Departament de Benestar Social, y la publicación de distintas disposiciones y literatura, donde se establecen las normativas y definiciones en materia de atención al anciano.

B.- CORROBORACIÓN DE HIPÓTESIS Y SUBHIPÓTESIS.-

De igual forma, después del análisis estadístico de las distintas variables,y de nuestro estudio llegamos a las siguientes conclusiones:

En relación al enunciado de la hipótesis principal a estudiar : " La atención integral en la tercera edad, en las Residencias Geriátricas del Baix Llobregat, depende de la infraestructura de la propia Residencia "; llegamos a la conclusión que :

En las Residencias Geriátricas Privadas, la ATENCIÓN INTEGRAL, guarda relación con la INFRAESTRUCTURA, de forma que a menor Infraestructura corresponde una menor Atención Integral.

De forma inversa, las Residencias Geriátricas Religiosas, ofrecen a una mayor Infraestructura, una mayor Atención Integral.

En cuanto a las Residencias Geriátricas Públicas y Privadas Concertadas, nuestra hipótesis no se cumple, ya que con una menor Infraestructura, se ofrece una mayor Atención Integral.

Con respecto a la primera subhipótesis: " La construcción de Residencias Geriátricas, corresponde mayoritariamente a iniciativa privada, que pública "; corroboramos que el 65 % de la muestra de nuestro estudio, corresponden a Residencias Geriátricas de carácter Privado, que unidas a las privadas Concertadas, alcanzan un total del 80 % de la muestra encuestada.

En relación a la segunda subhipótesis: " No existen diferencias en los servicios que, las Residencias Geriátricas ofrecen, con respecto al tipo de entidad "; destacamos, que no existen diferencias significatívas entre las distinto tipo de entidades; por lo que puede corroborarse esta subhipótesis.

En relación a la tercera subhipótesis: " Las distintas categorías profesionales que ejercen en las Residencias Geriátricas, dependen del tipo de Entidad en la que prestan sus servicios "; corroboramos que todas las Residencias encuestadas, disponen al 100 % de los profesionales siguientes : Médico, Auxiliar de Clínica, Podólogo Peluquera, Administrativos, Personal de Mantenimiento y Personal de Cocina; no existiendo diferencias significativas y por tanto no corroborandose esta subhipótesis.

Mientras que existen deficiencias en el resto del Personal y que son :

*Enfermeras que en el 16,4 % de las Residencias Privadas no disponen de dicho profesional.
*Fisioterapeuta que en un 50 % de las Residencias Públicas y Religiosas, y en un 39,4 % de las Privadas no disponen.
*Terapeuta Ocupacional que sólo disponen de este profesional al 100 % las Residencias de carácter Religioso.
*Trabajadora Social que tan solo las Residencias Geriátricas Concertadas disponen de élla en el 100 % de los casos.
*Psicólogo que en las Residencias Geriátricas Privadas sólo disponen de él en un 7,7 %; mientras que las Residencias Públicas y Religiosas disponen en un 50 % de los casos, y las Residencias Privadas Concertadas en el 66,6 %.

*Animador Sociocultural que en el 66,6 % de las Residencias Concertadas tienen dicho profesional, mientras que en las Residencias Públicas carecen de él.

4.6. PROPUESTAS.-

Después de el análisis de los datos estadísticos obtenidos, y del estudio realizado, proponemos en beneficio de la ATENCIÓN INTEGRAL a realizar por las Residencias Geriátricas, y dirigida a los ancianos residentes en las mismas; las siguientes propuestas :

* Motivar a las direcciones de las Residencias Geriátricas, para mejorar la coordinación de los equipos interdisciplinares que participan en los cuidados dirigidos a la población anciana.

* Mejorar la preparación de los Directores de las Residencias Geriátricas, en materias de Geriátria y Gestión.

* Potenciar la incorporación de profesionales claves en la Atención Integral del anciano, tales como: enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales, animadores socio-culturales y terapeutas ocupacionales.

* Promover la prestación de los servicios de Enfermería, Rehabilitación y Atención Social en las Residencias Geriátricas.

* Concienciar, desde el propio colectivo de Enfermería, la necesidad de la presencia, en todas las Residencias Geriátricas, de enfermeras tituladas, durante las 24 horas del día.

* Perseguir el intrusismo profesional hacia Enfermería, existente en las Residencias Geriátricas, desde los propios Colegios Profesionales.

* Procurar la formación del personal de las Residencias Geriátricas en el área específica de Geriatría.

* Mejorar los aspectos de atención social implicados en la Atención Integral.

* Fomentar la participación activa del anciano en las actividades y estructuras de las Residencias Geriátricas, creando comisiones de ancianos y favoreciendo a su comunicación.

* Seguir adecuando las instalaciones actuales de las Residencias Geriátricas, a las necesidades de la población anciana en materia de seguridad y confort.

* Controlar desde la Admninistración, la distribución de recursos en las Residencias Geriátricas de carácter privado, para lograr una mayor Atención Integral.

* Potenciar desde la Administración Pública, la construcción de nuevas Residencias Geriátricas de carácter público o mejorar los mecanismos de subvención.

* Realizar próximos estudios de investigación, dirigidos a conocer el número de profesionales que constituyen las plantillas de las Residencias Geriátricas; en especial en lo referente a: categoría profesional, tiempo de dedicación y conocimientos sobre Geriatría.

* Animar a la ampliación de nuestra investigación a otras comarcas de Cataluña, y posteriormente al resto de Comunidades Autónomas del pais.

BIBLIOGRAFIA.-

1.**ALTARRIBA MERCADER**,Françesc, Gerontología - Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer. 1ªEdición, Barcelona: Boixareu Universitaria,1.992

2.**BARREIRO BARREIRO**, Clara, Derechos humanos.Declaraciones solemnes, continuas violaciones.1ª Edición, Madrid: Salvat Editores S.A.,1.981 " Colección Temas Clave aula abierta Salvat nº 18 "

3.**BLESA**, Raúl - **CASANOVAS**,Teresa, Les relacions humanes a les Residencias de la Gent Grand.1ª Edición,Barcelona:Agrupació de Treballadors Jubilats de Catalunya,1.989

4.**CAROLL**,Mary - **BRUE**,L.J.,Cuidados de enfermería individualizados en el anciano. 1ª Edición,Barcelona:Doyma,1.989

5.**CASALS**,Ignasi, Sociología de la ancianidad en España.1ª Edición, Barcelona, 1.979

6.**DE MICHELIS**,Miguel Angel,Gerocultura,Medicina preventiva en la Tercera Edad.1ª Edición.Madrid:Ministerio de Sanidad y Seguridad Social,1.979,Serie Monográfica nº 4

7.**FLORES TASCON**,F.J-**LOPEZ IBOR**, J.M,Saber envejecer.Como vivir más y mejor.3ªEdición:Madrid,Temas de Hoy S.A, 1.991,Colección Fin de Siglo.

8.**GARCIA RIO**,Enrique,Los ancianos el 10% de nuestra población,Informe sobre problemas y necesidades de la ancianidad en Barcelona. Barcelona.1ªEdición,Barcelona: Ariel, 1.969

9.**INSERSO**,La Tercera Edad en Europa,necesidades y demandas.1ª Edición, Madrid:Ministerio Asuntos Sociales,1.989

10.**KALISH**,Richard A.La vejez,prespectivas sobre el desarrollo humano,2ªEdición,Madrid:Pirámide 1.991

11.**KRIEF**,Gabinete de Estudios Sociológicos y la Sociedad Española de Geriatría,El Médico y la Tercera Edad.Situación actual de la

prevención,tratamiento y organización asistencial de la enfermedad en la 3ª Edad,1ª.Edición,Madrid 1.986

12.**LOPEZ MONGIL**,Rosa,Consideraciones epidemiológicas y sociales de un grupo de la tercera edad.1ª Edición, Madrid:Popular S.A, 1.987 (Diputación de Valladolid).

13.**MC.LEOD**,Fiona,Manual de Geriatría para A.T.S. 1ª Edición,Barcelona: Medicína y Técnica S.A. 1.980

14.**MINISTERIO DE ASUSNTOS SOCIALES**,Residencias de la Tercera Edad.Madrid 1.989

15.**MIRANDA LOPEZ**,Mª Jesús,Aspectos sociológicos del internamiento de ancianos,1ª Edición,Madrid:Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología,1.985,Colección Bienestar Social.

16.**MORAGAS MORAGAS**,Ricardo,Gerontología Social,Envejecimiento y calidad de vida,1ª Edición,Barcelona:Herder 1.991

17.**NEILL**,June, La evaluación de los ancianos para los cuidados residenciales,guia práctica.1ª Edición,Barcelona:S.G.Editores, 1.993

18.**PAILLAT**,Paul,Sociología de la Vejez.1ª Edición:Barcelona:Oikostan S.A.,1.991 COLECCIÓN "Que se" nº 47

19.**PERLADO**,Fernando,¿Qué es envejecer? 1ª Edición,Zaragoza,:Heraldo de Aragón,1.985

20.PLA BARENY,Mª.Residencias de ancianos,análisis sociológico,1ª Edición,Barcelona:Fundació la Caixa,1.990

21.**SANCHEZ CARO**,Jesús-RAMOS Francisco,Vejezy us mitos.1ª Edición, Barcelona:Salvat Editores S.A.,1.982

22.**SAN MARTIN**,Hernan - **PASTOR I ALDEGUER**,Vicente, Epidemiología de la vejez,¿Qué edad tendría usted cuando cumpla setenta años.1ª Edición,Madrid:Interamericana Mc.Graw Hill, 1.990

23.**TRUÑO** ,Josep Maria,Ancianidad en el 2.000,Una visión prospectiva,1ª Edición,Barcelona: Fundació la Caixa de Pensions, 1.987

REVISTAS Y PUBLICACIONES PERIODICAS.-

24.**BERTRAN MUÑOZ**,J. "La humanitzaciò :una qualitat d`atenciò" Infermería Geriátrica y Gerontológica, 8/1993,nº9,p.24-26

25.**CANES MARTI**,C. "L`Equip interdisciplinar en l`atenciò geriàtrica:unes reflexions sobre els objectius,la metodología i els instruments",Infermería Geriàtrica i Gerontológica, 3/1992,nº6,p.22-24

26.**CASAS ALVAREZ**,P."Actitudes de los jubilados ante la política", Geriatrika 9/1991,n°7,p.85-91

27.**COLORADO DE LA FUENTE**,M. "Tiempo libre en las instituciones",Geriatrika 9/1991,n°7,p.79-84

28.**DE LA GANDARA MARTIN**,J.J-**ALVAREZ ALVAREZ MONTESIN**,T."Repercusiones psicosociales de la soledad en las mujeres ancianas"Revista Geriatrika,volumen 8-9/437-1992 p.69,volumen 8-9/436-1992.p.68

29.EDITORIAL, "El año europeo del anciano",Revista Nursing,volumen 11,1.993,n°3,p.7

30.EDITORIAL, "Vejez no es sinónimo de enfermedad o incapacidad",Revista Nursing,volumen 9,1.991,n°1,p.7

31.EDITORIAL "Trabajo en equipo y atención integral por encima de todo",Revista Nursing,volumen 11,1.993,n°2,p.3

32.EDITORIAL "Importancia de la familia en la recuperación de la salud de alguno de sus miembros",Revista Nursing,volumen 3,1.985,n°10,p.7

33.**GRAU SANTANA**,P."Problemática del anciano en un centro de media y larga estancia" Revista Geriatrika,volumen 9.(9)418,1.993 p.68

34.**GUILLEN LLERA**,F.y otros."Memoria y envejecimiento",Revista Geriatrika,volumen 6/1991,n°7,p.65-69

35.**HERCE MENDOZA**,J.M. "Cicerón o el arte de envejecer" Revista Geriatrika 5/1991,n°7,p.74-77

36.**LOPEZ GARCIA**,v "La sabiduria de la vida en la Tercera Edad",Revista Geriatrika 4/1991,n°7,p.71-77

37.**MC NAMARA**,M.R."Centros para cuidados a largo plazo" Revista Nursing,vol.5,1.987,n°6,p.55

38.**MORAGA**,M."Cuidar:Promover la calidad de vida"Revista Gerokomos 3/1992,volumen 4 p.6-8

39.**MORERA CODINA**,J. "l`internament en una residencia d`ancians (1),Infermería Geriàtrica i Gerontològica,3/1992,n°6,p.17-19

40.**MORERA CODINA**,J. "L`internament de la gent gran en una residencia d`ancians (2)",Infermería Geriàtrica i Gerontològica, 10/1992,n°7,p.28-29

41.**PSZEMIAROWER**,NP."Calidad de vida y desarrollo en la vejez" Revista Geriatrika,volumen 8,33/1992,p.68 -34/1992,p.69 - 35/1992,p.70

OTROS DOCUMENTOS.-

42.AJUNTAMENT DE L´HOSPITALET DE LLOBREGAT, "Envejecimiento y sociedad,siglos XX-XXI,1ªEdición,Barcelona,1.990

43.EL BAIX LLOBREGAT.Folleto publicado por el Consell Comarcal del Baix Llobregat,Barcelona,1.993

44.LA CONSTITUCION ESPAÑOLA,Biblioteca de Textos legales,7ª Edición,Madrid:Tecnos,1994

45.DISPOSICIONS GENERAL DE SERVEIS SOCIALS,Dpt. de Benestar Social,2ªEdición,Barcelona,Generalitat de Catalunya,1.991,Coleccion Drets dels Serveis Socials nº1

46.DISPOSICIONS SOBRE VELLESA.Dep.Benestar Social 1ªEdición,Barcelona, Generalitat de Catalunya,1.991,Colección Dret dels Serveis Socials nº4

47.DOCUMENT MARC PER A L`ELABORACIO DEL PLA DE SALUT DE CATALUNYA,Dpt. de Sanitat i Seguretat Social,febrero 1.991,2ª Edición,Barcelona,Generalitat de Catalunya 1.991

48.ELS SERVEIS SOCIALS-DIRECTORI D´ENTITATS,SERVEIS I ESTABLIMENTS SOCIALS A CATALUNYA, Area d`atenció a la vellesa,1ª Edición, Barcelona,Generalitat de Catalunya,1990

49.INFORME DE LES ACTUACIONS REALITZADES.Depart. de Benestar Social,juliol 1.989-1.990.1ª Edición, Barcelona,Generalitat de Catalunya.1.990

50.PLA INTEGRAL DE LA GENT GRAN,Dpt.Benestar Social, 1ª Edición, Barcelona. Generalitat de Catalunya, 1.933. (2 Volúmenes).

51.PLA DE SALUT DE CATALUNYA,1.993-1.995,D.Sanitat i Seguretat Social,1ª Edición,Barcelona,Generalitat de Catalunya,1.993

52.PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE SERVICIOS GERIATRICOS,informe publicado por Comité de expertos de la O.M.S. en Ginebra,en 1.974