

UNA ESPAÑA QUE ENVEJECE

Antonio Abellán García
Adalberto Aguilar Baltar
Francisco Barco Solleiro
Gloria Fernández-Mayoralas
José Luís Jordana Laguna
Francisco Jurdao Arrones
Nicolás Mallo Fernández
Rafael Pineda Soria
Florián Ramírez Izquierdo
Angel Rodríguez Castedo
Fermina Rojo Pérez
José María Ruiz de Velasco
Andrew Sixsmith
Ana Vicente Merino

SERIE: CURSOS DE VERANO

Una España que envejece
primera edición, julio 1992.

- © de cada uno de los autores para sus artículos
- © de la presente edición:
Universidad Hispanoamericana Santa María de la Rábida

ISBN: 84-80010-004-4

DL: GR 863/1992

Imprime: Gráficas Anel, S.A.
Polígono Industrial Juncaril
Albolote (Granada)

Queda rigurosamente prohibida sin la autorización escrita de los titulares del "Copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático y la distribución de ella mediante el alquiler o préstamo públicos.

4. SALUD Y PERSONAS MAYORES.

Andrew Sixsmith

Introducción.

Este capítulo trata sobre la salud y las personas mayores y el desafío que esto supone para los servicios asistenciales en el contexto del envejecimiento demográfico de Europa. En primer lugar se hablará de los problemas teóricos de la dificultad de una definición operativa del concepto de «salud», «vejez» y «necesidad». El resto del capítulo se dedicará al estudio de un caso concreto: la provisión de asistencia sanitaria para los ancianos con enfermedades mentales en el Reino Unido.

¿Qué es salud?

Salud es un concepto difícil de definir y cualquier definición dependerá del contexto en el que se está hablando. Tradicionalmente, el punto de vista médico de buena salud es la ausencia de enfermedad. Usando esta definición, el énfasis se pone en la intervención médica para diagnosticar, tratar y curar una enfermedad. La Organización Mundial de la Salud, no obstante, ofrece una definición más amplia de salud como «... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad».

De modo creciente, existe un énfasis en la relación entre *estilo de vida* y salud, donde factores como las condiciones de la vivienda, dieta, consumo de alcohol y tabaco tienen una influencia importante sobre la salud. En el Reino Unido una serie de documentos sobre política de salud pública insisten en el cambio de las características del estilo de vida como el medio para mejorar la salud de la población. No hay duda de que en los países desarrollados, en que ha habido

Andrew Sixsmith es Lecturer en Gerontología Social, Institute of Human Ageing, Universidad de Liverpool.

programas de salud pública, tales como mejor saneamiento, depuración del agua, etc., es donde el impacto en términos de mejora de la salud de la población ha sido mayor. Sin embargo, algunas críticas de los recientes documentos sobre salud pública británica responsabilizan de la mala salud al individuo. Pero ¿son los individuos responsables o víctimas? El factor estilo de vida puede reflejar divisiones socioeconómicas más amplias en la sociedad, más que un comportamiento individual. El vínculo entre estilo de vida y la salud de las personas mayores no ha sido estudiado en detalle y ofrece considerables oportunidades para la investigación futura. El tema es de particular interés de la misma forma que ciertas características del estilo de vida de las personas más jóvenes pueden tener un impacto sólo en los últimos años de la vida.

Esta amplia perspectiva sobre la salud es especialmente relevante para las personas de edad en las que la salud mental y física y sus circunstancias en el conjunto de su vida están, a menudo, estrechamente unidas. Por ejemplo, se estima que en torno a 2000 defunciones fueron causadas por una ola de frío de dos semanas de duración a principios de 1991 en el Reino Unido. Las muertes fueron atribuidas a una inadecuada calefacción, que en definitiva refleja unas pobres condiciones de la vivienda, aislamiento térmico inadecuado y la imposibilidad de mucha gente mayor de pagar el combustible. Otro aspecto es que muchos de los problemas de salud asociados a la última etapa de la vida son crónicos, y los tratamientos médicos sólo tienen un efecto muy limitado. Por ejemplo, no hay «curación» para la enfermedad de Alzheimer por el momento, aunque se están llevando a cabo importantes investigaciones. Así se pone el énfasis de la asistencia sanitaria para personas mayores tanto en la *asistencia* como en la *curación*, y la atención estriba en crear un entorno confortable para el paciente y por tanto puede requerir un programa que abarca realojamiento, bienestar social, ayuda para una vida independiente, terapia de rehabilitación (en el caso de un ataque de apoplejía, por ejemplo) y apoyo a los asistentes voluntarios. Este tipo de principios están incorporados en las actuales reformas del Servicio Nacional de

Salud del Reino Unido, que persigue desarrollar la asistencia en comunidad más que la hospitalaria o la residencial.

No obstante, las actitudes y respuestas a las necesidades de salud de las personas mayores están ensombrecidas por las actitudes sociales hacia el envejecimiento en general. Muchas situaciones, potencialmente tratables y curables, se ven como una parte «normal» del envejecimiento. Por ejemplo, una encuesta sobre la depresión de personas mayores en Liverpool, mostró que sólo una muy pequeña proporción de ancianos clínicamente deprimidos recibían algún tratamiento; la depresión suele ser vista por los mayores, sus familias y los asistentes como algo natural en la vejez. Esto no es necesariamente así, y es importante dar una apropiada consideración a las necesidades actuales de salud de toda la sociedad y no basar el tratamiento en suposiciones estereotipadas.

También, hay una tendencia creciente hacia el tratamiento estrictamente financiero de la asistencia sanitaria. En este contexto, existe el peligro de que ciertos tratamientos sean rechazados para la gente mayor a causa del gasto que supone y porque los beneficios para la sociedad y el paciente serían relativamente escasos. Por ejemplo ¿se le haría a un anciano con demencia una costosa operación de corazón? Estos son temas morales importantes que aún no han sido examinados convenientemente.

¿Quiénes son los viejos y por qué estamos interesados en ellos?

¿Por qué ahora los políticos, los planificadores de la salud y los investigadores están tan interesados en las personas mayores? El tema candente es el rápido envejecimiento de la población en todo el mundo y la «carga» percibida que los mayores suponen para los servicios de salud y bienestar.

Los cuadros 4.1 y 4.2 ilustran el problema demográfico del envejecimiento. Para el Reino Unido conviene destacar los siguientes puntos:

- en los 90 la proporción de personas con 65 y más años es más alta que en cualquier otro tiempo.

Cuadro 4.1. Distribución de la población por grupos de edad (%) Europa, 1987.

Países	Grupos edad					Población de 50 y más
	50-59	60-74	75-84	85 +		
B Bélgica	11.9	13.5	5.1	1.3		3.143.800
DK Dinamarca	10.3	13.8	5.2	1.4		1.569.800
D Alemania	12.3	13.5	5.8	1.2		20.132.600
E España	11.6	12.3	4.1	0.9		11.199.400
F Francia	11.0	12.0	5.1	1.4		16.398.000
GR Grecia	13.3	12.6	4.7	0.9		3.135.900
IR Irlanda	8.2	10.8	3.3	0.7		814.800
I Italia	12.2	13.4	4.7	1.0		17.894.900
L Luxemburgo	12.6	12.6	5.6	5.6		112.600
N Países Bajos	10.1	11.8	4.1	1.1		3.948.300
P Portugal	11.1	12.6	4.1	0.7		2.915.300
UK Reino Unido	10.8	14.2	5.2	1.2		17.819.400
EUR 12	11.5	13.1	6.1	6.1		99.084.800

Fuente: Eurostat, 1987

Cuadro 4.2 Porcentaje de la población de 65 y más años, OCDE 1980-2050

	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Alemania	15.5	15.5	17.1	20.4	21.7	25.8	27.6	24.5
Canadá	9.5	11.4	12.8	14.6	18.6	22.4	22.5	21.3
Estados Unidos	11.3	12.2	12.2	12.8	16.2	19.5	19.8	19.3
Francia	14.0	13.8	15.3	16.3	19.5	21.8	22.7	22.3
Italia	13.5	13.8	15.3	17.3	19.4	21.9	24.2	22.6
Japón	9.1	11.4	15.2	18.6	20.9	20.0	22.7	22.3
Reino Unido	14.9	15.1	14.5	14.6	16.3	19.2	20.4	18.7
Media de los 7	12.5	13.3	14.6	16.4	18.9	21.5	22.8	21.6
Australia	9.6	11.1	11.7	12.6	15.4	18.2	19.7	19.4
Austria	15.5	14.6	14.9	17.5	19.4	22.8	23.9	21.7
Bélgica	14.4	14.2	14.7	15.9	17.7	20.8	21.9	20.8
Dinamarca	14.4	15.3	14.9	16.7	20.1	22.6	24.7	23.2
España	10.9	12.7	14.4	15.5	17.0	19.6	22.7	22.9
Finlandia	12.0	13.1	14.4	16.8	21.7	23.8	23.1	22.7
Grecia	13.1	12.3	15.0	16.8	17.8	19.5	21.0	21.1
Irlanda	9.9	10.3	10.8	11.1	14.3	18.1	20.1	21.1
Islandia	10.7	11.3	11.1	11.1	12.6	14.7	16.9	18.9
Luxemburgo	13.5	14.6	16.7	18.1	20.2	22.4	22.0	20.3
Noruega	14.8	16.2	15.2	15.1	18.2	20.7	22.8	21.9
Nueva Zelanda	9.7	10.8	11.1	12.0	15.3	19.4	21.9	21.3
Países Bajos	11.5	12.7	13.5	15.1	18.9	23.0	24.8	22.6
Portugal	10.2	11.8	13.5	14.1	15.6	18.2	20.4	20.6
Suecia	16.3	17.7	16.6	17.5	20.8	21.7	22.5	21.4
Suiza	13.8	14.8	16.7	20.6	24.4	27.3	28.3	26.3
Turquía	4.7	4.0	5.0	5.5	7.0	8.9	10.2	11.5
Media OCDE	12.2	13.0	13.9	15.3	17.9	20.5	21.9	21.2

1990-2050 proyección.- Fuente: OCDE, Banco de datos

- este incremento se ha estabilizado y no habrá nuevo crecimiento hasta el 2010 aproximadamente.

- se han incrementado los efectivos de personas muy viejas (de más de 80 años).

- este grupo es el que crece más rápido en el Reino Unido y Estados Unidos.

La definición de «vejez» y de «viejo» es, por supuesto, enteramente arbitraria. Por ejemplo, la sociedad Age Concern del Reino Unido representa los intereses de las personas de 55 y más años, los años de la jubilación. Estadísticamente, los gobiernos nacionales tienden a definir a los viejos como aquellas personas en la edad de retiro, reflejando la «carga» económica de la población vieja «improductiva». En el contexto de la salud, también se utilizan definiciones arbitrarias. Por ejemplo, refiriéndose a los servicios geriátricos empezaría a la edad de los 65 años. Sin embargo, se presta una creciente atención en los muy viejos pues es el grupo que crece más rápido el que demanda mayormente servicios de bienestar y salud.

El concepto de necesidad.

A pesar de los problemas de la definición de salud, debemos realizar una aproximación pragmática a la provisión de servicios de bienestar y salud para los mayores. Esta provisión debe empezar con el concepto de «necesidad» y los servicios deberían armonizar óptimamente el nivel de necesidad dentro de la comunidad. La noción de necesidad presenta unas grandes dificultades teóricas y técnicas.

Teóricamente, ¿cómo definimos necesidad? El concepto implica un imperativo, algo que es realmente necesario para la supervivencia y el funcionamiento del individuo. Todavía la noción de necesidad puede también ser entendida en términos relativos. «Necesidad sentida» es algo entre «... envidia y percepción de justicia» y es una función tanto de las aspiraciones individuales como de la situación de la sociedad. «Necesidad» y «privación» son así términos completa-

mente diferentes si uno compara un país europeo rico con otro pobre del mundo en desarrollo.

Una interesante ilustración de la dificultad asociada con la idea de necesidad es la experiencia del Servicio Nacional de Salud (SNS) del Reino Unido. Con su establecimiento en 1948, se daba por sentado que la necesidad de asistencia sanitaria decrecería eventualmente mientras la población estuviese más sana como resultado de la libre disponibilidad de asistencia médica. Pronto se comprendió que éste no era el caso, pues la demanda de servicios ha demostrado virtualmente no tener límites. En la práctica el potencial de los individuos para verse a ellos mismos en necesidad de asistencia sanitaria es casi ilimitado. Además, los crecientes costes de muchos tratamientos han incrementado la presión sobre los recursos disponibles en el SNS. Así, no podemos considerar «necesidad» fuera del amplio contexto de una oferta restrictiva. Cualquier sistema de salud será esencialmente un sistema de racionamiento de recursos escasos. En un sistema de asistencia sanitaria de libre mercado esto se controla por los precios. En el SNS se introdujo en los 70 el planeamiento racional basado en objetivos y prioridades definidas. Sin embargo, hay una tendencia creciente hacia una economía mixta de asistencia sanitaria en un intento para mejorar la eficiencia, competitividad y elección del consumidor. Bajo un punto de vista pragmático, es posible señalar dos claves en el entendimiento de necesidad de servicios. Primeramente, se presenta el tema cuantitativo del nivel de necesidad para un particular servicio en la comunidad. En segundo lugar, se sitúa el aspecto cualitativo del tipo de servicios que son apropiados a las necesidades de la comunidad. ¿Cómo medimos el nivel de necesidad en una comunidad? Los planificadores disponen de una serie de estrategias tales como consulta a los médicos de cabecera, encuestas de demanda potencial de la población, o análisis de la utilización existente del servicio (demanda real de mercado). Sin embargo, no existe una media que nos pueda dar una imagen inequívoca. El tema del tipo de servicios que deberían ser provistos no está exento de dificultad; ¿se proporciona lo que los expertos y profesionales dicen

que debería ser suministrado? o ¿se presta más atención a los puntos de vista del consumidor? El consumismo es una importante tendencia en la asistencia sanitaria británica, pero hay dificultades. ¿Conoce el consumidor realmente lo que es mejor en términos de asistencia sanitaria? ¿Están enterados de las alternativas? Además, grupos como el de viejos, han sido culturalmente muy pasivos y han aceptado los servicios disponibles para ellos.

La discusión precedente se ha centrado en aspectos teóricos sobre la salud y la asistencia para los mayores. El resto del capítulo se dedica a un caso concreto de prestación de asistencia en el Reino Unido, específicamente un servicio para los viejos con problemas mentales. Primeramente se aborda el tema de la medida del nivel de «necesidad» en la comunidad y en segundo lugar la naturaleza de los servicios que deberían ser suministrados. El capítulo dibuja un estudio en profundidad de clínicas experimentales llevado a cabo por el Institute of Human Ageing de la Universidad de Liverpool.

¿Qué cantidad de asistencia?

Una suposición común entre los planificadores de la asistencia sanitaria, políticos e investigadores es que los casos en espera de recibir asistencia son sólo la punta del iceberg de la necesidad real en una comunidad (Figura 4.1). El uso de la metáfora del iceberg es clara; la gran mayoría de la población con necesidad de servicios médicos permanece invisible y desconocida a las agencias locales de prestación de estos servicios. Pero ¿está justificada esta suposición? ¿Cuál es la profundidad del «iceberg»?; ¿cuál es la diferencia real entre necesidad manifestada y real? ¿Son suficientes los servicios para la necesidades locales o existe un «iceberg» de necesidad desconocida?

La «marea creciente» fue el nombre dado por el Servicio Consultivo de Salud (SCS, 1982) al incremento de personas con demencia senil. Como la proporción de personas mayores crece, así el número de gente con demencia crecerá incrementando la carga en servicios asistenciales. Este efecto se agravaría, así pensaba el Servicio, por el gradual descubrimiento de gente «desconocida» para los servicios

sociales o de salud, que vivían por su cuenta o que eran asistidos por parientes y amigos que no recibían ayuda.

Para plantear la cuestión de si la analogía del iceberg es apropiada, se debe empezar por estimar los niveles de demencia en una comunidad. El estudio de la prevalencia (Kay et al, 1964) en Newcastle en los años 60, sugirió que aproximadamente el 6% de todos los mayores de 65 años sufrirían demencia. Esto significaría, por ejemplo, que un distrito de salud de tipo medio con una población de alrededor de un cuarto de millón de habitantes podría tener 2250 afectados. Al principio de los 70, se pensó que hasta un 20% de los mayores de 75 años tendrían alguna forma de demencia. Trabajos más recientes han sugerido que esto está sobreestimado. Bergmann y col. (1979) estimaron una prevalencia justo por debajo del 3% para los de 65 años y más que es la misma estimada por Gurland y col. (1983). Análisis más recientes de la base de datos de Gurland y una revisión de una serie de estudios hecha por Ineichen (1987) conduce a una prevalencia más afinada estimada en el 1% de personas entre 65 y 74 años, y 10% de personas con 75 y más. Debería señalarse que algunos estudios no fueron completamente representativos en términos de la muestra de población, en que la tendencia es decreciente. La investigación realizada por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Liverpool, de una muestra aleatoria de personas con más de 65 años, muestra una prevalencia del 4.3% (Copeland et al, 1987). A un nivel local, usando la prevalencia estimada por Ineichen para el cálculo, un distrito de salud con una distribución media de edad alcanzaría alrededor de 1500 personas con demencia. La distribución de población para el distrito sanitario de Wycombe se presenta en el cuadro 4.3. Sobre la base de estos datos, se estima que Wycombe tendría alrededor de 1660 casos de demencia.

¿Se han desarrollado los servicios locales en línea con los niveles de demencia de la comunidad? La necesidad para cualquier nuevo servicio puede ser valorada por el déficit entre la necesidad estimada (número de personas con demencia) y la provisión real. Se hizo un ejercicio en Wycombe que consistía en comparar el número estimado

de personas con demencia con el número que realmente era conocido por la autoridad sanitaria local y el departamento de servicios sociales.

Cuadro 4.3 Estructura por edad, 1986

Edad	Wycombe HA		Inglaterra y Gales	
	Nº (miles)	%	Nº (miles)	%
0-64	232,0	85,3	42.289,3	84,7
65-74	26,0	9,5	4.395,9	8,8
75 y más	14,0	5,1	3.237,8	6,4
total	272,0		49.923,0	

Fuente: OPCS

Añadiendo simplemente los servicios disponibles en un distrito no da una idea exacta de las personas que reciben ayuda. Esto se debe a dos motivos. Primero algunos servicios han sido diseñados para soportar más personas que plazas tienen, por la rotación de clientes. Segundo, muchas personas con demencia consumen varios servicios diferentes. Para obtener una estimación precisa de los consumidores de un servicio, se compila una lista de nombres en los registros de todas las agencias reglamentarias que estaban específicamente implicadas en los ancianos con enfermedades mentales tanto en establecimientos institucionales como en la comunidad. ¿Cómo se compara esta cifra de casos conocidos con la prevalencia estimada en Wycombe? La figura 4.1 es el diagrama de un «iceberg» que refleja, de los 1660 casos esperados, que 53% están por encima de la «línea de flotación» y son conocidos por los servicios, mientras que el resto (47%) están por debajo de esa línea y son desconocidos.

El resultado del análisis del iceberg es poco concluyente. Un poco más de la mitad del número de casos esperados que recibían asistencia representaría el extremo superior del iceberg. Ciertamente, una proporción de gente, menor que el 90% sugerido por la metáfora del

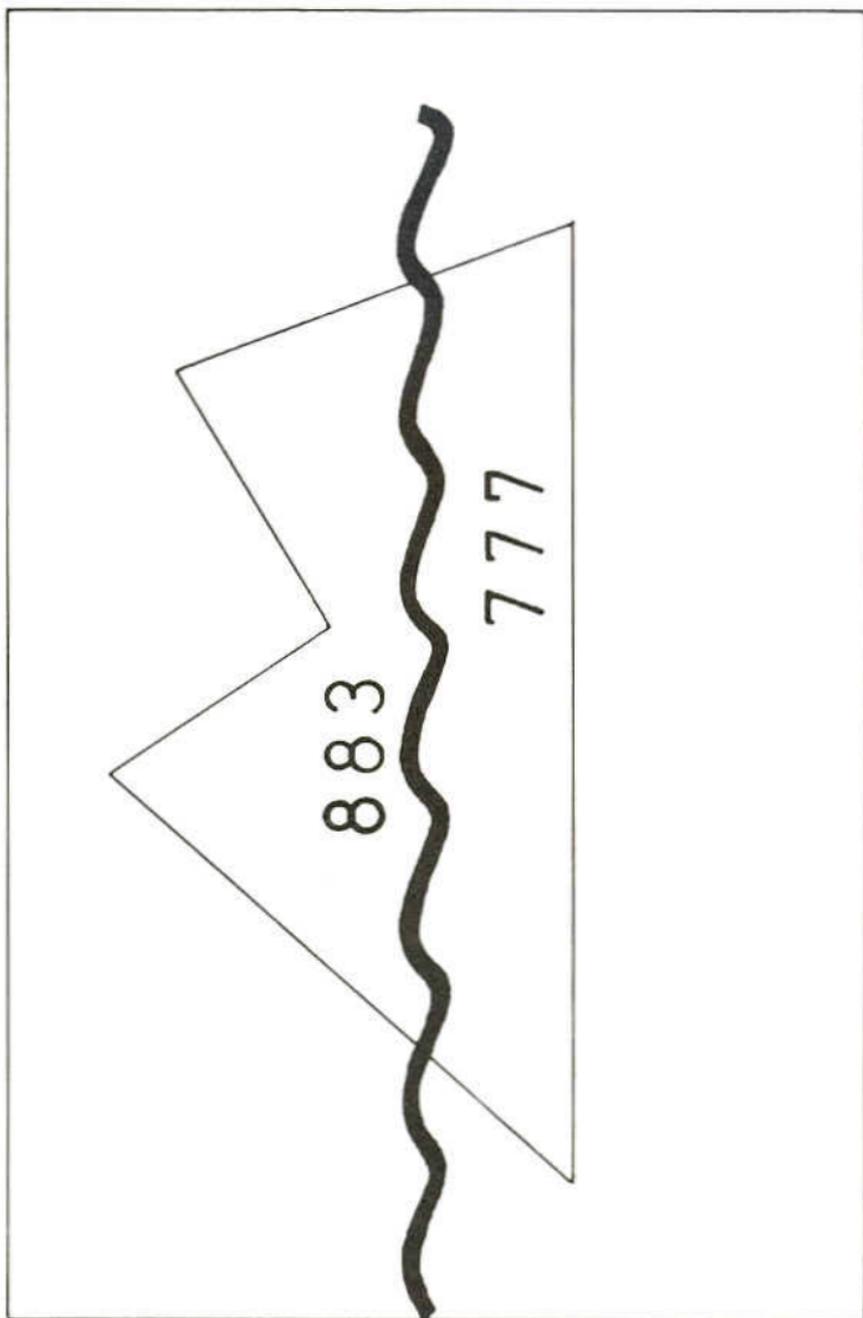


Figura 4.1.- Diagrama de necesidades (ver texto).

iceberg, no era conocida por los servicios. Alternativamente, uno podría discutir que casi 800 casos desconocidos de demencia representan una importante laguna en la provisión del servicio. Sin embargo, debería señalarse que el análisis fue un intento grosero de evaluar el nivel de necesidad desconocida. La cifra de consumidores conocidos no incluye a la gente con demencia que reciben asistencia residencial domiciliaria o de día en el sector privado y del voluntariado. Puede haber también un número adicional de gente que está siendo ayudada por familiares y vecinos dentro del sector informal, sin recurrir a los servicios formales.

No deseamos minimizar el problema de los proveedores de servicios para personas con demencia, pero queremos ponerlo en su justa perspectiva. Si el ejemplo de Wycombe es típico, entonces la escala del problema para los proveedores de servicio es mucho menor a lo que comúnmente se asume; la metáfora del iceberg parecería sobre enfatizar el nivel de necesidad oculta de servicios de demencia en una sociedad.

¿Qué tipo de asistencia?

La provisión de servicios sanitarios para la población mayor con enfermedades mentales no es una cuestión de «cuánto» sino de «qué tipo». Los servicios especializados en el Reino Unido para este grupo ha sido tradicionalmente suministrados en hospitales psiquiátricos de larga estancia (antes llamados asilos). Sin embargo, estos hospitales no son vistos como un entorno humano y hay actualmente un programa en el Reino Unido para cerrar tales instituciones. La asistencia se basará en la comunidad permitiendo, así, a la gente vivir en sus propias casas tanto tiempo como sea posible. Para aquella gente que necesita una asistencia residencial permanente, ésta será suministrada en unidades pequeñas o en residencias asistidas. El Departamento Británico de Salud estableció una iniciativa para desarrollar y evaluar caminos alternativos de asistencia a personas de edad con enfermedades mentales, para luchar contra este pasado. Tres esquemas experimentales se establecieron y han sido evaluados por el

Institute of Human Ageing de la Universidad de Liverpool. Estas tres unidades persiguen proveer un medio de vida familiar y una asistencia individualizada para estas personas.

1. Highgrove House, High Wycombe, abierta en 1985: suministra asistencia residencial a 17 personas y ayuda para otras 3. Cooparticipan en esta experiencia el High Wycombe Health Authority y el Buckinghamshire Social Services, y funciona como un modelo de servicios sociales. Esta unidad atiende primariamente a personas que han sido clasificadas como problemas directivos y se ha establecido como una alternativa a la asistencia psicogeriatrica de larga duración

2. Redcourt, Liverpool, abierta en 1986: proporciona asistencia residencial a 24 ancianos con demencia severa, pero que no sufren de otras enfermedades físicas significativas. Las personas mayores que sufren alguna enfermedad psiquiátrica funcional son atendidos por otros servicios locales psicogeriatricos. Redcourt funciona como una clínica asistida independiente dentro del Liverpool Health Authority.

3. Seward Lodge, Hertford, abierta en 1987: contribuye a la estrategia de las autoridades sanitarias de East Hertfordshire para suministrar un servicio localizado para enfermos mentales ancianos. Funciona como una residencia asistida independiente, provee 20 plazas residenciales permanentes y 4 camas de apoyo y de asistencia de día hasta 15 personas todos los días de la semana. Se utiliza una «asistencia total», donde el personal de enfermería tiene un papel importante en todos los aspectos de asistencia directa e indirecta al enfermo y de hostelería.

Recursos de las tres unidades. Las tres unidades fueron dotadas de mucho personal de administración y dirección. Una guardia psiquiátrica, tomada como comparación, tiene sólo tres quintos del número de personal de Highgrove y Seward Lodge. Redcourt tuvo la más alta ratio de personal cualificado respecto de residentes (0.51), con Highgrove y la guardia psiquiátrica teniendo un número similar de personal cualificado (0.43 y 0.39). Seward Lodge tuvo la relación personal-cliente más baja (0.35 para residentes y 0.23 para los asistentes diarios). En comparación con la enfermería convencional

de un hospital, hubo una sustitución de personal no especializado por otro especializado en relación a la asistencia directa al enfermo en Highgrove y Seward Lodge. El uso de trabajadores generales en Seward Lodge tiene una ventaja coste eficacia, pero no fue una opción popular entre el personal directivo.

Aspectos económicos de las unidades. No se encontró una relación entre la dependencia (midiendo con los instrumentos estándares la condición física, el funcionamiento mental y las funciones vitales) y la forma en que los recursos de personal fueron distribuidos entre los residentes. Esto tiene implicaciones en el modo en que las residencias asistidas están establecidas como mecanismos corrientes y puede no reflejar la exigencia real de los enfermos. Los recursos extras disponibles en las casas de cuidados fueron canalizados hacia una asistencia rutinaria, tales como higiene, vestido y alimentación. Estos recursos produjeron sólo un retorno limitado en términos de asistencia «positiva» y realce vital, tales como interacción social con residentes y otras actividades. Los recursos diarios se duplicaron, pero sólo resultó un incremento del 25% en asistencia positiva. El relativo fracaso en la distribución de asistencia positiva es difícil de explicar. Sin embargo, las indicaciones apuntan a que no es debido a la sustitución de personal no especializado por otro especializado, sino referido a otros aspectos como la dificultad en sostener actividades positivas con este grupo de enfermos. La investigación mostró que el empleo de organizadores de actividad o de ayudas de terapia ocupacional dio resultados más positivos. Con enfermos con demencia, un modelo de asistencia que incluye una considerable cantidad de asignación de tareas tiene una oportunidad mayor de maximizar asistencia positiva que otro modelo que confía en la asistencia personalizada

Aspectos de personal. No hay evidencia de que el empleo de personal asistencial no cualificado para proveer asistencia directa fuera en detrimento de los residentes. En Highgrove y Seward Lodge delegaron la responsabilidad de la asistencia individual en el personal no cualificado. Este personal fue designado como trabajador clave con la responsabilidad del desarrollo y establecimiento de los planes

de asistencia a los enfermos. No hay evidencia en nuestra investigación para sugerir que los enfermos sufriesen una desventaja por ello. Sin embargo, se pone un énfasis considerable en relación a la ayuda de dirección, aprendizaje, procedimientos de seguridad y de políticas de reclutamiento de personal. Aunque basado en un modelo asistencial de servicios sociales sin competencias directas en enfermería, Highgrove fue capaz de hacer frente a residentes con problemas de conducta que normalmente habrían sido admitidos en psiquiátricos de larga estancia o clínicas asistidas.

El medio físico. Highgrove y Redcourt son edificios reconvertidos de otros usos. Ambos son problemáticos en términos de medio físico. En Highgrove hay una falta general de espacio, y en Redcourt los residentes se alojan en dos plantas. Seward Lodge es una unidad construida a propósito con una sola planta y suministra excelentes comodidades, altos estándares de espacio y un variado medio para vivir. Las tres unidades proveen un medio doméstico y familiar que no se encuentra comúnmente en establecimientos residenciales y en hospitales de larga estancia. Estas casas ofrecían altos niveles de espacio privado y de conducta independiente entre los residentes. Sin embargo, el alojamiento residencial basado en una vida comunal no es invariablemente «como en casa». Largos pasillos, oficinas y amplias salas comunales son características que no se encuentran ciertamente en un medio doméstico. Las habitaciones individuales no son usadas frecuentemente por los residentes. Muchos residentes son incapaces de encontrar sus propias habitaciones, mientras que el diseño de Redcourt y Seward Lodge no anima a los residentes a usar sus propias habitaciones. Con la excepción de Highgrove, los regímenes asistenciales fueron adaptados hacia un modo de vida comunal. Las tres unidades están de alguna forma en sitios aislados, restringiendo así la integración social.

Problemas conceptuales y metodológicos. La medida de la «calidad de vida» es especialmente difícil en este grupo de enfermos porque ellos son incapaces de medir sus necesidades o de expresar sus sentimientos y actitudes. La existencia de conceptos y medidas de

calidad de vida en centros asistidos y residenciales refleja las necesidades de la debilidad física más que la mental.

Puntos de vista de los familiares. La respuesta de los familiares entrevistados fue muy positiva en las tres unidades. Se ve a los residentes alegres e integrados en las unidades, mientras que los asistentes diarios en Seward Lodge ganaron con el cambio de escenario y la compañía de otros. Los familiares sintieron que el estándar de asistencia era alto y que el personal tenía una muy buena actitud asistencial.

Modelo de vida diaria. Este modelo en los tres centros estaba relativamente sin estructurar. Más que ajustarse a una rutina institucional estas unidades ofrecen regímenes sensibles que acomodan a las distintas necesidades de sus residentes.

Lazos con la comunidad. La admisión de estas tres unidades, y la asistencia de larga duración en general, conduce a un desarraigo de los residentes de la familia y de la sociedad. En este sentido, siguen todavía el modelo tradicional de asilos y residencias.

Autonomía. La investigación mostró que los residentes sólo son capaces de hacer pocas cosas en términos de autoayuda. Las habilidades de los residentes para hacer cosas por sí mismos están limitadas por su funcionamiento mental. Sin embargo, el efecto de la «dependencia aprendida», es decir la asociada con el medio institucional, fue también un factor limitante

Elección. La falta de idea y entendimiento significa que los residentes son, a menudo, incapaces de elegir en un sentido convencional. En este contexto, el papel de los trabajadores es importante para comprender y encontrar las necesidades de los residentes.

Estilo de vida. Aunque las unidades experimentales pretendían proveer una mejor calidad de vida para los residentes, aspectos positivos del estilo de vida, tales como ocio e interacción social, resultaron no ser mejores que en las unidades psiquiátricas convencionales de larga estancia. El empleo más común del tiempo por los residentes fue «no hacer nada». Además, las actividades «libres» tales

como no hacer nada, dormir, deambular o conductas molestas significaron la mayor parte del tiempo (60%) para los residentes, mientras que las actividades comprometidas y específicas tales como la interacción social, autoayuda dependiente e independiente y ocio significaron una proporción menor (40%).

Supervivencia. Aunque los datos de la investigación sólo muestran conclusiones provisionales sobre supervivencia, las tres unidades tienen bajas tasas de mortalidad. Por otra parte, en Seward Lodge había una tasa más alta para los asistentes diarios (58.6%) comparado con los residentes (23.8%) en el período de dos años estudiado, incluso los residentes eran más frágiles y más dependientes. La idea que parece subsistir es que el medio residencial especializado y protector promueve la longevidad de los residentes.

Bienestar psicológico. El bienestar psicológico es muy difícil de definir y medir para gente que tiene desórdenes cognitivos. Sin embargo, algunos residentes parecían mejorar en términos de bienestar emocional, agitación, agresión y cooperación. Esto sugiere que las personas que tienen desórdenes psicológicos, psiquiátricos o de conducta y problemas de conocimiento, se benefician probablemente de la asistencia suministrada en estas unidades.

Dependencia. En conjunto, los enfermos mostraban un modelo de deterioro gradual en relación a su condición física, funcionamiento cognitivo y tareas cotidianas. Sin embargo, esta imagen general esconde diferencias individuales considerables. En particular, un número de residentes había mejorado inicialmente en términos de funcionamiento cognitivo y de tareas cotidianas después de su admisión en Highgrove House, aunque estos niveles se fueron deteriorando con el tiempo; esta gente tenía problemas de conducta o psicológicos al ser admitidos y se pensó que se beneficiarían de una asistencia individualizada y un reducido nivel de medicación.

Beneficios para los familiares. Los familiares de los residentes expresaron un alto nivel de satisfacción con las tres unidades. El beneficio para los familiares fue: alivio de una constante preocupación, alivio de una asistencia continua, certeza de que el familiar está

bien atendido. Este último punto es importante en mejorar el sentido de culpabilidad que una persona a menudo siente cuando un familiar suyo es admitido en estas unidades para ser atendido.

Bibliografía

OECD (1988): *Ageing Populations: The Social Policy Implications*. Paris, Organization for Economic Corporation and Development.

VICTOR, C.R. (1991): *Health and Health Care of the Elderly*. Milton Keynes, Open University Press.

WARNES, A.M. (ed) (1989): *Human Ageing and Later Life*. London, Edward Arnold.

WORLD HEALTH ORGANISATION (1989): *Health of the Elderly*. Geneva, World Health Organisation Technical Report Series 779.

Este capítulo ha sido traducido del inglés por Antonio Abellán García y Fermína Rojo Pérez.