



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Departamento de Enfermería

“Medición del nivel de dependencia en las
Residencias de Mayores de la Comunidad de
Madrid. Perfil del nuevo residente e impacto de la
institucionalización”

Autor:

D. Óscar Álvarez López.

Directora:

Dra. Dña. Paloma Echevarría Pérez

Murcia, 21 de Noviembre de 2014



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Departamento de Enfermería

“Medición del nivel de dependencia en las
Residencias de Mayores de la Comunidad de
Madrid. Perfil del nuevo residente e impacto de la
institucionalización”

Autor:

D. Óscar Álvarez López.

Directora:

Dra. Dña. Paloma Echevarría Pérez

Murcia, 21 de Noviembre de 2014



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

La Dra. D^a. Paloma Echevarría Pérez como Directora de la Tesis Doctoral titulada “Medición del nivel de dependencia en las Residencias de Mayores de la Comunidad de Madrid. Perfil del nuevo residente e impacto de la institucionalización” realizada por D. Óscar Álvarez López en el Departamento de Enfermería, **autoriza su presentación a trámite** dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento a los Reales Decretos 99/2011, 1393/2007, 56/2005 y 778/98, en Murcia a 01 de julio de 2014.

Agradecimientos

Escribo este apartado al concluir el resto del estudio, y al enorme placer que me asalta por estar alcanzado el final tan esperado, se une una enorme gratitud a toda la gente que ha colaborado en su confección, y a otros tantos, que han sufrido mi encierro y lejanía durante este largo periodo.

Comienzo por el reconocimiento a mi directora, la Dra Echevarría. Desde que me tutorizó hace años en un Trabajo Fin de Máster, captó perfectamente mi forma desestructurada de trabajo, estando siempre cerca “desde Murcia”. Ha sido un apoyo continuo y un auténtico referente. Cada tutoría, cada conversación, cada correo... se han convertido en todo un aprendizaje práctico.

Merece una mención especial el Servicio Regional de Bienestar Social, el marco donde se ha desarrollado el estudio. Desde que llegué hace dieciocho años, he disfrutado de trabajar en lo que me apasiona, con gente a la que admiro y de la que me ilustro cada día. Gracias al Gerente y a los coordinadores, porque siempre han confiado en mí, facilitándome todo. Gracias a mi jefa, que me trasmite la ilusión en lo que hacemos y en su capacidad para revertir en el bienestar de las personas. Gracias a mis compañeras de calidad, especialmente a Yolanda, que ha corregido mi ineptitud digital. Gracias también a mis compañeros Carlos e Hilario por la ayuda con los datos, las correcciones, las ideas, las críticas.

Gracias a todos mis compañeros de la Facultad Salus Infirmorum. En el fondo, todo este trabajo surge por mi compromiso con nuestro proyecto, que es maravilloso. Ánimo a todos en el desarrollo de vuestras tesis.

Gracias a toda mi gente, mi familia y mis amigos. Si importante es la ayuda profesional, no lo es menos el sentirlos siempre cerca. Aquí tenéis el fruto de mi desaparición. Gracias por estar continuamente ahí y por aguantarme.

Concluyo agradeciendo a todos los protagonistas del estudio. La generación de nuestros mayores, que con su generosidad y su esfuerzo, nos han regalado todo el bienestar del que disfrutamos y que ellos no conocieron. Espero que este trabajo y todos los que surjan de él, contribuyan a haceros un poco más felices. Os lo debemos y os lo merecéis.

Y porque no entiendo la vida de otra forma, gracias a Dios por mostrarme siempre el lado bueno de cada persona y de todo acontecimiento que la rodea.

Cada palabra de este trabajo está dedicada a las dos personas que lo han hecho posible con su confianza en mí, su entrega gratuita y su acompañamiento durante tantos años de estudio: Mis padres.
Óscar Álvarez López.

ÍNDICE DE CONTENIDOS.

1.	<u>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</u>	25
1.1	Introducción	25
1.1.1	La Ley y las Residencias	29
1.1.2	Lenguajes enfermeros como herramientas de análisis	32
1.2	Justificación del proyecto	33
2.	<u>CAPÍTULO II: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</u>	37
2.1	Objetivos de la investigación	37
2.1.1	Hipótesis Generales	38
2.2.2	Objetivos	40
2.2	Estado de la Cuestión: Estudios previos	43
3.	<u>CAPÍTULO III: LA DEPENDENCIA</u>	49
3.1	Evolución en la atención a la dependencia hasta la Ley de la Dependencia	49
3.2	Evolución de la Normativa Específica	53
3.2.1	Legislación Estatal	53
3.2.2	Legislación Autonómica. Comunidad de Madrid	58
3.2.3	Normativa Europea	61
3.3	La Dependencia	62
3.3.1	Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías	63
3.3.2	Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud	65
3.3.3	Concepto de Dependencia en la Ley 39/2006	67
3.4	Dependencia versus Envejecimiento	71

3.5	Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia	75
3.5.1	Modificaciones de la Ley	80
3.6	La Ley de dependencia en la Comunidad de Madrid.	82
4.	<u>CAPÍTULO IV: LAS RESIDENCIAS DE MAYORES COMO INSTITUCIÓN</u>	85
4.1	Evolución histórica de la atención residencial a los mayores	85
4.2	La atención residencial a mayores en la Comunidad de Madrid.	91
4.2.1	Evolución de los Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid	94
4.2.2	El Servicio Regional de Bienestar Social. Origen y evolución	100
4.2.3	El Servicio Regional de Bienestar Social en la actualidad. Descripción del ámbito de estudio	108
4.3	Las Residencias de Mayores como centros de atención a la dependencia	113
4.4	Las Residencia de Mayores desde una perspectiva sociológica	119
4.4.1	La Residencias de Mayores como Institución	119
4.4.2	Las Residencias en el sentir de los mayores. Perspectiva microsocial	123
5.	<u>CAPÍTULO V: VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA</u>	129
5.1	Valoración de la Dependencia	129
5.2	Sistemas y criterios de valoración de la dependencia	131
5.3	Valoración de la dependencia en las Residencias de Mayores de la Comunidad de Madrid	137
5.3.1	Historia Integral del Residente. HIRE	140
5.3.2	Sistemas de clasificación de los Residentes	145
5.3.3	Herramienta propia de las Residencias del SRBS. Clasificación Funcional del Residente (CFR)	149
5.3.4	El Índice de Barthel	159

<u>ÍNDICE DE CONTENIDOS</u>	<u>15</u>
5.4 Valoración de la dependencia según la Ley. Baremo de valoración de la situación de dependencia	164
5.5 Comparación y análisis de las principales diferencias entre los tres instrumentos de valoración del estudio	170
6. <u>CAPÍTULO VI: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA</u>	181
6.1 El proceso de atención de Enfermería	182
6.2 El diagnóstico de Enfermería: Historia y clasificación	185
6.2.1 La taxonomía diagnóstica de la NANDA	187
6.2.2 Situación actual de los diagnósticos de enfermería: investigación y estandarización de su empleo	189
6.3 El diagnóstico de Enfermería en el Servicio Regional de Bienestar Social	192
6.3.1 Estructura y metodología diagnóstica en el SRBS	196
6.3.2 Planes de cuidados de enfermería en el SRBS	198
7. <u>CAPÍTULO VII: METODOLOGÍA DEL ESTUDIO</u>	201
7.1 Descripción del diseño del estudio de investigación	201
7.2 Marco Temporal. Duración del estudio	205
7.3 Localización del estudio	206
7.4 Población de estudio. Criterios de inclusión y exclusión	207
7.5 Descripción de las variables de estudio	216
7.5.1 Variables del nivel de dependencia	216
7.5.2 Variables sociodemográficas y descriptivas del perfil sociocultural	218
7.5.3 Variables descriptivas de los centros de estudio	222
7.5.4 Variables descriptivas de la situación de salud	223
7.5.5 Variables descriptivas de los problemas de salud de enfermería	225
7.5.6 Variables de seguimiento del impacto funcional de la institucionalización	227

7.5.7	Categorías iniciales planificadas en el estudio etnográfico	228
7.6	Obtención de la información	229
7.6.1	Obtención de datos para el estudio cuantitativo	230
7.6.2	Obtención de datos para el estudio cualitativo	234
7.7	Tratamiento y análisis de los datos	237
7.7.1	Tratamiento y análisis de los datos del estudio cuantitativo	237
7.7.2	Tratamiento y análisis de los datos del estudio cualitativo	239
7.8	Consideraciones éticas	241
8.	<u>CAPÍTULO VIII: RESULTADOS DEL ESTUDIO</u>	243
8.1	Características de los sujetos de estudio y del entorno	243
8.2	Estudio del nivel de dependencia	250
8.2.1	Nivel de dependencia según el BVD	250
8.2.2	Nivel de dependencia según CFR	251
8.2.3	Nivel de dependencia según Barthel	253
8.2.4	Comparación entre BVD y CFR	254
8.2.5	Comparación entre BVD y Barthel	257
8.2.6	Comparación entre CFR y Barthel	259
8.2.7	VARIABLES QUE PUEDEN incidir en la mayor discordancia de los sujetos entre BVD y CFR	262
8.3	Principales procesos patológicos generadores de dependencia	265
8.3.1	Principales patologías y dependencia al ingreso	265
8.3.2	Asociación entre procesos patológicos y grados de dependencia en cada instrumento de valoración	267
8.4	Diagnósticos de Enfermería y cuidados	273
8.4.1	Estudio de los diagnósticos relacionados con las Actividades Básicas de la Vida Diaria	277
8.4.2	Estudio del diagnóstico "Riesgo de caídas" y los episodios de caídas producidos en el año	282
8.4.3	Estudio del diagnóstico "Riesgo de alteración de la integridad cutánea" y prevalencia de úlceras por presión	287
8.4.4	Cuidados en Actividades Básicas de la Vida Diaria	289

<u>ÍNDICE DE CONTENIDOS</u>		17
8.5	Evolución del nivel de dependencia al año de institucionalización	295
8.5.1	Evolución del grado de dependencia según CFR	295
8.5.2	Evolución del grado de dependencia según Barthel	305
8.5.3	Evolución del CFR en sujetos con mayor distorsión en la clasificación inicial	312
8.6	Estudio etnográfico	314
8.6.1	Motivos de institucionalización	314
8.6.2	Valoración de la dependencia	321
8.6.3	Visión sobre la institución	323
8.6.4	Visión de la dependencia en la institución	329
8.6.5	Ayuda requerida en las Actividades Básicas	333
8.6.6	Relaciones personales establecidas en la residencia	336
9.	<u>CAPÍTULO IX: DISCUSIÓN</u>	347
9.1	Características de los residentes y del entorno	347
9.2	Nivel de dependencia	352
9.2.1	Principales resultados de clasificación del grado de dependencia en cada instrumento	354
9.2.2	Comparación de los resultados de clasificación de dependencia	357
9.3	Agrupaciones diagnósticas asociadas a la dependencia e institucionalización	360
9.4	Estudio de los diagnósticos de enfermería y cuidados	365
9.4.1	Diagnóstico de enfermería y grados de dependencia	367
9.4.2	Cuidados y ayudas prescritas en Actividades Básicas	368
9.4.3	Estudio del diagnóstico "Riesgo de caídas"	371
9.4.4	Estudio del diagnóstico "Riesgo de alteración de la integridad cutánea"	374
9.5	Impacto de la institucionalización: evolución de la cohorte	376
9.5.1	Evolución del nivel de dependencia	377
9.5.2	Asociación entre la modificación del nivel de dependencia y otras variables	380

9.6	Estudio etnográfico.	382
10.	<u>CAPÍTULO X: CONCLUSIONES</u>	397
11.	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	407
12.	ANEXOS	437

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 01-cap 3	Clasificación de los problemas de discapacidad según la CIF	67
Tabla 02-cap 3	Condiciones de vida de las personas mayores 2006	73
Tabla 03-cap 3	Porcentaje de personas que requieren ayuda para cada actividad	73
Tabla 04-cap 4	Centros y plazas para Tercera Edad del SRBS año 1990	103
Tabla 05-cap 4	Centros gestionados por el SRBS a diciembre de 2012	109
Tabla 06-cap 4	Clasificación de las residencias del SRBS año 2012.	110
Tabla 07-cap 4	Procedencia y plazas de las Residencias de Mayores SRBS	111
Tabla 08-cap 5	Codificación de la autonomía en AVD según CFR	152
Tabla 09-cap 5	Codificación de la ayuda en AVD según CFR	153
Tabla 10-cap 5	Cálculo del Nivel de Afectación de AVD según CFR	156
Tabla 11-cap 5	Clasificación de la dependencia según I. Barthel	163
Tabla 12-cap 5	Grados y niveles de dependencia según la Ley 39/2006	166
Tabla 13-cap 6	Distribución de clases y etiquetas diagnósticas por dominio	188
Tabla 14-cap 6	Número de diagnósticos en la clasificación del SRBS	197
Tabla 15-cap 7	Resumen de las Fases del Estudio	204
Tabla 16-cap 7	Ingresos en el periodo de estudio y causas de exclusión	210
Tabla 17-cap 8	Mapa de perfiles de los participantes del estudio etnográfico	213
Tabla 18-cap 8	Género de los sujetos de estudio	243
Tabla 19-cap 8	Edad de los sujetos de estudio	244
Tabla 20-cap 8	Nivel de estudios	245
Tabla 21-cap 8	Clase social según ocupación	245
Tabla 22-cap 8	Lugar de procedencia	246
Tabla 23-cap 8	Estado civil al ingreso	246
Tabla 24-cap 8	Persona de referencia al ingreso	247
Tabla 25-cap 8	Motivo de ingreso	248
Tabla 26-cap 8	Distribución de los sujetos según las características de los centros estudiados	249

Tabla 27-cap 8	Dependencia según BVD (D-BVD)	250
Tabla 28-cap 8	Dependencia según CFR (D-CFR) al ingreso	251
Tabla 29-cap 8	Nivel cognitivo al ingreso según CFR. N-COG	252
Tabla 30-cap 8	Índice de AVD afectadas al ingreso según CFR (I-AVD)	252
Tabla 31-cap 8	Grupos RUG-III (CFR)	253
Tabla 32-cap 8	Índice y nivel de dependencia según Índice de Barthel (I- Barthel, D- <i>Barthel</i>).	254
Tabla 33-cap 8	Correspondencia entre la clasificación BVD y CFR al ingreso	255
Tabla 34-cap 8	Concordancia entre dependencia con BVD y con CFR	255
Tabla 35-cap 8	Correspondencia entre la clasificación BVD e I. Barthel	258
Tabla 36-cap 8	Concordancia entre dependencia con BVD y con I. Barthel	258
Tabla 37-cap 8	Correspondencia entre la clasificación CFR e I- <i>Barthel</i>	260
Tabla 38-cap 8	Concordancia entre la clasificación con CFR y con I. Barthel	261
Tabla 39-cap 8	Circunstancias sociales al ingreso según clasificación de dependencia al ingreso con BVD mayor que con CFR	263
Tabla 40-cap 8	Momento de la valoración de dependencia y discordancia en los resultados de clasificación BVD/CFR	264
Tabla 41-cap 8	Asociación entre patologías generadoras de dependencia y grado de dependencia según BVD	268
Tabla 42-cap 8	Asociación entre patologías generadoras de dependencia y grado de dependencia según CFR	270
Tabla 43-cap 8	Asociación entre patologías generadoras de dependencia y grado de dependencia según Barthel	272
Tabla 44-cap 8	Prevalencia de diagnósticos de enfermería por dominio	274
Tabla 45-cap 8	Diez diagnósticos de enfermería más prevalentes	275
Tabla 46-cap 8	Prevalencia de diagnósticos de enfermería del dominio 3	276
Tabla 47-cap 8	Prevalencia de diagnósticos de enfermería del dominio 4	276
Tabla 48-cap 8	Prevalencia de diagnósticos de enfermería del dominio 11	277
Tabla 49-cap 8	Prevalencia de diagnósticos de enfermería de déficit de autocuidado y problemas en ABVD según grado de BVD	279

Tabla 50-cap 8	Prevalencia de diagnósticos de enfermería de déficit de autocuidado y problemas en ABVD según grado de CFR	280
Tabla 51-cap 8	Prevalencia de diagnósticos de enfermería de déficit de autocuidado y problemas en ABVD según grado de Barthel	281
Tabla 52-cap 8	Análisis descriptivo de la escala de Tinetti. Asociación con el diagnóstico de enfermería "Riesgo de caída"	283
Tabla 53-cap 8	Análisis descriptivo del número de caídas en el primer año. Asociación con el diagnóstico "Riesgo de caída"	284
Tabla 54-cap 8	Asociación entre diagnóstico "Riesgo de caídas" y cuidados en transferencias	284
Tabla 55-cap 8	Asociación entre diagnóstico "Riesgo de caídas" y ayudas en Deambulación	285
Tabla 56-cap 8	Asociación entre diagnóstico "Riesgo de caídas" y sujeciones	286
Tabla 57-cap 8	Análisis descriptivo de la escala de Norton. Asociación con el diagnóstico "Riesgo de alteración de la integridad cutánea"	288
Tabla 58-cap 8	Análisis descriptivo nº de úlceras primer año. Asociación con el diagnóstico "Riesgo de alteración de la integridad cutánea"	288
Tabla 59-cap 8	Asociación entre diagnóstico "Riesgo de alteración de la integridad cutánea" y cuidados planificados de prevención	289
Tabla 60-cap 8	Asociación entre necesidad de ayuda en alimentación y la dependencia al ingreso según BVD	290
Tabla 61-cap 8	Asociación entre necesidad de ayuda en el baño y la dependencia al ingreso según BVD	291
Tabla 62-cap 8	Asociación entre necesidad de ayuda en la higiene personal y la dependencia al ingreso según BVD	292
Tabla 63-cap 8	Asociación entre necesidad de ayuda en el vestido y la dependencia al ingreso según BVD	293
Tabla 64-cap 8	Asociación entre necesidad de ayuda por Incontinencia y la dependencia al ingreso según BVD	294
Tabla 65-cap 8	Evolución del grado de dependencia evaluado con CFR desde el ingreso a los 6 meses	296

Tabla 66-cap 8	Evolución del grado de dependencia evaluado con CFR desde el ingreso al año	297
Tabla 67-cap 8	Media del AVD de cada grupo de edad según el momento de la evaluación (CFR)	299
Tabla 68-cap 8	Asociación entre empeoramiento en dependencia al año y la edad y sexo. CFR	302
Tabla 69-cap 8	Asociación entre mejoría en dependencia y tamaño/tipo de residencia. CFR	303
Tabla 70-cap 8	Asociación entre mejoría en dependencia y sexo y edad. CFR	304
Tabla 71-cap 8	Evolución del grado de dependencia evaluado con Barthel al año de ingreso	305
Tabla 72-cap 8	Media del índice de Barthel de cada grupo de edad según el momento de la evaluación	307
Tabla 73-cap 8	Asociación entre empeoramiento en dependencia y tipo/tamaño de centro. Barthel	309
Tabla 74-cap 8	Asociación entre empeoramiento en dependencia y edad y profesión. Barthel	310
Tabla 75-cap 8	Asociación entre mejoría I-Barthel y tipo de centro	311
Tabla 76-cap 8	Asociación entre mejoría I-Barthel y características personales	312
Tabla 77-cap 8	Evolución del CFR en los sujetos con mayor distorsión en la clasificación al ingreso entre BVD y CFR	313

Figuras

Figura 1	Correlación entre CFR (I-AVD) y I-BVD	256
Figura 2	Correlación entre I-BVD e Índice de Barthel (I-Barthel)	259
Figura 3	Correlación entre CFR (I-AVD) e Índice de Barthel (I-Barthel)	262
Figura 4	Nº medio de AVD durante el primer año según edad	300
Figura 5	Nº medio de AVD y edad durante el primer año de ingreso	300
Figura 6	Media de I-Barthel durante el primer año según edad	308
Figura 7	I-Barthel y edad durante el primer año de ingreso	308

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
AVD	Actividades de la Vida Diaria
BVD	Baremo para Valoración de la Situación de Dependencia
BOCM	Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid
BOE	Boletín Oficial del Estado
CFR	Clasificación Funcional del Residente
CIDDM	Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIF	Clasificación Internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de datos
EDAD	Encuesta Sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia
HIRE	Historia Integral del Residente
INAS	Instituto Nacional de Asistencia
INE	Instituto Nacional de Estadística
INSERSO	Instituto Nacional del Servicio Sociales
IMSERSO	Hasta 2004: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, posteriormente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales
OMS	Organización Mundial de la Salud
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Interventions Classifications
NOC	Nursing Outcomes Classification
PAE	Proceso de Atención de Enfermería
PIA	Programa Individual de Atención

RAI-NH	Resident Assessment Instrument- Nursing Homes
RD	Real Decreto Ley
RUG	Resource Utilization Groups
RM	Residencia de Mayores
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
SEGG	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología
SIDEMA	Sistema de Información de Dependencia de Madrid
SRBS	Servicio Regional de Bienestar Social
VGI	Valoración Geriátrica Integral

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.

1.1. INTRODUCCIÓN.

La aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de “Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia”, conocida socialmente como “Ley de Dependencia”, marca un nuevo escenario en la concepción y articulación de los derechos de los ciudadanos dependientes y de sus familiares, así como de los propios servicios sociales ofertados por las distintas administraciones competentes en su prestación, convirtiéndose en lo que muchos ya reconocen como el cuarto pilar del Estado de Bienestar (Montalba, 2013).

La conocida Ley, surge tras la detección unánime, por parte de todos los actores sociales implicados en su desarrollo, de unas necesidades prioritarias, condicionadas por factores como el envejecimiento de la población, el cambio de la estructura familiar o la incorporación de la mujer al trabajo (Agencia de Evaluación y Calidad, 2009), para las que el Estado de Bienestar debe proporcionar soluciones concretas que posibiliten la consecución de tres objetivos fundamentales que, a modo de guía, podrían resumirse en:

- La promoción de la autonomía personal.
- La prevención de la dependencia.
- La atención y el cuidado adecuado de las personas dependientes, facilitando los recursos más idóneos para cada situación.

Diferentes razones han contribuido a que el arranque de la Ley haya sido controvertido y desigual (Guzmán, Moscoso & Toboso, 2010). A través de las diferentes Administraciones con competencias en el tema, la Ley de Dependencia, ha sido foro de un duro y arduo debate a nivel político sobre: datos de aplicación, solicitudes baremadas, prestaciones reconocidas, tiempos de espera y un sinnúmero de aspectos sobre el desarrollo y sobre el importe total y la proporción de los recursos destinados por cada una a su consecución.

Dejando a un lado las razones políticas que han convertido a esta Ley en un asunto mediático de primera índole, todos los agentes sociales que han contribuido a su gestación y articulación, destacan la relevancia de un asunto, “la dependencia”. Un concepto que incide sobre un elevado número de personas con un gran impacto en su vida diaria. Consecuentemente, se produce una gran incidencia en sus cuidadores familiares y una elevada repercusión económica y social de una importante magnitud para el resto de la sociedad y el conjunto del Estado, más si cabe, en la situación actual de crisis económica en la que debe revisarse la eficiencia de todos los servicios públicos.

El propio desarrollo de la Ley en estos años, está evidenciando numerosas características y variables sociales que describen la configuración de un estrato importante de la población. Algunas de las características detectadas, coinciden con las estimaciones previas que se formularon, como los grupos de edad y sexo más afectados por la dependencia o los tipos de familia de la que forman parte los dependientes; pero se están observando también, desviaciones en tendencias que no se habían previsto, entre las que destaca el número global de dependientes, que sobrepasan todas las estimaciones contempladas para el desarrollo de la Ley o los resultados comparados a nivel internacional (López, 2011). Éstas y otras situaciones podrían suponer la base para amplios estudios sociales (Rivero & Salvá, 2011) como: la diferencia en el número de dependientes entre Comunidades Autónomas con extractos poblacionales similares o el tipo de programa o ayuda más solicitada por los solicitantes y sus familias. Así, se podría detectar que situaciones que se contemplaban como extraordinarias en la Ley, como las relativas a las prestaciones económicas, son las más demandadas por los dependientes y a su vez, las más reconocidas por algunas administraciones, superando lo inicialmente previsto y desvirtuando el espíritu de la propia Ley, que era eminentemente de servicios, pretendiendo cubrir la necesidad detectada, a la vez que ofrecer una ayuda efectiva a los cuidadores, descargándolos de sus contribuciones (Escudero, 2007).

Abundando en el punto anterior y una vez superadas las primeras cuestiones políticas y los tiempos de transición establecidos por cada gobierno regional, no parecen justificadas diferencias tan notables en aspectos que no deberían ser más que un reflejo de diferentes variables de la sociedad en la que se producen y que en las distintas estadísticas poblacionales nacionales no se reflejan

con esa intensidad. Esta situación puede denotar distintas interpretaciones en la aplicación de la Ley, con un impacto importante a nivel socioeconómico, por el consumo de recursos; y a nivel individual, por los resultados de las valoraciones y los consecuentes programas implementados. Por ilustrar algunos datos que reflejan las diferencias:

Tomando como referencia las estadísticas periódicas realizadas por el IMSERSO¹, los datos publicados con fecha 31 de diciembre de 2013 en relación al seguimiento de diversas variables de la aplicación de la Ley de Dependencia, muestran diferencias muy significativas en determinados aspectos entre las Comunidades Autónomas. Así, podemos destacar diferencias importantes en cuanto a:

- Número de solicitudes presentadas respecto a la población total de la Autonomía. La media nacional supone el 3,49%, mientras que la media de la Región de Murcia es del 5,34% (prácticamente 2 puntos porcentuales superior a la nacional) y la de Andalucía o la de La Rioja superan el 4,40% de solicitudes respecto a la población total de la Autonomía. La situación inversa se aprecia en las Islas Canarias, donde el porcentaje es inferior al 2%, y en la Comunidad Valenciana o en las Islas Baleares, donde no alcanza el 2,2% de la población total. Esa diferencia en la proporción no se justifica, a priori, con variables sociodemográficas.

- Porcentaje de resoluciones Grado III respecto al total de dictámenes en cada Autonomía. La media nacional es de 24,39%, superada por comunidades como Galicia o la Región de Murcia, que superan el 31% o Canarias, con un porcentaje del 40,64%. En otras comunidades como Navarra, el porcentaje de resoluciones de Grado III, es del 19,02%. De nuevo, la variable analizada, el grado de dependencia otorgado a los solicitantes, debería presentar una mayor homogeneidad en poblaciones muy próximas y con unas

¹ Mensualmente el Área de Estadísticas y Evaluación de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación del IMSERSO, publica un histórico con determinadas variables en el seguimiento de aplicación de la Ley de Dependencia que permite realizar una comparación entre las diferentes Comunidades Autónomas.

características sociodemográficas similares, que han comenzado a implantar la Ley y los reconocimientos de forma prácticamente simultánea.

- Otros datos relevantes de esa heterogeneidad en la resolución de expedientes entre comunidades autónomas lo marcan las personas beneficiarias con derecho a prestación², cuya media nacional alcanza el 61,71%, encontrando los extremos por superar la media en Canarias, con un porcentaje del 82,14%, y la Región de Murcia o Galicia que superan el 70%. El polo opuesto, con un porcentaje notablemente inferior a la media nacional de personas con derecho a prestación lo representa La Rioja, donde el porcentaje supone el 51,16% o Ceuta y Melilla donde el porcentaje no alcanza el 53%.
- En este mismo sentido, las personas que una vez valoradas no presentan ningún Grado de dependencia suponen a nivel nacional el 18,80%. En Comunidades como Madrid, La Rioja o Asturias, el porcentaje supera el 24,5%, mientras que en Canarias o Murcia, el porcentaje de solicitantes clasificados sin grado, no alcanza el 9%.

No siendo objeto de este estudio identificar las causas que expliquen algunas de las desviaciones descritas, se pretende poner en relevancia unas diferencias muy importantes en resultados que deberían seguir unas tendencias similares, al aplicarse unas herramientas de valoración y unos procesos de reconocimiento semejantes, y no existir, a priori, características en esas poblaciones que expliquen algunos de los resultados.

² El Real Decreto Ley 20/2011, de 30 de diciembre, introduce modificaciones en la disposición final primera de la Ley de Dependencia, incluyendo como beneficiarios a los clasificados hasta grado I nivel II y que contaran con un Programa Individual de Atención aprobado.

1.1.1. La Ley y las Residencias.

Una situación que se viene detectando en estos primeros años de puesta en marcha de la Ley, convirtiéndose en el eje central del presente estudio de investigación, es la distorsión inicial que se aprecia entre algunos de los resultados obtenidos en cuanto al grado de dependencia reconocido con la aplicación del baremo propuesto por la Ley, del obtenido por la aplicación de las múltiples herramientas multidisciplinares, de reconocida validez internacional, empleadas en las Residencias de Mayores de la Comunidad de Madrid. Previamente al estudio concreto de los datos objetivos, se ha observado con relativa frecuencia el ingreso de adjudicatarios de la Ley, catalogados en los máximos grados de dependencia, que en las Residencias son clasificados en grupos de dependientes leves o moderados, e incluso, en grupos de residentes autónomos.

Numerosos factores pueden incidir en esa posible distorsión de los datos obtenidos con la aplicación del baremo propuesto por la Ley y los derivados de la valoración multidisciplinar llevada a cabo en las Residencias de Mayores, a saber:

- El entorno en el que se lleva a cabo la valoración: el domicilio del solicitante, con las connotaciones por un lado de presión que puede suponer para el evaluador y por otro, de familiaridad para el solicitante al encontrarse en su medio, lo que marca una situación potencialmente dominante para él.
- El perfil profesional de los equipos de valoración. Cada Comunidad Autónoma ha establecido diferentes perfiles profesionales para la composición de los equipos de valoración. Los objetivos de valoración y atención de cada disciplina, si bien son complementarios, se dirigen a esferas distintas de la vida de las personas, dirigiendo consecuentemente en uno u otro sentido la valoración. De ahí la importancia de establecer valoraciones abiertas multidisciplinares (López, 2011).
- La inadecuación o falta de especificidad del instrumento para valorar la dependencia en personas que residan en un centro de cuidados especializados. El baremo contempla al individuo en su

entorno habitual, donde debe desarrollar una serie de habilidades y destrezas para la satisfacción de actividades que en este tipo de Centros le son ofertadas implícitamente.

- La simulación por parte del solicitante de una mayor situación de dependencia de la real para la obtención de los recursos contemplados en la Ley, ya que en los primeros años solo son de aplicación a los grados más elevados de dependencia. En este sentido, también se observa la opción de que el solicitante esté inmerso en determinadas situaciones sociofamiliares que precipiten la necesidad de un recurso.
- La implantación de la propia Ley, modificando los criterios de acceso existentes previamente para este tipo de recursos y contemplando un derecho subjetivo, que en algunos casos, puede llegar a acelerar, o al menos, modificar los tiempos manejados anteriormente por los ciudadanos al planificar la entrada de un mayor en la residencia.

En los centros propios del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid, en los que se circunscribirá la investigación, tras convertirse el Sistema de Atención a la Dependencia en la puerta de entrada de los usuarios dependientes de las Residencias de Mayores, se han evidenciado algunas situaciones de desequilibrio entre el grado reconocido tras la valoración y aplicación del baremo, y el grado de dependencia real, relacionado con la necesidad de cuidados requeridos en la institución. Esta clasificación se obtiene tras la realización de la valoración geriátrica integral y la utilización de los procedimientos, escalas e instrumentos de valoración empleados por los distintos profesionales que integran los equipos interdisciplinarios de atención de los centros. Todos estos elementos cuentan con una validación internacional y amplio reconocimiento técnico-profesional en el ámbito clínico.

Esta situación añade a los evidentes problemas de ineficiencia del sistema, generados por la potencial asignación errónea de un recurso público, problemas en la satisfacción y calidad de vida de los nuevos usuarios, al ser ingresados en centros con elevados niveles de dependencia, en los que la planificación del servicio y de los cuidados se diseña para residentes dependientes, con el lógico incumplimiento de las expectativas de los usuarios incorrectamente clasificados.

A su vez, la interrelación muy próxima entre personas autónomas y personas con importantes deterioros, especialmente en la esfera cognitiva, se presume compleja y generadora de tensiones y dificultades de convivencia.

En las Residencias pertenecientes al Servicio Regional de Bienestar Social, se emplean varias escalas de valoración que complementan la propia valoración multidisciplinar. Se utiliza también un instrumento para la clasificación de los residentes (Clasificación Funcional del Residente. CFR), basado en el RAI-NH y en los grupos RUG III, cuya eficacia en la clasificación de usuarios de centros de cuidados crónicos y en la codificación de la dependencia funcional está demostrada, siendo la herramienta utilizada en este tipo de instituciones en EEUU y otros países europeos (García & Tomás, 2006). Estos sistemas incluyen variables clínicas, funcionales y de necesidad de tratamientos especiales, lo que los convierte en instrumentos interesantes para describir la población atendida e incluso para establecer criterios de admisión y de administración de recursos (Solano, Baztán, Hornillos, Carbonell & Tardón, 2001).

De los resultados obtenidos en un proyecto previo que se presentó como trabajo fin de máster, centrado en describir la idoneidad del baremo de valoración de la situación de dependencia para el ingreso en una Residencia de Mayores de la Comunidad de Madrid, se desprendía una situación en la que prácticamente un cuarto de los residentes ingresados en el período de estudio, valorados como máximos dependientes según el baremo propuesto por la Ley, fueron clasificados como autónomos o dependientes leves por las herramientas empleadas en los centros. La limitación de la muestra y del centro de estudio, si bien no permite una generalización de los resultados, evidencia una distorsión producida en la clasificación de los niveles de dependencia con los que ingresaron en la residencia, convirtiéndose en el tema que centra el primer objetivo del presente estudio de investigación.

La investigación pretende superar la simple comparación de escalas de valoración de la dependencia, analizando las principales causas que han desencadenado el ingreso de personas con menores niveles de dependencia en plazas destinadas a residentes dependientes, describiendo a su vez, el nuevo perfil social de los usuarios de las Residencias tras la aplicación de la nueva Ley, contrastando su incidencia y la repercusión social al respecto. También será objeto

del trabajo conocer el impacto que supone la institucionalización en estos sujetos que presentan distorsión en los resultados de la valoración.

1.1.2. Los lenguajes enfermeros como herramienta de análisis.

En el escenario descrito en el punto anterior, se hace especialmente relevante disponer de herramientas que superen el alcance de los propios sistemas de valoración empleados, complementando el nivel de clasificación de la dependencia, con la ayuda y cuidados prestados a cada sujeto, poniendo de relieve las necesidades reales y las formas de satisfacerlas. Esa necesidad de ayuda, se sitúa en el centro de la misión de la disciplina enfermera, y de una forma predominante, en el tipo de centros sobre los que se circunscribe el estudio, destinados al cuidado prolongado de personas con distintas necesidades de atención. Esta circunstancia confiere un especial valor a los cuidados, intervenciones y problemas gestionados desde la Enfermería, posicionándolos en elementos, que se prevén como potenciales descriptores de la necesidad de ayuda en las situaciones de dependencia.

En los últimos años se está desarrollando una profunda investigación en la metodología y lenguajes enfermeros, como elementos sustanciales en el avance de la propia ciencia enfermera y, consecuentemente, en los cuidados y su repercusión en las personas tratadas por estos profesionales.

La necesidad de estandarizar lenguajes y homogeneizar “las formas de hacer” y las conceptualizaciones, hacen necesario el desarrollo de proyectos que indaguen y sistematicen los avances y los logros alcanzados por los investigadores enfermeros en este ámbito.

La investigación en validación de diagnósticos de enfermería y en la propia taxonomía que los ordena, se está llevando a cabo con la participación de numerosos profesionales y expertos, con una amplia producción de documentación científica (Guirao, Moreno & Martínez del Campo, 2000; Frias et al., 2005), alcanzando a los problemas que valora y trata la enfermería, así como, a los resultados y a las intervenciones con los que la disciplina pretende dar respuesta a los mismos (Carrillo, 2007).

Los lenguajes estandarizados de enfermería son necesarios para alcanzar la calidad en los cuidados de enfermería, al incorporar los tres elementos que se

consideran imprescindibles para un Conjunto Mínimo de Datos de Enfermería, basar la práctica en la evidencia científica y permitir el tratamiento informático, y con ello, el seguimiento y explotación de los resultados obtenidos con la práctica (Lunney et al., 2011).

El empleo de Historias Clínicas Informatizadas en los centros en los que se realizará el estudio, con módulos específicos de enfermería, y la magnitud y relevancia de los cuidados enfermeros en la atención a la dependencia en mayores, se convierten en un condicionante para la investigación específica en los problemas más prevalentes que está diagnosticando la enfermería en este entorno, especialmente en el ámbito de la capacidad funcional, las actividades básicas de la vida diaria y el autocuidado de los mayores. La investigación permitirá profundizar en la conceptualización y codificación que realizan de esos problemas, en la capacidad predictiva de alguna de las etiquetas diagnósticas de riesgo y en la propia eficacia de la detección e identificación de situaciones concretas sobre el resultado del plan de cuidados individualizados.

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

El presente estudio surge de la revisión de los resultados obtenidos por el investigador en un estudio previo limitado a una Residencia de Mayores, en el que se observaron discrepancias importantes en la clasificación del nivel de dependencia en más de un 25% del total de los sujetos estudiados (Álvarez, Hernández, Galán & Echevarría, 2014).

Los datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en enero de 2014, relativos al cierre del sexto ejercicio anual tras la entrada en vigor de la Ley de Dependencia, indican que hasta 31 de diciembre de 2013 las prestaciones directas en Atención Residencial asignadas a través de la Ley ascendían a 130.424, y las Prestaciones Económicas vinculadas a servicio ascendían a 72.029, suponiendo entre ambas más del 25% del total de las prestaciones reconocidas.

Esta magnitud, a solo seis años de la puesta en marcha de la Ley, si bien incluye otras modalidades de atención residencial a discapacitados psíquicos y físicos y a enfermos mentales, da idea de la importancia que suponen, como recurso especializado, las Residencias de Mayores en el cuidado a los mayores

dependientes. La proyección al futuro, según todas las estimaciones, parece indicar que esta proporción irá aumentando progresivamente, al estar claramente relacionados la dependencia, con el envejecimiento secundario al aumento de la esperanza de vida. En esa misma estadística se constata que un 73,25% de las personas con alguna prestación reconocida por la Ley de dependencia, son mayores de 65 años³.

Reconociendo que las Residencias de Mayores cumplen una función social imprescindible y que se ajustan a un perfil de usuario concreto, cabe destacar que en la Encuesta de Personas Mayores 2010⁴, el 87,3% de los mismos prefieren vivir en sus domicilios, aunque sea solos, por lo que el recurso "Residencia" debería contemplarse como el más apropiado para los máximos grados de dependencia recogidos en la Ley, complementados con la problemática específica de cada persona, cuando no pueda asegurarse el cuidado adecuado en el entorno del individuo o con otro de los recursos disponibles.

Esta situación obliga a que los mecanismos para la valoración y clasificación de la situación de dependencia presenten la máxima fiabilidad y sensibilidad, detectando claramente las necesidades de ayuda de la persona y dirigiendo al Programa Individual de Atención (PIA) que más se ajuste a esas necesidades, y que en lógica, contribuya al máximo bienestar del individuo dependiente y de su entorno social, desde el prisma de la gestión más eficiente de los recursos. El mayor conocimiento de la sociedad y del objeto de atención de las residencias, contribuirá a realizar un ajuste cuantitativo y cualitativo de las estructuras residenciales, adaptándose a las características de los mayores, especialmente a su grado de dependencia y a sus expectativas (Urteaga, 2012).

Desde ese enfoque, se considera importante conocer la aplicabilidad real del baremo de valoración de la dependencia, o más bien, de los resultados que ofrece en la realidad de los centros residenciales. Sería lógico que el recurso ofertado se ajuste a la necesidad real de la persona y por tanto, que los sistemas de

³ Datos del informe mensual elaborado por el IMSERSO sobre el Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia, relativos a 31 de diciembre de 2013. http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im_082047.pdf

⁴ Encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. IMSERSO.

adjudicación de esos recursos contemplen las auténticas necesidades de asistencia y el mayor ajuste del binomio necesidad-recurso.

En caso de detectar de forma objetiva distorsiones importantes en la valoración del nivel de dependencia de los ingresados en la Residencias tras la aplicación de la Ley, sería imprescindible investigar las causas que han incidido en esa distorsión, para instaurar, en su caso, los mecanismos que las pudieran limitar o al menos ponerlas de manifiesto, favoreciendo la eficiencia del sistema y la adecuada utilización de los servicios ofertados.

A su vez, siendo uno de los objetivos de la Ley, y de la propia filosofía de los Centros de Atención a Mayores, el mantenimiento del mayor grado de autonomía de la persona, es importante conocer la evolución del grado de dependencia tras la institucionalización, analizando los cambios que se hayan podido producir, positivos o negativos, desde el ingreso de la persona en la institución y la implementación de un plan de cuidados individualizado. Para la consecución de este objetivo se requiere que la valoración inicial de necesidades, como proceso básico sobre el que pivotan el resto de los procesos de carácter asistencial, se ajuste al máximo a la realidad del residente, siendo un referente sobre el que planificar la atención y comparar los resultados que se vayan obteniendo.

Se ha considerado, como criterio importante en la justificación, que con la adecuación máxima entre las necesidades reales de cuidados de los solicitantes y los recursos y servicios asignados, se logrará satisfacer al máximo las expectativas de los ingresados en las residencias, reduciendo algunas situaciones de insatisfacción detectadas, relacionadas en gran medida con la falta de ajuste entre el recurso y la necesidad de atención de la persona.

Como se mencionaba anteriormente, al convertirse las Residencias de Mayores en el recurso contemplado para los mayores grados de dependencia, el ingreso de un usuario con niveles mínimos de dependencia puede generar problemas de convivencia, inadecuación del servicio al residente, impacto excesivo de la institucionalización, limitación de las posibilidades de autonomía de la persona, formación de guetos y toda una serie de dificultades que determinan, en numerosos casos, una insatisfacción con una gran limitación en las posibilidades de mejora. La lógica evolución de estos centros para atender adecuadamente a un perfil de residentes dependientes reduce aspectos que se

contemplaban cuando los mismos presentaban un marcado carácter hostelero, idóneo para la atención de residentes “válidos⁵”, con programas dirigidos hacia objetivos e intervenciones con un mayor impacto en la esfera social, afectiva, educativa y de entretenimiento.

La investigación permitirá conocer la adecuación de la institución para el mantenimiento de la máxima autonomía personal o demostrar la idea generalizada de que la institucionalización, genera en sí misma una dependencia a los usuarios, al dirigir un cuidado paternalista que puede convertirse en un factor limitante en su participación en algunos aspectos del autocuidado. A su vez, se podrán valorar otros aspectos negativos y positivos del impacto de la institucionalización: conciencia de enfermo, individualismo, pérdida de relación con la realidad exterior, establecimiento de clases sociales internas, etc. (IMSERSO, 2006a).

El resultado de la investigación también mostrará el potencial impacto de los diagnósticos de enfermería en la planificación y prestación de los cuidados, y por ende, en la mejora de la calidad de la atención prestada, ajustándola a las necesidades reales de los individuos. Cabe destacar que la propia normativa estatal exige, a través del Real Decreto 1093/2010⁶, el empleo de los lenguajes enfermeros estandarizados, dentro del conjunto mínimo de datos de los informes clínicos, por lo que la investigación permitirá identificar su empleo y el cumplimiento legislativo.

⁵ El término “válidos”, actualmente en desuso, se empleaba para denominar a los residentes autónomos que no precisaban ayuda en el cuidado de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, empleándose también para la clasificación de las plazas residenciales.

⁶ RD 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. En los apartados de informe de cuidados de enfermería y de Historia clínica resumida, se regula explícitamente el empleo de Diagnósticos, Intervenciones y Objetivos de Enfermería.

CAPÍTULO II: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

El presente estudio pretende investigar sobre determinados aspectos de gran relevancia social relacionados con el nuevo derecho subjetivo reconocido por la Ley de Dependencia, los nuevos criterios de valoración y asignación de recursos recogidos en la misma y la influencia que el desarrollo de la propia Ley está provocando en el perfil del mayor que ingresa en un recurso como la Residencia, analizando aspectos relacionados con la institucionalización en los centros residenciales, los tipos de familia y de relaciones informales y consecuentemente, la valoración de la dependencia y la adecuación de este recurso para la atención a los cientos de miles de ciudadanos a los que se les ha concedido como Programa de Intervención Individual (PIA)⁷, una Residencia de Mayores, contemplado como el recurso de mayor protección de entre los ofertados por el sistema.

En primer lugar y tras haber detectado posibles diferencias en la graduación y codificación de la situación de dependencia en un porcentaje considerable de los adjudicatarios de las Residencias de Mayores de la Comunidad de Madrid, se pretende comparar los resultados obtenidos entre la aplicación del baremo indicado en la Ley y las herramientas que se manejan en los Centros propios de la Administración, una vez analizados y contrastados los elementos de valoración empleados.

Otro área fundamental de investigación que se desarrollará en este estudio, se circunscribirá al campo disciplinar de la ciencia enfermera, concretamente a los lenguajes enfermeros, dentro de los que los “Diagnósticos de enfermería”, por su aplicabilidad y repercusión en la dirección y medición del plan de atención de la

⁷ Programa Individual de Atención. Regulado en el artículo 29,1 de la Ley, es elaborado por los Servicios Sociales, en el marco del reconocimiento de la situación de dependencia, recogiendo las modalidades de intervención más adecuadas en función de los recursos disponibles para el grado establecido. La persona dependiente o sus familiares serán consultados previamente a la aprobación del PIA.

persona, suponen un elemento trascendental cuya estandarización puede revertir en la calidad de la atención prestada y en la evaluación de la eficacia de las intervenciones enfermeras, posibilitando por tanto, la investigación, la gestión y el avance de los cuidados enfermeros en el ámbito de la atención a las personas mayores. En el estudio sobre diagnósticos de enfermería se focaliza especialmente en aquellas etiquetas diagnósticas relacionadas potencialmente con la dependencia y con algunos indicadores clave en la atención gerontológica, como las caídas o las úlceras por presión.

Por último, se realizará un seguimiento de la cohorte a lo largo del primer año de institucionalización para conocer el impacto de ésta, en el nivel de dependencia de los sujetos, permitiendo aflorar los discursos personales de los participantes, en una fase cualitativa del estudio.

2.1.1. Hipótesis Generales

Como se describía en la introducción, entre las **hipótesis** de partida que se manejan y que podrían incidir en la aparición de distorsiones en las valoraciones, se encuentran:

1. Existe un porcentaje importante de mayores ingresados en las Residencias de Mayores del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid tras la aplicación del Baremo para Valoración de la Situación de Dependencia, cuyo nivel de dependencia funcional no se ajusta al obtenido con los sistemas de valoración habituales empleados por los profesionales en los centros.
2. El Baremo para la Valoración de la situación de Dependencia contemplado en la Ley presenta una falta de especificidad para determinar el grado de dependencia en numerosos usuarios de Residencias de Mayores para dependientes, por las características de cuidado implícitas de estas instituciones.

3. Existen otras variables ajenas al propio Baremo de Valoración de Dependencia, de marcado componente social, que presumiblemente influyen en el resultado otorgado por el mismo y en el grado de dependencia reconocido por la Ley.
4. La nueva regulación de los criterios de acceso y de los derechos recogidos en la Ley, contribuyen a un cambio en el perfil de usuario y familiar de Residencias para Personas Mayores, añadido a los cambios sociales cuya incidencia en la institucionalización del mayor dependiente, se venían observando en las dos últimas décadas.
5. Los diagnósticos de enfermería relativos al déficit de autocuidado y los que contemplan directamente problemas relacionados con las Actividades Básicas de la Vida Diaria, como juicios clínicos emitidos por los profesionales del cuidado, se comportan como elementos complementarios en la identificación de la situación de dependencia funcional de los mayores, desde una perspectiva enfermera.
6. Determinados diagnósticos de enfermería de riesgo, en ámbitos de la piel o de la seguridad de la persona, pueden ser eficaces como elementos predictores de problemas, conduciendo su identificación, a una mayor especificación en los cuidados planificados.
7. Los grandes grupos de procesos patológicos relacionados con alteraciones cognitivas, alteraciones visuales y degeneraciones articulares, inciden sobre el grado de dependencia de la persona.
8. La institucionalización no supone, per sé, un elemento que incremente de forma global el nivel de dependencia funcional y psíquico de los residentes, tras el primer año de ingreso en el centro.

9. La distorsión en la clasificación del grado de dependencia en aquellos residentes con un grado real menor al reconocido, incide negativamente en la calidad de vida percibida.

2.1.2. Objetivos del estudio.

1. Describir los resultados obtenidos sobre el grado de dependencia y la clasificación funcional de los usuarios ingresados en las Residencias de Mayores del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2012.
2. Comparar y Analizar los resultados obtenidos en la clasificación del nivel de dependencia tras la aplicación del Baremo de Valoración de la Situación de Dependencia con los alcanzados tras la aplicación de otros dos sistemas de valoración de dependencia empleados en las Residencias de Mayores del SRBS
 - 2.1. El Índice de Barthel.
 - 2.2. El Instrumento de Clasificación Funcional del Residente.
3. Describir el perfil sociocultural de los residentes ingresados entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2012, analizando su potencial relación con los niveles de dependencia.
4. Describir el impacto de procesos patológicos degenerativos en el nivel de dependencia de los residentes:
 - 4.1. Describir la prevalencia de las principales patologías generadoras de dependencia.

- 4.2. Analizar la relación entre los grupos patológicos seleccionados, con el grado de dependencia obtenido en cada instrumento de valoración.
5. Describir las respuestas al estado de salud de los residentes ingresados durante el periodo de estudio, a través de los diagnósticos de enfermería identificados.
 - 5.1. Describir los principales problemas diagnosticados durante el primer año de ingreso de cada residente, la prevalencia de diagnósticos de enfermería y los patrones más afectados según el perfil de residente:
 - 5.1.1. Residentes que ingresan como autónomos.
 - 5.1.2. Residentes que ingresan como dependientes en cualquier grado.
 - 5.2. Comprobar el comportamiento de los diagnósticos de enfermería de déficit de autocuidado y los que describen problemas directos en el desarrollo de alguna Actividad Básica de la Vida Diaria, en relación al nivel de dependencia establecido por los diferentes instrumentos de valoración empleados.
 - 5.3. Analizar el comportamiento del diagnóstico de enfermería "Riesgo de caída", comparándolo con los resultados obtenidos en la escala de Tinetti.
 - 5.3.1. Comprobar las diferencias en los resultados de episodios de caída reales sufridos por los residentes durante el primer año de ingreso, relacionados con la identificación o no, de la etiqueta diagnóstica al ingreso.

- 5.3.2. Conocer el impacto de la identificación del diagnóstico de enfermería "Riesgo de caídas" en los cuidados planificados en transferencias, deambulación y seguridad.
- 5.4. Analizar el comportamiento del diagnóstico de enfermería "Riesgo de alteración de la integridad cutánea", comparándolo con los resultados obtenidos en el escala de Norton.
 - 5.4.1. Comprobar las diferencias en los resultados de "úlceras por presión establecidas" sufridos por los residentes durante el primer año de ingreso, relacionados con la identificación o no, de la etiqueta diagnóstica al ingreso.
 - 5.4.2. Conocer el potencial impacto de la identificación del diagnóstico de enfermería "Riesgo de alteración de la integridad cutánea" en los cuidados planificados en la prevención de úlceras por presión.
6. Conocer la repercusión de la institucionalización en el nivel de dependencia de los nuevos residentes al año del ingreso.
 - 6.1. Conocer la evolución del nivel de dependencia obtenida con la aplicación del Instrumento de Clasificación Funcional del Residente a los seis meses y al año del ingreso.
 - 6.2. Conocer la evolución del nivel de dependencia funcional obtenida con la aplicación del Índice de Barthel al año del ingreso.
7. Analizar, desde una perspectiva cualitativa, el perfil de los nuevos usuarios que han accedido durante el tiempo de estudio a una plaza residencial, en los que se ha observado una distorsión en los niveles de dependencia establecidos por los diferentes sistemas estudiados.

- 7.1. Explorar las causas o situaciones personales que han influido en el resultado de la valoración de dependencia.
- 7.2. Describir la experiencia personal del primer año de institucionalización en residentes cuya clasificación del grado de dependencia, no se ajusta totalmente a la valoración interna.

2.2. ESTADO DE LA CUESTIÓN: ESTUDIOS PREVIOS.

Aunque los estudios relacionados con la temática se desarrollarán en los capítulos que integran el marco conceptual y se irán referenciando a lo largo de todo el trabajo, especialmente al exponer las distintas herramientas de valoración de la dependencia, se ha considerado oportuno desarrollar esquemáticamente una aproximación al tema de estudio, con el objetivo de facilitar la situación y contextualización del problema de investigación, completando lo descrito en la introducción.

El escaso tiempo que ha transcurrido desde la entrada en vigor de la Ley de dependencia, y más específicamente del Baremo de Valoración de la situación de Dependencia (BVD) con el que se valora a todos los solicitantes, ha dificultado el desarrollo de estudios amplios y de alcance sobre los resultados del mismo y sobre su adecuación para la valoración de todas las situaciones de dependencia. También ha resultado complejo el análisis de la capacidad del BVD para la detección concreta, en función de la clasificación realizada al dependiente, del recurso más idóneo a sus necesidades. Cabe destacar, que el propio Baremo inicial contemplado por la Ley fue modificado en el año 2012, con objeto de facilitar la estandarización de su empleo y corregir algunas de las dificultades que se habían detectado en los primeros años de uso como sistema de valoración (Sánchez & Cobo, 2013), situación que complejiza más el desarrollo de estudios profundos de contrastación y limita el propio alcance de los resultados obtenidos.

En relación al estudio específico del sistema de valoración propuesto por la Ley, se han realizado algunas aproximaciones comparándolo con otras escalas previamente empleadas en distintas organizaciones. En Guipúzcoa, se analizaron los resultados ofrecidos por el BVD al contrastarlo con sus sistemas previos de valoración (Diputación Foral de Guipúzcoa, 2007). En el ámbito de las Residencias

de Mayores de la Comunidad de Madrid, se realizó un estudio comparando el BVD con otros dos sistemas de valoración habituales en los centros (Álvarez et al., 2014), evidenciando diferencias considerables en las clasificaciones obtenidas. En dos estudios sobre pacientes mayores en tratamiento con hemodiálisis, se comparaban los resultados de la clasificación de dependencia obtenidos al emplear el BVD y otras herramientas de valoración manejadas con anterioridad en el ámbito clínico (Andreu, Moreno & Julve, 2010; Camps, Andreu, Colomer & Claramunt, 2009), mostrando diferentes realidades en cuanto a la mayor rigidez del BVD.

Las situaciones de incertidumbre al implementar las herramientas de valoración propuestas por las Leyes que regulan la atención a la dependencia, han tenido también como escenario otros países de nuestro entorno. En Alemania, tras la puesta en marcha de su Ley de dependencia y de un instrumento de clasificación similar al español, surgieron críticas de los profesionales cuestionando el motivo por el que no se habían tenido en cuenta las herramientas de valoración que se emplean habitualmente en la práctica geriátrica, en especial el Índice de Barthel, cuestionando la falta de validación del instrumento institucional (Puyol & Abellán, 2006). También se han desarrollado comparativas de los baremos para la determinación del grado de dependencia y asignación de recursos empleados en España, Alemania y Francia (Albarrán, Alonso & Bolancé, 2009). El baremo español resultó ser el más generoso, siendo el francés el más restrictivo, al no incluir la valoración explícita de las actividades domésticas.

Existen estudios específicos sobre las principales características de los sistemas de valoración de dependencia utilizados en las Residencias de Mayores de la Comunidad de Madrid que van a ser estudiados en el presente trabajo, especialmente sobre el Índice de Barthel, analizando criterios como su fiabilidad interobservador (Cabañero, Cabrero, Richart & Muñoz, 2008), su validez en la predicción de la mortalidad e institucionalización en pacientes geriátricos hospitalizados frente a otros instrumentos (Torres et al., 2009; Ceada, Rojas & Rodríguez, 2008), la capacidad predictiva en la valoración de pacientes con enfermedad vascular cerebral (Mirallas & Real, 2003), destacándose en la práctica totalidad de los estudios, la sencillez de la escala, su aplicabilidad y los resultados obtenidos.

Otros estudios han analizado la posible relación de algunos de los aspectos que integran los sistemas de valoración, con el objetivo de homogeneización y unificación de criterios y resultados. Rabuñal et al (2012), estudiaron la concordancia entre el Índice de Barthel y otros sistemas muy estandarizados en España, como el Índice de Katz y el Índice de Incapacidad Física de la Cruz Roja, mostrando unos resultados de concordancia alta. En un estudio anterior, Fontana, C. et al, analizando la concordancia entre los Índices de Barthel y Katz, concluyeron “...los índices de Katz y Barthel, no producen diferencias en la clasificación de la dependencia de las personas. Únicamente existe cierta discrepancia en la valoración del grado de continencia...” (Fontana, Estany, Pujol, Segarra & Jordán, 2002: 47-53). En otros estudios se ha pretendido validar escalas comparándolas con algunas similares, incluyendo el índice de Barthel, con objeto de facilitar instrumentos masivos de valoración que puedan ser utilizados por personal no especializado (Martínez et al., 2009).

Dentro de los estudios que se han analizado relacionados con la comparación de sistemas de valoración de Actividades Básicas de la Vida Diaria destaca, por su relevancia y alcance, el desarrollado por Miguel Querejeta en su obra: “Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación”, en la que describe el contenido de las principales herramientas de valoración de la dependencia, desarrollando un sistema propio de unificación a través de la clasificación de la discapacidad realizada por la OMS. El análisis que se presenta en la obra es descriptivo, mostrando los diferentes elementos cuantitativos y cualitativos que integran cada sistema de valoración, estableciendo un cuadro de concordancia de las categorías de dependencia de cada sistema, en función de la clasificación internacional realizada por la OMS (Querejeta, 2004b). El estudio no presenta un análisis estadístico de resultados, al no haberse desarrollado una investigación específica sobre una muestra, versando su relevancia en el contraste de los diversos instrumentos de valoración de la dependencia y en el establecimiento de un sistema de homogeneización de los mismos a partir de la clasificación propuesta por la OMS.

Otros estudios, desde un punto de vista más dirigido a la gestión y clasificación de usuarios, han relacionado incluso las dos herramientas que se emplean en la Residencias del Servicio Regional de Bienestar Social, con las que se comparará el Baremo de la Ley, pretendiendo observar la clasificación que se

obtendría con sistemas de valoración sencillos, como el Índice de Barthel o el Mini Examen cognoscitivo de Lobo, frente al empleo de herramientas más complejas y amplias como el RAI (Torramadés, Navarro & Fontanals, 2006). Dentro del ámbito de la gestión y de la clasificación de pacientes, se han desarrollado estudios sobre el RAI-NH y el sistema de clasificación RUG-III, herramientas empleadas en las Residencias de Mayores del SRBS que se desarrollarán posteriormente, comparándolas con otros sistemas de clasificación de pacientes como el sistema FMI⁸ (García & Tomás, 2006), o incluso analizando experiencias de su uso en unidades especializadas de psicogeriatría (Iglesias, Montiya, Erkoreka, Inda & Testera, 1999).

A pesar de la existencia de numerosos estudios sobre herramientas de valoración de la dependencia, bien sobre sus características, bien realizando contrastes entre dos o más sistemas, el presente estudio pretenderá mostrar la especificidad del instrumento por el que legalmente se valorará la situación de dependencia en España, detectando su eficacia en la clasificación y asignación del recurso residencial. Para realizar este análisis se comparará el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD), con las herramientas empleadas en las Residencias de Mayores de la Comunidad de Madrid para la valoración de la dependencia y para la planificación y seguimiento de los cuidados, lo que presupone unos estándares de adecuación a la realidad importantes, ya que por encima del resultado específico de la valoración, a través de estos instrumentos se planifican las intervenciones específicas de cuidado del residente, lo que denota un fiel reflejo de la realidad de la persona.

Como se ha destacado, un aspecto relevante del proyecto versará en el estudio de los Diagnósticos de Enfermería, cuya utilización residual hasta hace relativamente poco tiempo, no ha permitido en el ámbito de estudio, su estandarización como un instrumento de medición y análisis de la intervención enfermera. Desde enero de 2012, en las Residencias de Mayores del SRBS, la Historia de Enfermería incluida en la Historia Integral del Residente (HIRE), contempla los lenguajes enfermeros como parte imprescindible de la recogida de

⁸ FMI. Functional Independence Measure (Medida de Independencia Funcional). Instrumento creado para explicar las diferencias en las estancias medias de pacientes ingresados por rehabilitación, utilizado para la financiación de la misma en EEUU. Estudia la dependencia, situación motora y cognitiva.

datos y de la planificación de los cuidados. Actualmente se están llevando a cabo numerosas investigaciones sobre los lenguajes enfermeros, de aplicabilidad, validación o contraste con otras herramientas; suponiendo un avance importante para la disciplina enfermera y en la propia evolución y sistematización de los cuidados.

CAPÍTULO III: LA DEPENDENCIA

En los siguientes apartados se pretende contextualizar la dependencia como una realidad social que trasciende el problema individual de la persona, mostrando su significado y el reconocimiento social de la misma. Para este desarrollo del marco conceptual, se comenzará con un recorrido por el propio concepto de dependencia y discapacidad, con especial énfasis en los modelos sociales de interpretación y atención y en las clasificaciones desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud.

Del mismo modo, se desarrollará la evolución de la normativa más influyente en la actual Ley de Dependencia, y alguna otra norma cuya trascendencia en materias relacionadas con el reconocimiento de la dependencia o la adjudicación de recursos, se ha considerado importante por el impacto en la valoración y atención actuales a los dependientes.

Al circunscribir el estudio al colectivo de los mayores dependientes, se pretende describir la relación existente entre el envejecimiento y la aparición de situaciones de dependencia, con un repaso a diversas fuentes estadísticas que demuestran esta relación y la propia proyección social del fenómeno.

Para concluir el capítulo de conceptualización de la dependencia se describirán los principales apartados de la Ley 39/2006, introduciendo los principales derechos y posibilidades que ofrece a los ciudadanos y las formas de regularlos.

3.1. EVOLUCIÓN EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA HASTA LA LEY DE DEPENDENCIA.

Hasta la aprobación de la Ley de Dependencia, y en muchas ocasiones todavía en la actualidad, el servicio de cuidado y atención a las personas mayores dependientes ha sido desarrollado por la familia y en especial por la mujer en el seno de la misma, constituyendo toda una red informal de cuidados que ha dado

cobertura a esta necesidad a lo largo del tiempo, ampliamente estudiada por las diferentes disciplinas sociales (De la Fuente, 2009).

La continua evolución social, marcada por un lado por los cambios sociodemográficos, de entre los que el aumento de la esperanza de vida y el consecuente envejecimiento de la población ocupan un lugar de importancia social extraordinaria; y los cambios socioeconómicos, de los que destaca la incorporación de la mujer al mundo laboral remunerado extradomiciliario, han dificultado el mantenimiento de esa “red informal” de cuidado en niveles similares a los que se venía realizando. Ante esta situación se deben incorporar otra serie de servicios profesionales e institucionales, complementarios y/o sustitutivos de los informales, que garanticen la adecuada atención al dependiente y a sus necesidades, más cuando el colectivo de dependientes ha sufrido un crecimiento exponencial en las últimas décadas. Como señalaba Dolores Puga (2005), la dependencia se trata “*de un fenómeno de creciente visibilidad en la sociedad española, debido al fuerte envejecimiento demográfico...*”, también destaca la investigadora, que la dependencia “*no es únicamente un concepto médico, ni principalmente un problema de salud, sino sobre todo un problema social*”.

Modelos de diversidad.

El modo de entender la dependencia y más concretamente la discapacidad, así como la atención a la persona que la padece, ha ido pasando por diferentes momentos a lo largo de la historia. Pueden describirse varios modelos de discapacidad, denominados con terminología distinta en las publicaciones, pero coincidentes en su contenido, que explican la interpretación social de la discapacidad y por tanto, el abordaje social sobre la misma.

De entre la conceptualización de modelos que se ha revisado, resulta interesante la aproximación que aparece en el libro *El modelo de la diversidad*, en el que se distinguen básicamente tres modelos históricos (Palacios & Romañach, 2006):

Modelo de prescindencia. En este primer modelo, se considera que las causas de la discapacidad y de la diversidad funcional están basadas en un origen religioso, considerando a las personas con este tipo de diferencias, innecesarias

socialmente, bien por improductividad para la sociedad, bien por mostrar el resultado de un enfado de los dioses o incluso, porque al tratarse de vidas desgraciadas, no merecen la pena ser vividas.

La sociedad decide prescindir de estas personas dentro de un submodelo eugenésio, en el que se considera que tras la inconveniencia del nacimiento de niños con diversidad funcional, con la carga añadida que suponen, *“La solución adoptada por el submodelo bajo análisis fuera prescindir de las personas afectadas por una diversidad funcional, mediante el recurso a prácticas eugenésicas, como el infanticidio en el caso de niños y niñas”* (Palacios & Romañach, 2006: 41-42), o dentro de un submodelo de la marginación, *“personas insertas dentro del grupo de los pobres y los marginados y signadas por un destino marcado esencialmente por la exclusión”* (Palacios & Bariffi, 2007: 14-15), apartándolas, por tanto, al lugar correspondiente a anormales y pobres, recibiendo asistencia a través de la beneficencia y la caridad institucionalizada.

Modelo rehabilitador. Las causas que originan la discapacidad son ahora científicas, desvinculándolas de la etiología religiosa. La alusión a la diversidad funcional se hará en términos de salud y enfermedad. Las personas con diversidad funcional no son consideradas inútiles socialmente, en la medida de su potencial rehabilitación. El fin último es normalizar a la persona, evitando la diferencia o discapacidad, a través de la intervención interdisciplinar, cuyo éxito se valorará en función de las destrezas adquiridas por el individuo.

Dentro de las prácticas habituales de este modelo aparece plasmado el fenómeno que lo caracteriza: la Institucionalización. La mirada se centra en las actividades que la persona no puede hacer, surgiendo una actitud paternalista.

Dentro del paradigma de la rehabilitación podemos circunscribir el modelo médico, que *“pone el énfasis en la patología de la discapacidad, pretendiendo su erradicación mediante la prevención, la cura o el tratamiento”* (Díaz, 2009: 89). La persona requiere cuidados médicos y de otros profesionales, bajo formas de tratamiento individuales.

Modelo social o modelo de la diversidad funcional. Para este modelo, cuyo nacimiento se fundamenta en la negación de los anteriores, las causas

generadoras de la diversidad funcional no son divinas, ni científicas; sino que son eminentemente sociales. Las personas con una diferencia funcional pueden aportar a la sociedad de igual manera que las que no lo son, desde una valoración y reconocimiento de su diferencia. Quien hace discapacitada a la persona es el entorno, *“La discapacidad no es un atributo de la persona, sino el resultado de un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales están originadas o están agravadas por el entorno social. Por consiguiente la solución exige la acción social”*⁹. El modelo sitúa a la diversidad funcional como una construcción social que, como todas, surge en un contexto específico (De la Fuente, 2009).

La intervención no debe ser una rehabilitación individual sobre la persona, como abogaba el modelo anterior, sino una rehabilitación o normalización de la sociedad, de tal forma que se organice para contemplar y dar respuesta a las necesidades de todos. El modelo acentuó los derechos sociales y la desmedicalización y desinstitucionalización.

Obviando el primer modelo, superado prácticamente en nuestra sociedad, más si cabe en cuanto a la aceptación de la discapacidad en la vejez, es frecuente encontrar políticas e intervenciones basadas teórica e ideológicamente en los modelos rehabilitador y social, según se enfatice en la igualdad de las personas con discapacidad y sus derechos, o en la implementación de las medidas destinadas a su atención y tratamiento.

Actualmente, en la mayoría de países posindustriales predomina un modelo de integración de atención a la discapacidad con una tendencia a la universalización y con una relación de los componentes biológicos, sociales y personales de la discapacidad (Millán, 2011). Esta tendencia muestra la influencia sociopolítica y los efectos derivados de la misma, a pesar de que continúan perdurando numerosas influencias y elementos del modelo médico, que pueden percibirse en las Residencias de Mayores, en las que persiste una excesiva medicalización de la vida personal del individuo.

Evidentemente, el modelo o paradigma predominante incide de forma directa en el reconocimiento y en el ideario social, por lo que su conocimiento y contextualización resultan imprescindibles para conocer el modo en que la

⁹(Jiménez, 2007; citado en Díaz, 2009: 91)

sociedad va dirigir su atención sobre la discapacidad, marcando cualquier tipo de intervención social e institucional.

Los propios objetivos de la atención a los dependientes y discapacitados se ven influenciados por el modelo ideológico imperante, haciendo que predominen los objetivos curativos o de rehabilitación, o los objetivos de integración e igualdad social. En el siguiente apartado sobre la evolución de la normativa se podrá constatar parte del recorrido por el modelo de perfil más médico-rehabilitador, con legislación sobre los tratamientos, la rehabilitación y todos los recursos para la atención. También se presentará un recorrido más reciente por el modelo social, en el que la normativa reconoce e impulsa todos los derechos de igualdad e integración social de los discapacitados, sin abandonar, lógicamente, el cuidado y tratamiento del dependiente. En este ámbito, es un objetivo de la Ley el mantenimiento del dependiente en su entorno habitual, el mayor tiempo posible mientras las condiciones lo permiten, contemplando la institucionalización como el último recurso disponible y más especializado.

3.2. EVOLUCIÓN DE LA NORMATIVA ESPECÍFICA.

3.2.1. Legislación Estatal.

Aunque previamente a la promulgación de la Constitución Española de 1978 existían en España Servicios Sociales y Centros dedicados a la prestación de los mismos, con una normativa y legislación específica al respecto que se detallará en otro capítulo de este estudio, así como, legislación estatal relevante en la regulación de aspectos relacionados con la discapacidad o dependencia, como la Ley de Bases de la Seguridad Social¹⁰; tomaremos ese hito histórico como el comienzo de la revisión sobre la normativa relativa a los ciudadanos dependientes, especialmente la dedicada a las personas mayores, constituyendo la base sobre la que se fundamenta y apoya la legislación actual. Para comenzar el análisis se podrían señalar algunos artículos dentro de la Constitución Española

¹⁰ Ley 193/1963, de Bases de la Seguridad Social, que regula las situaciones de invalidez y gran invalidez.

de 1978, que hacen referencia, directa o indirectamente, a las personas con discapacidad o dependencia y a determinados aspectos que les pueden influir:

- Existen a este nivel varios artículos en la Constitución, dirigidos al reconocimiento de la igualdad, la dignidad o la falta de prevalencia de cualquier tipo de discriminación; todas ellas, situaciones que se pueden producir en varias esferas de la vida cotidiana de una persona dependiente.
- El artículo 41 contempla: *“los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad...”*.

Pero son dos artículos explícitamente los que se dirigen al reconocimiento de las dos realidades sobre las que centramos el estudio: la dependencia y los mayores (en el texto constitucional, la tercera edad):

- El artículo 49 indica que *“los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute que este Título otorga a todos los ciudadanos”*.
- En el Artículo 50 se contempla: *“los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”*.

Ambos artículos, a pesar de las más de tres décadas que han transcurrido desde la promulgación de la Constitución de 1978 y de la modificación de algunos de sus términos, mantienen su vigencia y una importancia social capital, más actualizada si cabe desde la entrada en vigor de la Ley de Dependencia.

En el artículo 49, se hace referencia explícita a la atención y oportunidades de igualdad de los discapacitados de cualquier etiología, no siendo específico para las personas mayores, pero relacionado con la discapacidad y la dependencia. Más bien podría destacarse que para el reconocimiento de algunas

de las situaciones planteadas para los discapacitados, se excluía de las mismas a los mayores, al contemplarse otra serie de recursos incompatibles en muchos casos (pensiones de jubilación o vejez) y dirigirse una parte de las prestaciones al ámbito de la edad “laboral” de la persona.

El artículo 50 está incluido en el capítulo III de los Principios rectores de la política social y económica. Prácticamente la totalidad de las Constituciones y Leyes Fundamentales de los países europeos incluyen en su articulado referencias a los ancianos o mayores. Algunas, al igual que en el caso de la española, presentan artículos en los que se referencia a los mayores directamente, y otras, como la Griega de 1975¹¹ o la Irlandesa de 1937¹², los incluyen dentro de los derechos y la atención a los grupos sociales más desfavorecidos.

El contenido del artículo 50 puede dividirse en dos fines fundamentales: la suficiencia económica de la tercera edad, conseguida a través de prestaciones monetarias de carácter periódico y vitalicio, las pensiones de vejez y de jubilación; y el bienestar del sector, que se procurará a través de servicios sociales.

Reconoce el artículo también las obligaciones familiares para con los mayores por parte de aquellas personas con los que les una determinados grados de parentesco. En todo caso, estas obligaciones familiares serían complementarias, exigiendo la Constitución a los poderes públicos, la instauración de servicios sociales independientemente de las mismas. Esos servicios sociales deben incluir, según el artículo, aspectos que posteriormente se han integrado en otras esferas de la Administración, como la vivienda o la salud, al haber restringido la magnitud de los servicios sociales estrictos (Aznar, 2001). A pesar del reconocimiento de estos derechos en la Constitución, el alcance y tratamiento de los mismos no alcanzaba a los de la salud, ya que los sociales no se garantizaban globalmente y dependían de leyes posteriores que desarrollaran los niveles de la Administración (Escudero, 2007).

¹¹ Artículo 21.3 de la Constitución Griega: “El Estado velará por la salud de los ciudadanos y adoptará medidas especiales para la protección de la juventud, de los ancianos, de los inválidos, así como para la asistencia a indigentes”.

¹² Artículo 45.4.1º de la Constitución Irlandesa: “EL Estado se compromete a salvaguardar con especial atención los intereses económicos de los sectores más débiles de la comunidad y cuando sea necesario a contribuir al apoyo a los enfermos, las viudas, los huérfanos y los ancianos”.

Otra norma de importante repercusión en el ámbito de la discapacidad, aunque excluye a los mayores, fue la Ley de Integración Social de los minusválidos¹³, en la que se regulaban aspectos sobre el diagnóstico y reconocimiento de la situación de minusválido, la rehabilitación, así como el desarrollo del sistema de prestaciones sociales y económicas. La Ley establece también las condiciones de la atención social y comienza a destacar los principios de regulación de la movilidad y de la supresión de las barreras arquitectónicas. Entre los servicios que contempla se encuentra los de “atención domiciliaria” y los de “residencia y hogares comunitarios”, éstos últimos, destinados a atender necesidades básicas de minusválidos sin familia o con problemas de integración familiar (García, 2009).

Con el desarrollo de la Ley anterior surge el Real Decreto (RD) 2274/1985, de 4 de diciembre, por el que se regulan los Centros ocupacionales para minusválidos. En su articulado se desarrollan los aspectos exigibles a estos centros, los destinatarios de los mismos y la tipología de centro: especializado, de empleo y de educación. Cabe mencionar que el RD, incorpora el grado de minusvalía para la que van dirigida los centros, matizando que esa minusvalía es la que no permite su incorporación en una empresa o en un centro especial de empleo. El RD excluye de nuevo a los mayores¹⁴, pero consideramos importante por su relación con el presente trabajo, que para su valoración y clasificación se contempla la actuación de un equipo multiprofesional que emitirá una resolución motivada de la necesidad, situación similar al reconocimiento de la situación de dependencia y del programa individual de atención reconocidos por la Ley actual.

Otra norma que se ha querido incluir en este análisis, aunque a priori podría parecer limitada en su aplicación, es la Orden de 7 de julio de 1989 del Ministerio de Asuntos Sociales por la que se regula la acción concertada del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSS) en materia de reserva y ocupación

¹³ Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos. BOE nº. 103

¹⁴ El artículo 10 del RD 2274/1985, regula los requisitos para el acceso de los minusválidos al centro ocupacional, refiriendo el apartado a). Estar en edad laboral. Por este motivo, superar los 65 años imposibilitaría el acceso a este tipo de centros.

de plazas en centros residenciales para tercera edad y minusválidos. Destaca ya en su segundo artículo, que la prioridad de los conciertos de plazas, serán los destinados a la atención a las personas de estos colectivos *“con graves afectaciones físicas, psíquicas o sensoriales que les impidan realizar los actos elementales de la vida diaria y necesiten ayuda de una tercera persona”*. Continúa el Decreto definiendo las características de los centros que se van a concertar, describiendo los servicios de los que deben disponer en todo caso (alojamiento, manutención, enfermería, lavandería, habitaciones y cualquier otro necesario para el bienestar). Esos aspectos han regulado posteriormente las tipologías de plazas residenciales. Es especialmente relevante un aspecto que acababa con la estigmatización previa de la atención a estos colectivos, al manifestar explícitamente en su artículo 3, que la ubicación de los centros estará preferiblemente en el interior de los núcleos urbanos, situación que pretende acabar con el aislamiento frecuente que se producía anteriormente.

Tras veinte años desde la entrada en vigor de la Ley de Integración Social, se promulga la Ley 51/2003, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, destinada a evitar las desventajas secundarias a la discapacidad, promoviendo una vida independiente y normalizada para los discapacitados (García, 2009). Puede observarse como a la evolución terminológica le acompaña una nueva orientación y visión de la discapacidad, que trasciende el enfoque médico, para convertirla en un fenómeno social.

En el marco de las prestaciones específicas de la Seguridad Social también se fue avanzando con anterioridad a la Ley de Dependencia. Así, el RD 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, establecía un procedimiento de valoración para el reconocimiento de prestaciones de discapacidad, a las que accedían las personas con una discapacidad superior al 75% y más de 15 puntos en el baremo de ayuda de tercera persona (Rivero & Salvá, 2011). En esa norma, al describir el grado de discapacidad muy grave, incluye a personas cuyas secuelas por las deficiencias, les imposibilitan la realización de las actividades de la vida diaria, elemento que se incorporará en las definiciones de dependencia (Querejeta, 2004a).

Una norma que comienza a regular la atención informal a los dependientes, es la Ley de Conciliación de la Vida Laboral y Familiar¹⁵, que incorpora medidas para facilitar a los trabajadores el cuidado informal de familiares dependientes, incluyendo beneficios en tiempos, permisos no retribuidos, cotizaciones, reincorporaciones al puesto de trabajo, etc. El enfoque de la ley no se situaba directamente en el cuidador, que mantenía la actividad laboral y la responsabilidad del cuidado, reforzando el papel de la familia como cuidadora de los mayores (Escudero, 2007).

En el ámbito sanitario es destacable la entrada en vigor de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que regula varios aspectos fundamentales en la atención a los dependientes, entre otros, el artículo 14, que versa sobre la atención sociosanitaria, marca como objetivo en la atención a los pacientes crónicos *“aumentar la autonomía, paliar las limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”*.

Por tanto, puede comprobarse como con anterioridad a la promulgación de la Ley 39/2006, existían regulaciones específicas, de ámbito estatal, para la gestión de las prestaciones, ayudas económicas y tributarias relativas a la dependencia, cuyos principales exponentes eran: la pensión de gran invalidez, la pensión de invalidez y la asignación económica por hijo discapacitado menor de 18 años; así como regulaciones sobre materias sanitarias y laborales en el ámbito de la discapacidad y la dependencia (Agencia de Evaluación y Calidad, 2009).

3.2.2. Legislación Autonómica. Comunidad de Madrid.

Las Comunidades Autónomas desarrollaron rápidamente el papel legislativo que les reconocía la Constitución en la estructuración, planificación y organización de los servicios sociales, promulgando a lo largo del decenio de 1982-92 Leyes de Servicios Sociales y/o Acción Social en prácticamente todas las Autonomías (Vilá, 2001). Por la circunscripción del presente trabajo nos limitaremos a destacar la legislación principal de la Comunidad de Madrid.

La primera Ley de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, Ley 11/1984, de 6 de junio, marca los principios generales de los Servicios Sociales,

¹⁵ Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para Promover la Conciliación de la Vida Familiar y laboral de las personas trabajadoras.

estableciendo las modalidades de servicios sociales generales y especializados (Arévalo & Castaño, 1994). En estos últimos, incluye un apartado específico para la Tercera Edad con objeto de evitar su marginación, promoviendo su participación e integración en la sociedad¹⁶.

La Orden 612/1990 de 6 de noviembre de la Consejería de Integración Social desarrolla el Decreto 91/1990 relativo al Régimen de Autorización de Servicios Sociales y Centros de Acción Social y Servicios Sociales. Se destaca esta norma porque en la misma se marcan los requisitos que deben cumplir los Centros de atención y específicamente, los Centros Residenciales en los que se desarrolla el núcleo del presente trabajo. La orden establece los criterios de tipología y funcionalidad que deben cumplir estos centros, según condicionantes de plazas (Arévalo & Castaño, 1994).

El Decreto 28/1993, de 24 de marzo, complementaba el Régimen Jurídico Básico del Servicio de Atención a Personas Mayores en Residencias y Centros de Día. Se contemplan en el mismo, aspectos sobre los criterios de acceso al servicio y sobre los usuarios, situación que marcó el inicio de los procedimientos actuales que se estudiarán en el apartado de análisis de la legislación actual.

Se destaca en este punto la Orden 766/1993, de 10 de junio, que aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de las Residencias de Ancianos del Servicio Regional de Bienestar Social. Esta norma, vigente en la actualidad a pesar de algún desfase terminológico y de la propia evolución social, regula aspectos importantes de la gestión de las Residencias propias de la Comunidad de Madrid. En el Artículo 16, centrado en las funciones del Área Técnico Asistencial, el Reglamento indica que “...existirá un Equipo Multiprofesional que asumirá la tareas de seguimiento integrado e individualizado de la evolución del residente, y las consiguientes propuestas sobre los niveles y modalidades de asistencia que haya de recibir...”. Es evidente el impacto de este apartado en el proceso de valoración que se realiza al ingreso de los residentes y el posterior seguimiento que se lleva a cabo por parte de los profesionales del Área (Consejería de Integración Social, 1993).

La Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, deroga la anterior Ley de Servicios Sociales. El legislador objetiva los

¹⁶ Artículo 11.c). Ley 11/1994, de 6 de junio, de Servicios Sociales.

cambios en la realidad social y en el propio Estado de Derecho. La Ley incluye aspectos organizativos, de distribución de los Servicios, de colaboración público-privada en la Atención Social; reconociendo los derechos de los ciudadanos al respecto. En su Artículo 23, se refiere a la “Atención a Mayores”, abandonando la nomenclatura anterior de “ancianos” o de “tercera edad”.

Pero por su relación directa y su anticipación a la situación actual, comentaremos algunos de los aspectos desarrollados en el Título VI de la Ley, denominado “De la Atención social a la dependencia”. En la Ley 11/2003, se define la dependencia como *“situación en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar los actos corrientes de la vida diaria”*.

La situación de dependencia se extiende a cualquier edad, matizando su atención y las prestaciones, en función del grado y de las condiciones de la persona. La Ley contempla aspectos de prevención, rehabilitación, atención, así como la reevaluación del grado cuando se detecten cambios considerables.

Existe numerosa legislación autonómica producida como consecuencia de la implantación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia. En toda esa normativa se van desarrollando aspectos de la Ley, como el reconocimiento de la situación de dependencia¹⁷, el catálogo de prestaciones y servicios para los menores niveles de dependencia¹⁸, los modelos de solicitudes, los modelos telemáticos de informes de salud en Atención Primaria, y otros muchos aspectos de aplicabilidad de la norma en la Comunidad de Madrid. Posteriormente, en un apartado específico, se desarrollará la Ley 39/2006, y las áreas más relevantes de la misma en relación con la valoración de la situación de dependencia.

¹⁷ Orden 2386/2008, de 17 de diciembre de 2008, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales por los que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la Situación de Dependencia, para la elaboración del programa individual de atención, las prestaciones económicas y el servicio, y el régimen de incompatibilidades.

¹⁸ Orden 141/2011, de 1 de marzo, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la que se regula el catálogo de servicios y prestaciones para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I.

3.2.3. Normativa Europea.

Para concluir la aproximación a la legislación básica sobre la dependencia y la discapacidad, se pueden destacar algunos de los acuerdos y resoluciones a nivel europeo, con un mayor impacto en la regulación del área que nos ocupa.

La Resolución del Consejo de la Unión Europea y de los representantes de Gobiernos y Estados miembros, celebrado el 20 de diciembre de 1996, se encargó de la igualdad de oportunidades para las personas con minusvalía.

Es especialmente destacable, por su especificidad sobre la dependencia y su relevancia sobre el desarrollo en el seno de los países, el acuerdo del Comité de Ministros de los Estados Miembros de la Unión Europea de 18 de septiembre de 1998, en la recomendación nº 98 relativa a la dependencia, en el que se realizaban recomendaciones a los países miembros con el objeto de orientar sus políticas sociales hacia posturas semejantes. En esa recomendación, se considera que la débil fertilidad, la esperanza de vida o el cambio en el modelo de familia, conducen a que el individuo y la sociedad deban adaptarse a los cambios estructurales, que tienen como consecuencia el aumento de personas dependientes.

Varias resoluciones se encargan directamente de la igualdad de oportunidades laborales¹⁹, igualdad de trato en el empleo²⁰ y accesibilidad electrónica para discapacitados.

También merece mención el Plan de Acción del Consejo de Europa para la promoción de los derechos y la participación de las personas con discapacidad, adoptado por el Comité de Ministros el día 5 de abril de 2006. El plan, propuesto para el período 2006/2015, pretende mejorar la calidad de vida, la participación activa y la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad.

Este paso esquemático por la legislación relacionada con la discapacidad y la dependencia pretende únicamente acercar los aspectos legislativos que más han influido en el desarrollo de la actual Ley de dependencia, o en aspectos relacionados con la valoración de la situación de dependencia. Fuera de la

¹⁹ DOCE 02/07/1999. Igualdad de oportunidades laborales de las personas con minusvalía.

²⁰ Directiva 2000/78/CE. Establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y en la ocupación.

normativa analizada, existe una numerosa producción legal que regulaba éstas y otras situaciones, no considerándose relevante un análisis más extensivo para el objetivo pretendido con este apartado del estudio.

3.3. LA DEPENDENCIA.

Con objeto de facilitar el seguimiento conceptual del trabajo y ante la magnitud en el número de definiciones, conceptos y términos que se han empleado para denominar la dificultad para desarrollar determinadas actividades (Rivero & Salvá, 2011), en este apartado se procederá a realizar una revisión de los principales conceptos e interpretaciones de la dependencia y la discapacidad y su evolución, a pesar que en el resto del estudio nos referiremos siempre, con ese afán de homogeneización conceptual, a los términos y definiciones aportados por la Ley de Dependencia.

Como se ha descrito anteriormente, la discapacidad como fenómeno personal y social, y concretamente los conceptos referidos a la misma, su interpretación, su percepción y el propio sistema de creencias que la rodean, han sufrido cambios a lo largo de la historia, marcando la forma de entenderla y las políticas dirigidas a su atención. En ese recorrido temporal, las personas con discapacidad han conseguido *“que se vayan abandonando términos como el de «inválidos», «minusválidos» o «discapacitados» para referirse a ellas y se adopten otros como el de personas con discapacidad”* (Millán, 2011: 131), eliminando ciertos tintes de estigmatización en el uso del lenguaje.

En 1976, la Unión de Discapacitados Físicos contra la Segregación en el Reino Unido, redactó un manifiesto que contenía la siguiente afirmación: *“la sociedad incapacita físicamente a las personas con deficiencias”* (Barton, 2009: 142). Se estableció una clara distinción entre deficiencia y discapacidad, promoviendo la construcción del denominado *“modelo social de atención a las personas con discapacidad”*, tratado anteriormente, que contempla más esa esfera de la vida de las personas.

En la década de los sesenta comenzaron a desarrollarse modelos teóricos que permitieran la estructuración del proceso de discapacidad, muchos basados en los estudios de Saad Nagi, quien diferenciaba el proceso en cuatro secuencias que comenzaban con la enfermedad de base que producía un deterioro físico, al

que seguía una limitación funcional, que finalmente, avocaba en la incapacidad (Álvarez & Macías, 2009).

3.3.1. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en un empeño de intentar unificar la terminología y poder establecer una clasificación o taxonomía internacional, que homogeneizara el lenguaje y facilitara la investigación y utilización de los datos de los diferentes países, contó con un grupo dedicado a la “Clasificación, evaluación, encuestas y terminología” aplicables al campo de la salud. En este grupo se desarrolló la primera Clasificación Internacional de deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, (CIDDM), en 1980. En esa clasificación, se pretendía abordar las consecuencias que la enfermedad produce en los individuos, en tres ámbitos: el cuerpo, la persona y el nivel social, definiendo algunos conceptos desde el enfoque de la salud (OMS, 1983):

Deficiencia. Se trata de toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo, como en sus funciones, de forma clínica o subclínica (Álvarez & Macías, 2009).

Discapacidad. Es toda restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Es la objetivación de la deficiencia en el individuo.

Minusvalía. Es una situación de desventaja para un individuo como consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide totalmente el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de factores personales (edad, sexo...), sociales y culturales. Por tanto, es la socialización de la problemática causada en un individuo por las consecuencias de una enfermedad.

Esta clasificación, rápidamente aceptada por los profesionales de las ciencias sociales, recibió críticas provenientes de los colectivos de personas con discapacidades que la asociaban a un modelo eminentemente médico que no contemplaba la posibilidad de que la discapacidad surgiera directamente de problemas sociales (Rubio, 2006). A pesar de que su desarrollo facilitó un cambio en la concepción tradicional de la discapacidad, su enfoque estaba centrado fundamentalmente en resaltar los aspectos negativos y las deficiencias, desde un prisma individualista de la discapacidad, y no como aproximación a un hecho universal (Ayuso, Nieto, Sánchez & Vázquez, 2006).

Consejo de Europa.

El Consejo de Europa constituyó un grupo de expertos para el desarrollo de un texto que pudiera ser asumido en relación a la dependencia (Gómez & Peñalver, 2007) y así, en 1998 definió la dependencia como:

“...un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular los referentes al cuidado personal”²¹.

La definición reconoce la pérdida de la autonomía por cualquiera de las etiologías descritas, sin destacar la esfera física, sobre la intelectual o la psíquica. A su vez, incorpora la posibilidad de una falta natural o de una pérdida de la autonomía, desvinculando la dependencia a situaciones únicamente congénitas o a las secundarias únicamente al envejecimiento (Gómez & Peñalver, 2007). Relaciona la falta de autonomía con la necesidad de ayuda para llevar a cabo las actividades corrientes de la vida diaria, en especial, en la esfera del autocuidado.

²¹ Recommendation N° R (98)9, du Comité des ministres aux étas membres relative a la dépendence, 1998.

3.3.2. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud.

Como consecuencia de las críticas que se producen contra la primera clasificación de la OMS, así como por la propia evaluación del modelo, en la 54 Asamblea Mundial de la Salud, realizada en mayo de 2001, la OMS establece la actual Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), con objeto de crear un marco conceptual que permita la unificación de criterios de clasificación y de terminología (Rivero & Salvá, 2011), posibilitando el traspaso de información y la comparación de resultados en todos los estados relacionados con la salud.

La clasificación integra los modelos biomédico y social de la discapacidad, asumiendo el modelo biopsicosocial, apoyado en un lenguaje sistematizado y aceptado, que permite su asunción en la clínica y en la investigación (Ayuso et al., 2006), pretendiendo convertirse en una herramienta estadística, de investigación, de planificación y educativa (OMS, 2001).

La nueva clasificación define los componentes de la salud y algunos relacionados con la salud y el bienestar, los dominios de la salud y los dominios relacionados con la salud. Estos conceptos sustituyen a los anteriores de deficiencia, discapacidad y minusvalía (OMS, 2001).

La CIF incluye el concepto de funcionamiento, como término global que hace referencia a las funciones (fisiológicas y psicológicas) y estructuras (partes anatómicas del cuerpo) corporales, actividades y participación.

La discapacidad, como término genérico, incluye a las deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo y sus factores contextuales.

La deficiencia, continúa manteniendo la misma definición que en la clasificación anterior de la OMS, representando la perspectiva del cuerpo frente a la discapacidad.

La limitación de la actividad es considerada como la dificultad que un individuo puede tener para realizar una actividad. Puede oscilar entre una desviación leve o grave, en comparación con la cantidad y calidad con las que desarrollaría la actividad una persona sin problemas en esa condición de salud. Perspectiva del individuo respecto a la discapacidad.

Por último, la restricción de la participación hace referencia a los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales. Representa la perspectiva de la sociedad respecto a la discapacidad. Sustituye al término “minusvalía” de la anterior clasificación.

Cabe hacer una referencia a dos conceptos desarrollados por la OMS y que posteriormente se aplicarán al analizar los sistemas de valoración propuestos, al poder incidir en la diferencia de los resultados obtenidos.

Actividades de autocuidado. La OMS las define como las actividades que realiza una persona para lavarse y secarse, cuidado del cuerpo y de sus partes, la higiene relacionada con los procesos de excreción, vestirse, comer y beber y cuidar de la propia salud. A estas actividades se les han asignado distintos nombres como actividades esenciales, básicas o de la vida diaria; apreciándose notables diferencias en su inclusión en los distintos elementos de valoración.

Actividades de la vida doméstica. Definidas por la OMS como las actividades que realiza la persona para llevar a cabo las tareas y acciones domésticas y cotidianas, que incluyen la adquisición de lo necesario para vivir, las tareas del hogar, el cuidado de los objetos y la ayuda a otros miembros del hogar. Al contrastar ambos tipos de actividades, los datos evidencian que la incapacidad es mucho más frecuente en las actividades de la vida doméstica que en las actividades de autocuidado (Cabrero, 2007).

La importancia de la CIF, como el de otras clasificaciones de la OMS, radica fundamentalmente en el establecimiento de un marco conceptual común que permite el establecimiento de comparaciones y la extrapolación de datos entre diferentes instituciones e incluso Estados. Esta circunstancia facilita la valoración, el diagnóstico, la clasificación, la comunicación y la investigación sobre la

discapacidad y los aspectos relacionados con la misma (Romero, Gala & Gómez, 2006).

La CIF pretende desarrollar una escala de clasificación de la magnitud de la discapacidad, estableciendo una graduación de la gravedad en cinco niveles para cada componente. De esta forma se pretende estratificar el problema, permitiendo el establecimiento de porcentajes entre el 100%, que indicaría el problema total con una limitación absoluta y el 0%, situación contraria que indicaría la ausencia o insignificancia del problema, y por tanto, de la limitación.

La escala admite como norma general un margen de error del 4%. De esta forma, la herramienta propuesta reflejaría los siguientes porcentajes relacionados con la magnitud del problema:

Tabla 1-Cap.3. Clasificación de los Problemas de Discapacidad según la CIF

Sin problema	Ausente, insignificante...	0-4%
Problema ligero (leve)	Poco, escaso...	5-24%
Problema moderado	Medio, regular...	25-49%
Problema severo	Mucho, extremo...	50-95%
Problema total	Total.	96-100%

Fuente: CIF.

Esos grupos de isodependencia, permitirían la comparación entre las graduaciones de las múltiples y diferentes herramientas de evaluación de la dependencia que se manejan en la práctica clínica, habiendo verificado su utilidad en algunas de las que se emplearán en el estudio y que se describirán en el capítulo específico de valoración (Romero et al., 2006). Especialmente, puede destacarse su equivalencia con el índice de Barthel y la aplicabilidad de éste con la CIF (Ayuso et al., 2006).

3.3.3. Concepto de dependencia en la Ley 39/2006.

Aunque posteriormente se describirá de forma resumida el contenido principal de la Ley de Dependencia, parece oportuno concluir este repaso a algunas de las definiciones y a la propia evolución de los conceptos empleados para describir las situaciones de falta de autonomía, con la definición de dependencia que incluye la Ley, y que se asumirá en el resto del trabajo, al tratarse de la base de todo el desarrollo normativo y consecuentemente, de los

aspectos relacionados con la valoración y con la resolución del grado de dependencia. Con carácter inicial, resulta relevante destacar que la Ley contempla una “situación de dependencia”, marcando un enfoque situacional, que se aproxima más al modelo social que hemos descrito, en el que se destacan las circunstancias de las personas dependientes y no los elementos diferenciadores (Montalba, 2013).

La Ley define textualmente la dependencia como:

“estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con incapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”²².

Analizando el contenido de la definición, en la que se incluyen factores de los que se han descrito anteriormente, se pueden destacar algunos aspectos que, en sí mismos, pueden influir en la valoración de la situación de dependencia y por tanto en el desarrollo del presente trabajo:

Carácter temporal. La definición incluye la dependencia de carácter permanente, excluyendo, por tanto, otras situaciones que pueden suponer importantes restricciones funcionales con carácter limitado en el tiempo o de presentación aguda, como las altas hospitalarias o los periodos de rehabilitación (Rivero & Salvá, 2011). Esta limitación adquiere una especial relevancia en muchas de las patologías que cursan con brotes o cuadros agudos, tras los cuales, la persona vuelve a alcanzar los niveles previos de autonomía.

Esta característica incluida en la definición, posibilitaría el seguimiento y reevaluación de la situación de dependencia en caso de que se produjeran modificaciones sustanciales en el estado de la persona, totalmente contempladas cuando la modificación supone un empeoramiento frente a la situación valorada, pero habitualmente no consideradas cuando el cambio se produce en positivo, con aumento de la autonomía personal.

²² BOE nº 299. Ley 39/2006. Artículo 2.

Etiología: edad, enfermedad, discapacidad. La definición contempla todas las situaciones que pueden desencadenar la dependencia en una persona que, aun siendo obvias, no estaban todas incluidas en numerosas definiciones anteriores. De esta forma se reconoce la dependencia secundaria a enfermedades y discapacidades y se enfatiza la “edad”, como una causa fundamental y, en si misma generadora de dependencia.

Anteriormente se ha descrito la relación entre la dependencia y el envejecimiento y también las resoluciones de grado (y anteriormente nivel) de dependencia que han afectado a mayores de 65 años desde la puesta en funcionamiento de la ley, lo que evidencia la importancia de este grupo poblacional, al tratarse del más numeroso, resultando lógica esta referencia explícita en la definición de dependencia de la Ley. La definición de la Ley, matiza pero no exceptúa ninguna edad para la consideración de dependencia, diferenciándose con otras como la que regula la dependencia en Francia, en la que se establece la frontera en los 60 años (Albarrán et al., 2009).

Falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial. La definición incorpora una visión integral de la afectación que causa la dependencia, incluyendo todas las esferas en que puede producirse la pérdida de autonomía, entendida ésta en la ley como la *“capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”*²³.

Por tanto, la autonomía y su falta o pérdida, trascienden lo eminentemente físico o funcional, siendo éstos los elementos centrales de muchas definiciones anteriores. El concepto incluye todas las áreas que facultan a la persona para poder tomar decisiones personales que se ajusten a su forma e idea de vida, circunscritas a la sociedad de la que forma parte y en el momento en que se producen.

Atención de otros y/o ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. La consecuencia de esa falta o pérdida de autonomía se manifiesta en una

²³ BOE nº 299. Ley 39/2006. Artículo 2. Definición de autonomía.

necesidad de ayuda o atención por parte de otras personas, bien a nivel informal o a través de instituciones.

En coherencia con la definición de autonomía, la atención puede ser requerida tanto para satisfacer las actividades básicas, como para el resto de aspectos relacionados con la toma de decisiones y autocuidado.

La necesidad de ayuda se convierte en un eje central en la Ley, sobre la que se reconoce el grado de dependencia y en consecuencia, el programa individual de atención.

Cabe destacar, que la Ley entiende por Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), *“tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: cuidado personal, actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas”*. De esta forma, la ayuda no se requiere únicamente en aspectos del cuidado, sino que la debe recibir la persona que no sea capaz de mantener ese mínimo de independencia en otros aspectos como los domésticos y de relación.

Por último, la definición de la ley incluye un reconocimiento explícito a las necesidades especiales de las personas con incapacidad intelectual y enfermedad mental, estableciendo incluso baremos de valoración específicos que reconozcan las características de la dependencia secundaria a esas causas.

Podemos concluir que la definición de dependencia que contempla la Ley, ofrece un perfil global e integrador que reconoce las diferentes esferas que pueden verse afectadas por la dependencia y las diversas situaciones que la pueden provocar, destacando aquí, al ser la base del presente estudio, la dependencia generada por la edad, recogida en la definición con un reconocimiento explícito. El alcance de la definición da cabida a un amplio abanico de casos y situaciones de dependencia, superando muchas definiciones anteriores, sin un criterio reduccionista que dirija hacia la esfera física, e introduciendo aspectos como la enfermedad mental, la pérdida de autonomía sensorial y todas las situaciones que imposibiliten el mínimo de autonomía e independencia que promulga la Ley.

3.4. DEPENDENCIA VERSUS ENVEJECIMIENTO.

Según las proyecciones de Eurostat²⁴ del año 2011, Europa pasará de 87 millones de personas mayores en el año 2010, a 124 millones en el año 2050, evidenciando un incremento de personas mayores especialmente significativo (Rodríguez, 2011). España está experimentando un proceso de envejecimiento más acelerado que otros países europeos, existiendo previsiones que indican que en el año 2050, habrá más de 16 millones de mayores de 65 años, que representarán un porcentaje superior al 30% de la población total (Abades & Rayón, 2012), manteniéndose como el tercer país más envejecido del mundo (García, 2009). En numerosos estudios y tratados sobre la dependencia y la discapacidad, se destaca por su incidencia, la repercusión del grupo de personas “mayores dependientes”, sobre el total de las personas dependientes (De la Fuente, 2009), mostrando una relación evidente entre el envejecimiento de la población y la incidencia de situaciones de dependencia (Abellán, Esparza, Castejón & Pérez, 2011), circunstancia que pone de manifiesto el incremento de la necesidad de atención y de cuidados de larga duración en ese grupo de edad (Fontana et al., 2002). En el apartado anterior de este capítulo, al revisar la definición de dependencia que establece la propia Ley 39/2006, destacábamos la mención explícita que hace a la edad como potencial generadora de situaciones de dependencia. Entre los factores que se vienen mencionando como influyentes en el proceso de envejecimiento de la sociedad, el aumento de la esperanza de vida, adquiere una especial relevancia en el contexto que estamos analizando. Si bien las previsiones de incremento de la población mayor son fiables y ajustadas, las previsiones sobre la proporción de personas mayores dependientes, se antojan más complicadas e inciertas (Urteaga, 2012).

Según estimaciones realizadas por el IMSERSO en el Libro Blanco²⁵ que editó previamente a la puesta en funcionamiento de la Ley de Dependencia, tres

²⁴ Eurostat (Statistical Office of the European Communities). Oficina estadística de la Comisión Europea que analiza datos sobre diferentes aspectos de la Unión Europea y promueve la homogeneización de los criterios estadísticos.

²⁵ El Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en situación de Dependencia en España, hace un recorrido por la situación de los dependientes españoles previamente a la entrada en vigor de la Ley 39/2006, incluyendo datos demográficos, normativa legal de

cuartas partes de las personas dependientes reconocidas por la Ley serían mayores de 65 años (IMSERSO, 2004). Ese incremento de la dependencia ligado a la edad, tiene importantes repercusiones sobre las personas mayores y sobre las sociedades en general, por la relación final entre la dependencia y la necesidad de determinados cuidados, entre otros, las prestaciones sanitarias (Domínguez & García, 2011). A pesar de no tratarse de las características fundamentales del envejecimiento primario, el proceso de envejecimiento social se presenta acompañado de un aumento notable de patologías crónicas y degenerativas (Fontana et al., 2002), que acaban incidiendo en la capacidad funcional de la persona.

La encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) de 2008, publicada por el Instituto Nacional de Estadística, destaca, entre otros datos, que del total de población con alguna limitación (3.847.900 personas), el 57,87% eran mayores de 65 años (2.227.100 personas)²⁶. De los diferentes tipos de discapacidades, los que afectan al desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria y que consecuentemente conducen a una situación de dependencia, alcanzaba los 2,8 millones de personas, suponiendo el 6,7% de la población. La comparación de los resultados de esta encuesta frente a la desarrollada en 1999, evidencian un aumento de los dependientes mayores dentro de las personas con discapacidad, representando un porcentaje de 62,9% (Abellán et al., 2011).

En la encuesta sobre Condiciones de vida de las personas mayores del Centro de Investigaciones Sociológicas²⁷, del año 2006, se evidencian algunas situaciones de dependencia que merecen reflejarse para constatar esa relación entre el envejecimiento y la aparición de determinadas limitaciones y discapacidades, con las consecuentes necesidades de ayuda que suponen. Los datos que se presentan hacen referencia a determinadas actividades cotidianas,

aplicación, datos sobre el cuidado informal, sistema y coordinación sociosanitaria, valoración y otros múltiples aspectos del máximo interés sobre el tema.

²⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008.

²⁷ La encuesta sobre Condiciones de Vida de las Personas Mayores, del Centro de Investigaciones Sociológicas(CIS), se realizó en septiembre de 2006 sobre una muestra de 2.537 entrevistas a mayores para identificar las principales situaciones de vida del colectivo en relación a salud, vivienda, familia, envejecimiento, recursos y otras variables.

mostrando por franjas de edad los porcentajes de personas que presentan alguna limitación e incomodidad para la realización de las mismas (CIS, 2007):

Tabla 2-Cap.3. Condiciones de Vida de las Personas Mayores. 2006

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +
Utilizar la bañera	16,7	20,2	25,7	29,8	37,5
Utilizar la ducha	6,0	7,9	9,4	14,8	24,4
Usar el WC	6,8	8,3	11,1	16,8	25,3
Subir y bajar escaleras	26,1	35,6	43,5	54,4	57,6

Fuente CIS. Elaboración propia.

En la tabla anterior se confirma un crecimiento en la dificultad para la realización de las actividades mostradas, ligado al aumento de la edad (Abades & Rayón, 2012), afectando prácticamente al doble de sujetos mayores de 80 años respecto a los de 65-69 años. Se ha tomado en consideración la actividad “Subir y bajar escaleras”, para la que más de la mitad de los mayores de 80 años reconocen presentar limitaciones, por estar incluida en alguno de los instrumentos de valoración que se analizará. Esta situación evidencia la relación del aumento de la dependencia con la edad y su comportamiento no gradual, produciéndose un incremento más notable y acelerado a partir de los 80 años (Arnau et al., 2012).

En la misma encuesta sobre condiciones de vida de las personas mayores, se interroga sobre el grado de ayuda requerida para cada una de las actividades básicas, detectándose igualmente un incremento progresivo de la necesidad de ayuda de otra persona e incluso de la incapacidad total de llevar a cabo alguna actividad, con el incremento de la edad.

A continuación se muestra el porcentaje de personas que requieren ayuda para realizar la actividad o que son incapaces de realizarla inclusive con ayuda:

Tabla 3-Cap.3. Porcentaje de personas que requieren ayuda para cada actividad

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +
Comer	0,7	1,2	1,2	4,1	11,7
Vestirse/desvestirse	2,0	2,9	4,7	11,5	26,7
Asearse	1,7	2,1	5,2	11,9	28,2
Levantarse/acostarse	1,2	1,8	3,5	9,5	21,4
Ducharse	3,7	4,9	12,1	27,1	48,2

Fuente CIS. Elaboración propia.

En esta tabla se observa una situación similar a la anterior, incrementándose de forma importante la necesidad de ayuda en todas las actividades analizadas, al aumentar la edad de la persona encuestada. A pesar de no ser el objeto de análisis de este estudio, merece destacarse como la actividad de “comer”, es para la que menos problemas manifiestan presentar las personas encuestadas y la que menor ayuda requiere. En posición inversa encontramos la actividad de “Ducharse”, para la que hay determinadas franjas de edad en las que prácticamente la mitad de sus integrantes requieren ayuda parcial o total. Esta situación, que no se ha producido al azar, se contempla en la elaboración e interpretación de todos los instrumentos de valoración de la dependencia.

Este proceso de envejecimiento de la población tiene consecuencias directas sobre importantes aspectos sociales y económicos de los Estados y de las sociedades que los integran: disminución de la población activa, gasto público en pensiones, disminución del consumo por descenso del crecimiento, afectación a la economía familiar, cambios en los flujos internacionales de población, etc; situaciones que obligan a los gobiernos a emprender medidas de contención del déficit público y de aumento del gasto en prestaciones y protección social a los mayores. Dentro de esa protección social, la respuesta pública a la dependencia, debe contemplar medidas globales e integrales, en especial en países con una población envejecida, como en el caso de España donde, como se ha comentado anteriormente, se estima que en 2050 el 30% de la población será mayor de 65 años²⁸.

Aunque la dependencia puede afectar a individuos de cualquier edad, incluyendo a menores de tres años según contempla la Ley al establecer un Baremo específico para esa edad (García et al., 2008), es evidente el aumento de la probabilidad de que se produzca a medida que aumenta la edad de la persona, incrementándose exponencialmente a partir de los 80 años (Gómez & Peñalver, 2007), cuando una de cada dos personas requiere algún tipo de ayuda (Puyol & Abellán, 2006). A esta realidad hay que añadir la evolución de la esperanza de vida, que continúa incrementándose en España, alcanzando en el año 2012 una media de 82,29 años, manteniéndose una amplia diferencia entre la esperanza de vida de las mujeres, que alcanza los 85,13 años y la de los hombres que alcanza los

²⁸ INE, Inebase: Proyecciones de población calculadas a partir del censo de 2001.

79,38 años²⁹. Consecuentemente, si las previsiones y proyecciones de población se cumplen, parejo al envejecimiento de la población irá el aumento de las situaciones de dependencia y de los requerimientos de ayuda, tanto informal como de la Administración.

Esta realidad supone, en sí misma, un reto para la sociedad actual, mereciendo una consideración especial en el desarrollo de la propia Ley de Dependencia, para ir introduciendo los programas y actualizaciones necesarios, que supongan el máximo bienestar de los mayores dependientes y sus familiares, a la vez que se asegura la sostenibilidad y continuidad del sistema.

Por otro lado y concluyendo este apartado dedicado a la relación entre el envejecimiento y la dependencia, parece oportuno que los diferentes instrumentos de valoración de la dependencia y la discapacidad, contemplen la especificidad de este grupo social y de las formas habituales de afectación de su autonomía, al presentar unas características importantes que, de no tenerse en cuenta, pueden sesgar los resultados obtenidos. Así, entre otras variables, deberán considerarse las formas y la necesidad de integración social de los mayores, las fuentes de ingresos económicos, la instauración y evolución de la dependencia, el deseo personal de actividad y de una vida activa, la funcionalidad en situaciones normales, los hábitos y estilos de vida, el nivel educativo, el estado cognitivo o los problemas no patológicos del envejecimiento natural.

3.5. LEY DE AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

En este apartado, se analizará la estructura y contenidos originales de la Ley, tal cual fue dictada, incorporando en el siguiente punto del trabajo unas referencias a las modificaciones introducidas a través del RD 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, favoreciendo el análisis y el alcance de los cambios incorporados.

Se ha considerado oportuno describir brevemente el contenido de la Ley de Dependencia por la trascendencia que numerosos aspectos recogidos en su articulado, en especial los relativos a la valoración y reconocimiento de la situación de dependencia y a los trámites que conducen a la concesión del

²⁹ INE. Indicadores Demográficos Básicos de 2012.

recurso, tendrán sobre el desarrollo del trabajo de investigación y la comprensión de los diferentes procesos y actividades que se producen en la actualidad, previamente al ingreso de una persona mayor dependiente en una Residencia de Mayores.

La Ley desarrolla en la exposición de motivos, un recorrido por la situación de la dependencia en España, incluyendo tasas globales de dependientes, identificando grupos de especial vulnerabilidad como los mayores, estableciendo la necesidad de garantizar un marco estable de recursos y servicios, tanto para los ciudadanos como para las Administraciones, que aseguren la continuidad de la atención a los dependientes y que permita la promoción de la autonomía personal.

Con este objetivo, la Ley contempla la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), en el que participarán todas las administraciones, a través del que se regulará la promoción de la autonomía y la atención a las personas en situación de dependencia. El sistema debe garantizar las condiciones básicas y la protección que aparece en la Ley, encauzando todos los recursos, públicos y privados, disponibles.

Cabe destacar que tras este objetivo, se configura un derecho subjetivo, no reconocido hasta la promulgación de la Ley, fundamentado en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad para todos los ciudadanos (De la Fuente, 2009), trascendiendo el carácter previo de la atención a esta problemática social, que ahora se enfoca hacia una obligación de carácter público (Montalba, 2013).

Se han descrito en apartados anteriores las definiciones que se contemplan en la Ley sobre conceptos claves en su desarrollo, como el propio concepto de dependencia o los conceptos de autonomía personal y actividades básicas de la vida diaria. En todo caso, reiteramos el perfil integrador y globalizador de esos conceptos, incluyendo en su alcance las diferentes esferas que pueden generar o verse afectadas por la dependencia.

Parece conveniente destacar algunos de los principios en los que se fundamenta la Ley, por la repercusión que tienen en la valoración y asignación de recursos, ambas, situaciones que pueden incidir en el resultado de este trabajo:

- Universalidad y atención integral e integradora.
- Valoración de necesidades, atendiendo a criterios de equidad.

- Permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida.
- Las personas en situación de gran dependencia serán atendidas de manera preferente.

Aunque posteriormente se referencia en su articulado, se prioriza la respuesta a las personas en situación de gran dependencia, motivo por el que los ingresos de los primeros años en las Residencias de Mayores se corresponden con personas en los mayores grados de dependencia. También destaca el objetivo de mantener al dependiente en su entorno, situación que debería incidir en la creación de recursos que faciliten esa opción, retrasando al máximo la institucionalización de la persona, para situaciones en las que no existen otras alternativas.

Prestaciones del sistema.

Las prestaciones del sistema deben garantizar el bienestar de la persona dependiente y su entorno, estando orientadas a su calidad de vida. Las prestaciones se dividen en servicios y en prestaciones económicas. Como se ha comentado con anterioridad, el espíritu inicial de la Ley es esencialmente de servicios, que garanticen el bienestar del dependiente y colaboren con el cuidador informal (Escudero, 2007).

La prioridad para la concesión de los servicios, viene determinada por el grado de dependencia reconocido y, en caso de igualdad a este nivel, por las condiciones económicas.

Catálogo de servicios.

El catálogo incluye todos los servicios que pueden ser requeridos para la promoción de la autonomía personal y/o la atención a la dependencia.

- Servicios de prevención.
- Servicios de teleasistencia.
- Servicios de ayuda a domicilio: doméstica o cuidado.

- Servicios de Centro de Día o de Noche: para mayores, para menores y centros especializados.
- Servicios de Atención Residencial: Residencias para mayores dependientes y Centros de atención a personas en situación de dependencia. El servicio de atención residencial, ofrece servicios de carácter personal y sanitario, dependiendo de la intensidad de la dependencia, pudiendo ser permanentes o temporales (García et al., 2008).

Algunos autores han destacado un enfoque excesivamente asistencialista del catálogo de prestaciones, al considerar que se priorizan los servicios de atención sobre los preventivos y sociales (Guzmán et al., 2010).

Prestaciones económicas.

La Ley también contempla un amplio abanico de prestaciones económicas, incluyendo diferentes cuantías en función de aspectos regulados por el Consejo Interterritorial y las propias Comunidades Autónomas (De la Fuente, 2009).

- a. Prestación económica vinculada al servicio. Se reconoce únicamente en situaciones en que no exista posibilidad de acceder a un servicio.
- b. Para el cuidado en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Como se ha mencionado, aunque la Ley lo contempla como una medida excepcional, ha sido una prestación muy reconocida.
- c. Prestación económica de asistencia personal. Pretende la contratación de una persona para la atención individual que contribuya a favorecer la autonomía del dependiente.

Pretendemos destacar las posibilidades que ofrece la Ley para la promoción de la autonomía y la atención a la dependencia, evidenciando que existen recursos especializados para cada situación y grado de dependencia. Por este motivo, debería ajustarse al máximo la valoración de la situación de dependencia a la realidad y necesidades de la persona dependiente, asignando de entre todos los posibles, el recurso más específico con el que se alcance el mayor bienestar del individuo.

Valoración de la dependencia.

La valoración de las situaciones de dependencia presenta una relevancia notable en todo el proceso, al tratarse de la puerta de entrada al Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia (Sánchez & Cobo, 2013). La situación de dependencia reconocida por la Ley, se clasifica en tres grados que se describen posteriormente en el apartado específico que desarrolla el sistema de valoración propuesto en la Ley. También se muestra en ese apartado el contenido y las principales características del Baremo para Valoración de la Situación de Dependencia (BVD).

La Ley facultaba a las Comunidades Autónomas a determinar los órganos de valoración de la situación de dependencia. Esta posibilidad ha permitido el desarrollo de equipos de diferente composición en las distintas Comunidades, tras optar alguna de ellas por equipos de una sola categoría valoradora y otras, como el caso de la Comunidad de Madrid, por equipos de valoración integrados por profesionales de diferentes disciplinas, entre otros: enfermeros, trabajadores sociales o terapeutas ocupacionales.

En las reformas acometidas tras la implantación de la Ley, se introdujeron medidas destinadas a mejorar la calidad de las valoraciones, promoviendo la creación de equipos técnicos de evaluación y asesoramiento para los valoradores o el establecimiento de requisitos para los valoradores, a quienes se les solita conocimiento en la norma, en características funcionales y en técnicas de valoración. Se resalta la relevancia de la formación para la cualificación de los valoradores, considerando las siguientes titulaciones como preferentes: medicina, psicología, enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia y trabajo social (Sánchez & Cobo, 2013).

Reconocimiento del derecho.

Una vez iniciado el procedimiento, a instancia de la persona dependiente o de sus representantes, el reconocimiento será realizado por el órgano establecido en la Comunidad Autónoma, en el caso de la Comunidad de Madrid por la Dirección General de Coordinación de la Dependencia.

La resolución determinará el servicio o prestación que en su caso le corresponda a la persona dependiente, según su nivel de dependencia. Para este menester, se establece un Programa Individual de Atención (PIA).

El PIA podrá ser revisado por solicitud del dependiente, de oficio por la Administración o por modificación (mejoría o empeoramiento) de la situación de dependencia.

3.5.1. Modificaciones en la Ley 39/2006.

La situación de crisis económica que atraviesa el país y el análisis de los resultados obtenidos en los primeros años de aplicación de la Ley³⁰, estimándose una desviación del 28% respecto a las previsiones del Libro Blanco de Dependencia y de la propia memoria de la Ley³¹, condujeron a diversas modificaciones en la Ley 39/2006, recogidas principalmente en el Real Decreto 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. En su título III de Medidas de racionalización del Sistema de Dependencia, el Real Decreto establece cambios en la propia valoración de la situación de dependencia, que se desarrollarán en el apartado específico sobre valoración del presente estudio; y otras reformas notables sobre la clasificación de la dependencia, la incompatibilidad de las prestaciones o la regulación de algunos de los servicios contemplados en el sistema.

Destacamos como primera modificación, por la trascendencia que supone en la codificación de la dependencia y el impacto en los demás aspectos que se desprenden de la misma, la nueva clasificación de la situación de dependencia. El Real Decreto 20/2012, suprimió el apartado 2 del artículo 26 de la Ley 39/2006, eliminando los niveles en los que anteriormente se subdividía cada grado de

³⁰ En el año 2008, el Pleno del Congreso de los Diputados instó al Gobierno a crear un Grupo de Expertos para analizar la aplicación de la Ley de Dependencia. En sus conclusiones, se objetivaban los problemas de financiación y la concesión de excesivas prestaciones económicas, mientras se consideraban escasas las prestaciones en servicios (Revista Ememori@ nº 26).

³¹ Conclusiones del encuentro organizado por el IMSERSO, celebrado en Toledo en mayo de 2012, junto con representantes de todas las Comunidades Autónomas (Revista Ememori@ nº 33).

dependencia. De esta forma, la clasificación de la situación de dependencia vigente en la actualidad y con la que se analizarán los resultados del estudio es:

- *Grado I. Dependencia moderada. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal*
- *Grado II. Dependencia severa: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal*
- *Grado III. Gran dependencia: Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día, y por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.*

Esta modificación obedece a un objetivo de simplificación en la clasificación de los grados de dependencia, con la que se pretende conseguir un descenso de la burocratización experimentada inicialmente. A pesar de la supresión de los niveles, la definición de los tres Grados de Dependencia, no ha sufrido ninguna variación, manteniendo la división en función del grado de ayuda requerido y el marco temporal en el que se precisa.

Gran parte del resto de las modificaciones de artículos de la Ley de Dependencia incluidas en el Real Decreto 20/2012, vienen condicionadas por la propia supresión de los niveles, retirando esa clasificación en cada apartado en el que figuraban de forma explícita en la Ley original.

Otro cambio relevante introducido en el Real Decreto 20/2012, por la repercusión en el acceso al Sistema, es la demora en el calendario que marca la efectividad progresiva del derecho a las prestaciones. La Ley establecía un calendario en el que, con carácter prioritario, se iban incorporando al sistema los ciudadanos con un mayor grado de dependencia reconocido, estableciendo un tope de siete años para que comenzaran a incorporarse los afectados por el menor grado de dependencia reconocido (en ese momento Grado I nivel 1). El RD 20/2012, establece el 1 de julio de 2015, como fecha en la que se iniciará la

efectividad de las prestaciones de los ciudadanos que fueron valorados como Grado I, nivel 1 y 2, a los que no se les hubiera reconocido concretamente la prestación; y para los que sean valorados en el Grado I de dependencia moderada en este margen de tiempo.

En ese ámbito del control y de la eficiencia en el gasto, el RD 20/2012, contempla de forma explícita, en el artículo 25 bis, el Régimen de incompatibilidades de las prestaciones y servicios, evitando la simultaneidad o duplicidad en las mismas.

Para concluir este apartado de las modificaciones incorporadas a la Ley, destacamos la ampliación realizada en el propio alcance competencial del Consejo Territorial, antes limitado a la Dependencia, y que con la entrada en vigor del RD 20/2012, pasa a denominarse “Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia”. Esta denominación no es baladí, confiriendo al sistema una mayor proyección en el ámbito de los servicios sociales, no limitándolo únicamente a lo relacionado con la Dependencia. Esta ampliación junto con la inclusión de un nuevo punto en el artículo que regula en Consejo Territorial, pretende conferir un mecanismo de homogeneización y de intercambio de puntos de vista, que asegure *“la coherencia en la determinación y aplicación de las políticas sociales”*.

3.6. LEY DE AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

Frente a muchas autonomías en las que no se crearon entidades específicas para la gestión del gasto y competencias en materia de dependencia, para dar respuesta a los objetivos planteados en la Ley de Dependencia y a la gestión específica de las responsabilidades reconocidas a las Comunidades Autónomas en la misma, a través del Decreto 63/2006, de 20 de julio, la Comunidad de Madrid creó la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, integrada en la entonces Consejería de Familia y Asuntos Sociales (Herrero & de la Fuente, 2009). Entre sus numerosas funciones, la Dirección General gestiona los procedimientos fundamentales hasta la valoración y reconocimiento del grado de dependencia.

En las siguientes líneas, excediendo el contenido propio de la Ley, se considera adecuado describir de forma esquemática, el procedimiento para el

reconocimiento de la situación de dependencia en la Comunidad de Madrid, al tratarse del espacio en el que se desarrolla el trabajo de investigación, así como los principales hitos en la gestión del expediente concreto de un ciudadano, desde la solicitud de la valoración de la situación de dependencia hasta la asignación del PIA. Este procedimiento fue regulado en la Orden 2386/2008, de 17 de diciembre, modificada para su simplificación por la Orden 625/2010³².

- El procedimiento se iniciará a instancia de la persona interesada o de quien lo represente. Los interesados que cumplan los requisitos establecidos en la Ley, deben presentar la siguiente documentación: la solicitud, el DNI o NIE, documento acreditativo de la residencia en España en los últimos 5 años, un certificado de convivencia de los miembros que integran la unidad de convivencia en los casos de solicitud de prestación económica para cuidados en el entorno familiar, un informe de salud actualizado emitido por un médico colegiado, y en su caso, el reconocimiento del grado de discapacidad emitido por la Comunidad de Madrid.
- Valoración de la situación de dependencia. Una vez que el expediente del solicitante está completo, se comunicará al interesado la fecha y franja horaria en la que se llevará a cabo la valoración. El equipo evaluador, con perfil sociosanitario, aplicará el Baremo de valoración de dependencia (BVD), analizará los informes de salud, valorará el entorno habitual del interesado e informará sobre los recursos y servicios contemplados.
- La Comisión Técnica de Valoración de la Dependencia emitirá un dictamen técnico, conteniendo diagnóstico, grado de dependencia, así como otros aspectos que consideren relevantes. Este dictamen se elevará al Director General de Coordinación de la Dependencia.
- Resolución del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia. Tras el reconocimiento de la situación de dependencia, se procede a la elaboración del Programa Individual de Atención (PIA).

³² Orden 625/2010, de 21 de abril, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y para la elaboración del Programa Individual de Atención.

Para esta elaboración se ha atendido al cronograma temporal establecido por la Ley 39/2006, así como las modificaciones incorporadas al mismo a través del RD 20/2012, descritas en el apartado anterior del trabajo.

- A lo largo del proceso, se cuestionará al interesado sobre las modalidades de intervención que considera más adecuadas a sus necesidades. Esta consulta no será vinculante.
- El PIA determinará la modalidad o modalidades de intervención, servicios y/o prestaciones, más adecuadas a las necesidades del solicitante, de entre las que le corresponden en función de la clasificación del Grado de dependencia.

Cuando se resuelve el procedimiento para la elaboración del PIA, se indicará la fecha de efectividad del derecho a los servicios o prestaciones reconocidos.

Una vez que al solicitante se le adjudica como PIA una plaza residencial en Residencia de Mayores Dependientes, y concretamente en una de las residencias propias del Servicio Regional de Bienestar Social, se procede a incluirle en un programa informático, SIDEMA, que intercomunica a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia con los Centros residenciales.

Cuando se procede a incluir al adjudicatario en el listado de un centro concreto, aparecen determinados datos para proceder a su citación e ingreso: fecha de reconocimiento, datos mínimos de filiación, grado de dependencia y capacidad económica para el cálculo del precio público a satisfacer.

CAPÍTULO IV: LAS RESIDENCIAS DE MAYORES COMO INSTITUCIÓN.

En este capítulo se ofrece una visión generalizada sobre la evolución del cuidado a los mayores en las instituciones residenciales destinadas a este fin, las principales características de la Residencia de Mayores como Institución, ahondando en la contextualización del escenario en el que se desarrollará el estudio, el Servicio Regional de Bienestar Social, desde su génesis hasta la situación actual.

En este ámbito, se pretende contextualizar a la Residencia como la Institución social en la que va a vivir el residente, ya que su influencia en el establecimiento de relaciones, su estructura social y sus propios fines en la atención a los mayores, dirigirán los métodos de valoración y la adecuación de los mismos a las necesidades del residente, ya sea dependiente o autónomo.

4.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN RESIDENCIAL A MAYORES.

“Toda institución es un reflejo de la sociedad que la ha alumbrado. Ello quiere decir que abordar el análisis de las residencias de ancianos es ahondar en el significado sociológico de la ancianidad en nuestra sociedad” (Barenys, 1992:121)

El cuidado a las personas mayores ha estado históricamente circunscrito al entorno familiar y a la red social más próxima, ámbitos desde los que se cubrían las necesidades fundamentales en todo el proceso vital de la persona, desde el nacimiento, hasta su muerte. El significado social sobre la vejez, y el rol y el estatus de este grupo etario en la propia estructura social de su época, ha variado sustancialmente entre sociedades y culturas, así como en diferentes momentos históricos, influenciado por cuestiones de índole cultural, como el lugar que ocupa en la sociedad lo oral y lo escrito, la dimensión de la familia, la condición de trabajo o el propio ideal de belleza y éxito social (Quintanar, 2000).

En las sociedades prehistóricas era habitual que a los escasos individuos que sobrevivían a edades más avanzadas, la sociedad les presupusiera una

fortaleza relacionada con lo sobrenatural o lo sagrado; si bien, en determinadas sociedades en las que la subsistencia del grupo se basaba en la capacidad y en la fuerza física individual de sus miembros, se atentaba incluso contra los “no productivos”, al condicionar la propia supervivencia de la comunidad (Polo & Martínez, 2001).

En otros momentos de la historia, y en los diferentes contextos sociopolíticos, se desarrollaron instituciones destinadas al cuidado de aquellos mayores que carecían de recursos, de familia o aquellos en los que el abordaje de su cuidado no se podía realizar en ese ámbito. Sin pretender hacer un recorrido exhaustivo, destacamos algunos ejemplos representativos del desarrollo de estas instituciones, que en su devenir fueron evolucionando hasta convertirse en los actuales centros residenciales de atención a mayores:

En el Imperio Bizantino, existen referencias ciertas de las que, con toda probabilidad, fueron las primeras instituciones destinadas a la atención a viejos pobres. En el año 360 se fundó un hospital en Cesaréa, en el que había dispuesta una zona para albergar a los mayores, que al enfermar, podían ser trasladados temporalmente a la zona del hospital hasta su recuperación (Fernández & Sánchez, 2006).

En Grecia, se encuentran algunas de las primeras referencias a instituciones, con un marcado perfil caritativo-religioso, destinadas al cuidado a los ancianos y su sostenimiento alimenticio (Quintanar, 2000). Varios siglos antes, también en Grecia, Platón admitiría las debilidades que presentaba la vejez, previendo lugares de descanso y cuidados acompañados de baños calientes.

La Edad Media

A partir del siglo VI, una minoría de ancianos ricos deciden voluntariamente retirarse a monasterios para descansar y alcanzar la salvación eterna (Martínez, Polo & Carrasco, 2002), práctica que se extiende en los siglos siguientes. Esa forma de retiro, es privativa de personas adineradas y con recursos. El pobre, deberá subsistir en base a su trabajo, hasta que mantenga la capacidad para realizarlo. En ese momento, y en caso de no disponer de una red familiar que lo cuide, pasaría a integrar el compendio de inválidos, huérfanos, locos y pordioseros (Quintanar, 2000). En cierta forma, el auténtico problema social lo presentan los “viejos pobres” ya que los adinerados, tenían autonomía

para subsistir. La pobreza, y no la edad por sí misma, se convierte en la causa del problema social planteado (Fernández & Sánchez, 2006). En el Concilio de Mayenza (1261) se solicita a los abades de los monasterios que los equipen con salas de enfermería para la atención a los ancianos.

Esa condición de retiro voluntario de un determinado estrato social, y la protección de estos monasterios de los avatares bélicos, epidémicos o de ausencia de alimentos, consigue que los ancianos residentes, presenten un mayor nivel de calidad y esperanza de vida, expresados en términos de salud.

En la evolución socio-política de la Edad Media, se va experimentando un crecimiento paulatino de la burguesía y del comercio, adquiriendo la vejez una mayor relevancia social al conjugarse en esta edad, la mayor experiencia y las mayores riquezas acumuladas a lo largo de la vida, especialmente en los comerciantes. A esta situación de mayor estatus social, también contribuyó el desequilibrio demográfico producido como consecuencia de las epidemias devastadoras de la época, que incidieron especialmente en los jóvenes y niños.

En ese contexto socioeconómico, la atención a los ancianos sufre algunas mejoras. Además de la extensión de los retiros voluntarios, comienzan a desarrollarse organizaciones gremiales promovidas por los comerciantes y los artesanos; así como casas de retiro para caballeros mayores, originadas desde las órdenes de caballería (Martínez et al., 2002). La propia Iglesia crea hospicios destinados para albergar a sacerdotes ancianos, evitando la mendicidad a la que se verían conducidos muchos de ellos en la última etapa de su vida.

Es destacable el papel de la Iglesia en el desarrollo de hospitales e instituciones caritativas para la atención a los más necesitados. Esta situación es especialmente destacable en el siglo XV, denominado por algunos autores como el "siglo de los hospitales", entendiéndose como tal, las casas en las que se recibían a los necesitados, entre los que se encontraban los ancianos. La misión de estos hospitales y asilos de la edad media, era conseguir la vida eterna, de ahí la no distinción de sus usuarios (Quintanar, 2000).

Un hito importante, por su impacto en el cuidado a mayores, es el surgimiento de las órdenes religiosas de San Juan de Dios y las Hijas de la Caridad, fundadas por San Vicente Paul y Santa Luisa de Marillac en el siglo XVII. Estas órdenes surgen fundamentalmente con la vocación del cuidado a los

mayores en un momento de revoluciones, incluida la propia evolución de los cuidados sanitarios y sociales (Lorenzo, 2010).

La Edad Moderna.

El aumento del poder e influencia social de la burguesía va aumentando y el nuevo sector social, con posibilidades económicas, solicita el auxilio médico para sus ancianos (Fernández & Sánchez, 2006).

La atención social a la vejez se inscribe dentro de la atención a la pobreza, al estar configurado este grupo especialmente por viejos, mujeres y viudas. El paso de la Edad Media al Renacimiento supone, además del crecimiento de la burguesía, otros cambios sociales motivados por la concentración de población en los núcleos urbanos y el crecimiento de la pobreza en las ciudades (Martín, 2011). Socialmente se produce un debate sobre la conveniencia de abordar el problema de la pobreza y de la mendicidad, mostrándose dos tendencias fundamentales: la libertad del mendigo para vivir en la calle o la conveniencia de centralizar la caridad en centros específicos para pobres y mendigos. En cualquier caso, el aumento de la pobreza y la mendicidad se convierten en una preocupación política importante en la época.

La Ilustración otorga al Estado la misión asistencial, secularizando la pobreza. Surgen así los “hospicios”, en los que *“el tratamiento de la pobreza no ha de ser individualista y religioso, sino colectivo y racional, represivo y reeducador asistencial”* (Fernández & Sánchez, 2006: 176). En ellos, el trabajo se regulaba en función de una escala de intensidades, en las que los ancianos, al igual que las mujeres y enfermos, serían destinados a las tareas domésticas.

A lo largo del siglo XIX se produce un desarrollo normativo destacable en los aspectos relacionados con diversa problemática social, que repercutirán en el desarrollo de las instituciones benéficas, evidenciando una voluntad de la administración pública por articular un sistema de beneficencia (Aguilar, 2010). La Constitución Española de 1812 contempla en su artículo 321, apartado sexto, que será responsabilidad de los Ayuntamientos: *“cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia, bajo las reglas que se*

prescriban”³³. La Ley de Beneficencia de 1822 focalizaba la responsabilidad fundamental a nivel municipal, otorgando a las diputaciones provinciales el control (Aguilar, 2010). Entre los aspectos más destacables en el desarrollo de las instituciones que nos ocupan, la Ley contemplaba la reforma hospitalaria, la creación de hospitales para locos y convalecientes, y la corrección de determinadas prácticas en los hospicios, que pasan a denominarse casas de socorro (Vidal, 1987). La Ley General de Beneficencia de 1849, revierte el proceso municipalizador, atribuyendo responsabilidades en distintas administraciones. En este modelo, el nivel provincial se convierte en el responsable de una parte importante de los servicios residenciales, hospitalarios y sociales (Aguilar, 2010).

La ubicación de los asilos se caracteriza por su desplazamiento a las zonas periféricas de las ciudades, encontrando más razones en su edificación con origen económico o de exclusión social de los ancianos que los habitaban, que razones de índole higiénico y de salud pública, como el perseguido en la ubicación de los hospitales contemporáneos (Fernández & Sánchez, 2006).

El desarrollo de los actuales Centros Residenciales.

Desde esa perspectiva histórica, la atención permanente a personas mayores ha pasado del modelo “asilar”, dirigido especialmente al recogimiento y manutención de mayores y marginados, tratándose de centros de beneficencia y con ciertos tintes de estigmatización (IMSERSO, 2000); a los actuales centros sociosanitarios, visibles e integrados en la estructura social de ciudades y pueblos, en los que, de forma especializada e integral, se atiende a mayores con diferentes necesidades de apoyo social y/o de salud.

Diversos factores socioculturales como el tipo de familia que predominaba en la época, la fuerte influencia de las creencias religiosas y de la cultura imperantes, o la solidaridad intergeneracional presupuesta, marcaban una visión social negativa sobre este tipo de centros, los asilos para ancianos, caracterizada por la imagen de marginalidad y la exclusión social, ocupando sus plazas principalmente ancianos indigentes o abandonados. La función social de esas

³³ Constitución Española de 1812, consultada en la página web del Congreso de los Diputados: http://www.congreso.es/constitucion/ficheros/historicas/cons_1812.pdf

instituciones se basaba en dar cobijo, custodiar o recluir a individuos, según los propios objetivos a los que se dirigiera el servicio: prestación de socorro o auxilio, prevención y cura de enfermedades, castigo, etc (Barenys, 1993).

El nacimiento de los actuales centros residenciales para mayores, puede situarse en numerosos países europeos tras la Segunda Guerra Mundial, siendo más reciente en otros países mediterráneos, como el caso de España, o en países latinoamericanos (IMSERSO, 1999). Este retraso de su desarrollo en los países mediterráneos, guarda relación con la arraigada tradición social de la atención social a los mayores. Los propios modelos y políticas sociales europeas, contemplan esa peculiaridad en la responsabilidad de la familia en el cuidado: los modelos nórdicos tratando de recuperarla; el continental de mantenerla con ayudas importantes; y el mediterráneo, se encuentra en un momento de transición hacia nuevas formas de cuidado (Rodríguez, 2007).

En el caso de España, puede situarse en la mitad del siglo XX el momento en que comienza a recogerse a los ancianos en espacios específicos para ellos (Pérez, 2010). La creación y el rápido desarrollo de las residencias de mayores obedece a la necesidad de dar respuesta a nuevas realidades surgidas de los fenómenos sociales, culturales y demográficos de los que se han ido mencionando, de entre los que se puede destacar: la nuclearización de la familia, la incorporación de la mujer –cuidador principal- al mundo laboral extradomiciliario, el aumento progresivo de la esperanza de vida y el éxodo a las ciudades con la consecuente reducción del espacio en las viviendas. La promulgación del Plan Gerontológico Nacional, en 1971, supuso un impulso importante en la creación de Residencias. En 1975 existían 640 residencias de ancianos en España, en las que residían 58.164 mayores. Es destacable que en el 95% de las mismas, había una participación activa de comunidades religiosas (Jiménez, 2001).

La modificación de la institución residencial coincide a su vez con el momento en que comienzan a medicalizarse los centros, conduciendo a una mayor especialización en la atención a los mayores (Barenys, 1992). La gestión y atención deja de restringirse a la Obra de la Iglesia, predominante hasta ese momento, para dar paso a la iniciativa del sector público y posteriormente, a la inclusión del sector privado, tan generalizada en la actualidad. El nuevo modelo

se hizo accesible a mayores de todas las clases sociales, con necesidades específicas por diversa problemática, sanitaria y/o social.

Como se indicaba al comienzo de este apartado, el modelo de cuidado y atención a los mayores a lo largo de la historia, está directamente condicionado por la creencia colectiva sobre la ancianidad que ha imperado en cada momento. Como síntesis se este recorrido, se muestran las palabras empleadas por Carmen Chamizo³⁴ para describir esta evolución de la ancianidad, que sintetizan ese recorrido evolutivo de la vejez, desde la casualidad en los pueblos de la antigüedad, al problema social actual: “... en la época medieval y antes, envejecer era una casualidad. Durante el Renacimiento, el Barroco y la Revolución Científica pasó a ser un lujo, debido a las epidemias. Ya durante el siglo XIX y XX comienza a ser una cuestión de tiempo y actualmente se contempla como un problema...” (Chamizo, 1998: 37).

4.2. LA ATENCIÓN RESIDENCIAL A MAYORES EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

El conocimiento detallado del número y tipo de plazas de residencias de mayores a nivel estatal, se convierte en un elemento complejo, por la inexistencia de un organismo que aglutine la información relativa a todas las realidades de centros, independientemente de su tipología de gestión, de sus características de tamaño o de la casuística atendida. En un informe de noviembre de 2011 del Portal de Mayores, elaborado en base a los centros registrados, se le atribuyen a la Comunidad de Madrid un total de 47.430 plazas de Residencias de Mayores³⁵, en las que se incluyen todas las modalidades de gestión y procedencia. Esta cifra supone un porcentaje del 17,33% de las plazas disponibles en todo el territorio del Estado, cuando su población representa el 13,48% de la total de España³⁶.

³⁴ Carmen Chamizo Vega. Enfermera e Historiadora de la Enfermería. Doctora por la Universidad de Alicante.

³⁵ Equipo Portal de Mayores (2011) “Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de noviembre de 2011”. Madrid. Informes Portal de Mayores nº 128.

³⁶ Cifras del Instituto Nacional de Estadística, referidas a 1 de enero de 2013, empleadas como base para los análisis mensuales sobre el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia elaborados por el IMSERSO para el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Atendiendo a la red de plazas residenciales para personas mayores de financiación pública, en el año 2011 suponían 24.475 plazas, ubicadas en un total de 118 residencias. Del global de plazas públicas, 8.707 son propias, 894 concertadas con Ayuntamientos, 9.310 son concertadas con organizaciones privadas y 5.564 pertenecientes al Plan de Velocidad³⁷ (Consejo Económico y Social, 2012). Cabe destacar que la Consejería de Asuntos Sociales determina que el 90% de las plazas públicas existentes, son para la atención a mayores dependientes.

Esta realidad obedece al desarrollo de diferentes planes y políticas de Servicios Sociales, en los que se integra el propio desarrollo de la red de plazas residenciales destinadas a la atención a mayores. Del análisis de la evolución de la oferta de plazas residenciales se desprende que, previamente a la entrada en vigor de la Ley de Dependencia, este recurso era un pilar fundamental, incluido en el modelo de política social destinada a la atención a mayores de la Comunidad de Madrid. Esta situación cobra especial relevancia, al haber determinado, en gran medida, la situación de partida de las Comunidades Autónomas en la oferta del recurso residencial, pudiendo tratarse de uno de los elementos que ha influido en los diferentes calendarios de implantación de la Ley. El propio informe que emitió el Grupo de Expertos para evaluación de la aplicación de la Ley de dependencia, reflejaba esa situación al analizar el catálogo de servicios: “...en cierto modo es inercial con los servicios existentes y no aporta, en general, nuevo valor añadido”³⁸.

La importancia de las Residencias de Mayores en la red de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid es objetivable en el crecimiento exponencial de plazas que se produce, si bien, el modelo que subyace en todos los planes y políticas, siempre ha contemplado la institucionalización como un recurso complementario, apostando por el mantenimiento del mayor en su entorno habitual. En el año 1996, una vez efectuadas la práctica totalidad de las transferencias de funciones y centros de Servicios Sociales, la Comunidad de

³⁷ El Plan de Velocidad surge como un compromiso entre la Administración Autonómica, la municipal y el sector privado para la creación rápida de plazas residenciales. Los ayuntamientos cedían el suelo durante 50 años a la Comunidad y los grupos privados realizaban la gestión.

³⁸ Informe del Comité de Expertos citado en Revista de Alzheimer España: Ememori@, 2009: 10.

Madrid ofertaba los recursos asistenciales para aquellas personas mayores “que no podían mantenerse en su entorno habitual”, presentando la red de residencias de mayores la siguiente configuración: 29 residencias propias y 32 residencias concertadas³⁹.

Los criterios de Política Social contemplados en el Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid de 1998, motivados por la evolución demográfica y las modificaciones de vida derivadas de cambios sociales estructurales, potenciaban el desarrollo integral de la persona, actuando sobre el conjunto de la población y sobre aquellos mayores más vulnerables. El tipo de atención que se refleja en el Plan: “...contemple las necesidades de todo tipo (sociales, sanitarias, económicas, culturales) mediante la oferta de un abanico de servicios, que a la vez persigan el mayor nivel de calidad” (Dirección General de Servicios Sociales, 1999: 81). El Plan surge del esfuerzo por prever la situación de envejecimiento poblacional y la necesaria racionalización, para el desarrollo de recursos e intervenciones dirigidas a las necesidades específicas de este grupo poblacional.

Entre las estrategias que se planteaban en el Plan de Mayores, la segunda hacía referencia al “Alojamiento alternativo y atención especializada”, concibiendo a las residencias como un “*equipamiento especializado destinado a atender a personas dependientes en las Actividades de la Vida Diaria*”. El Plan establecía el perfil de los usuarios de estos centros residenciales, así como los objetivos de creación de plazas, proponiendo una ampliación hasta alcanzar una disponibilidad de 16.000 plazas residenciales de financiación pública.

La evolución de la oferta de plazas residenciales públicas, anterior a la entrada en vigor de la Ley de dependencia, permite objetivar esa apuesta de la Comunidad de Madrid por este recurso. En el año 1995, la red de plazas públicas en Residencias de Mayores era de 5.916, alcanzando en el año 2003, las 14.402 plazas, entre las gestionadas por el SRBS y el resto de modalidades de gestión y financiación (plazas propias de gestión indirecta, plazas concertadas, plazas cofinanciadas, sociosanitarias, etc.). El último recuento de plazas públicas anterior a la Ley de dependencia, de diciembre de 2006, indicaba que la Comunidad de

³⁹ Memoria de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid del año 1996. Las Residencias propias incluyen las gestionadas por el SRBS y otras de gestión privada a través de contratos administrativos.

Madrid disponía de 20.697 plazas, ubicadas en 192 residencias (Consejería de Familia y Asuntos Sociales, 2007).

4.2.1 Evolución de los Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid.

Para entender la configuración de los Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid, y la evolución de los mismos hasta nuestros días, se ha considerado oportuno comenzar este apartado con la propia creación de la Comunidad de Madrid, y el marco de referencia normativa que le transfiere la competencia sobre los servicios sociales, el artículo 148.20 de la Constitución Española⁴⁰, y su desarrollo posterior a través del “Estatuto de Autonomía”.

El Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid fue aprobado por la Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero. Entre su articulado, el Estatuto contiene referencias explícitas a las competencias de la Comunidad de Madrid en los Servicios Sociales:

En el Artículo 26 del Estatuto, que describe las materias en las que la Comunidad de Madrid tiene competencia exclusiva, el apartado 1.23, indica: *“Promoción y ayuda a la tercera edad, emigrantes, minusválidos y demás grupos sociales necesitados de especial atención, incluida la creación de centros de protección, reinserción y rehabilitación”*. Bajo esa redacción se encierran el global de los servicios sociales: los básicos, prestados a través de la administración municipal; y los especializados, a través de la propia Administración Autonómica. Esa configuración ha marcado el desarrollo de diferentes modelos de servicios sociales en los distintos territorios del Estado, así como diferentes calendarios en el proceso de reestructuración político-administrativa, y en suma, de la gestión de la protección social (Campos, 1996).

Esta cuestión resulta de especial relevancia en el presente estudio, debido a que, aunque la Ley de Dependencia tiene carácter estatal, su aplicación en las Comunidades Autónomas ha tenido que ajustarse a los modelos y sistemas de servicios sociales existentes con anterioridad, y por ende, a la red de servicios de los que disponía cada una de las regiones.

⁴⁰ El artículo 148 de la Constitución Española establece las materias en las que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias. En su apartado 20, se contempla específicamente la “Asistencia Social”.

El Artículo 28 del Estatuto de Autonomía, que regula las materias en las que corresponde a la Comunidad de Madrid la ejecución de la legislación del Estado, indica en su apartado 1.2: "*Gestión de las prestaciones y servicios sociales del sistema de la Seguridad Social: Inserso...*". De nuevo, puede comprobarse el papel trascendental que ocupan las Comunidades Autónomas en la gestión de los servicios sociales, y en definitiva, de toda la política social del Estado. Esta participación activa en la gestión, podría explicar las diferencias que se mencionaban en la introducción del trabajo, sobre la aplicación de diversas prestaciones reconocidas en la Ley 39/2006.

Configuración del Sistema.

El Sistema de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, al igual que los del resto de Comunidades Autónomas, se configuró en los dos niveles a los que se ha aludido, la red básica y la red especializada:

- a. En el marco convivencial primario: la familia y la comunidad. Esta red de servicios sociales generales o comunitarios, se ha desarrollado a nivel municipal con apoyo financiero y técnico de las administraciones autonómicas y central. Caracteriza a esta red básica:
 - Ser puerta de entrada al sistema. Esta característica también se produce en la aplicación de la Ley de Dependencia. Los ciudadanos acceden al sistema a través de los servicios sociales municipales.
 - Ser polivalentes por atender a toda la variedad de demandas sociales.
 - Prestar atención a toda la población del territorio.
 - Actuar en el medio natural de convivencia: la familia, el pueblo, el barrio.
 - Fomentar la participación del individuo en proyectos colectivos.

El número de Centros de Servicios Sociales en el Municipio de Madrid experimentó un notable crecimiento en los años 80, alcanzando los 28 centros en el año 1990. En el resto de los municipios de la región el desarrollo de esta tipología de Centros fue más tardío, llegando a los 47 centros en el año 1997 (Aleman, Garcés & Gutiérrez, 2003).

La colaboración entre la Comunidad de Madrid y los Entes Locales madrileños se materializa a través de convenios anuales de cooperación interadministrativa. En el año 2011, estos convenios alcanzaron un total de 54, en los que quedaban representados los 179 municipios de la región (Consejo Económico y Social, 2012). Entre los principales programas desarrollados en la red básica, destacan: la cooperación social, la prevención e inserción, y la familia y convivencia. Estos programas se materializaron en el año 2011 a través de 604 proyectos, en 78.864 prestaciones y recursos, entre los que, en el ámbito del estudio y de la atención a la dependencia, se incluyen: ayuda a familias, alojamiento/viviendas, alimentación, teleasistencia, ayuda a domicilio y ayudas complementarias (Consejo Económico y Social, 2012).

- b. En marcos institucionales especializados, cuando la persona no puede ser atendida en su hábitat comunitario. Esta red de servicios sociales especializados, se ha desarrollado conforme a criterios de territorialización y asignación de recursos para el ámbito geográfico de cada territorio autonómico. Esta red atiende problemáticas concretas: tercera edad, drogas, discapacidad, refugiados, etc. Son características de la misma (Comunidad de Madrid, 1992):
- Acceso a sus servicios a través del nivel primario, al menos, a los servicios y equipamientos públicos.
 - Prestar atención a poblaciones concretas con problemas y necesidades específicos.
 - Intervenir a través de tratamientos y programas complejos.
 - Actuar desde equipamientos especiales.

La red especializada resulta especialmente relevante en el desarrollo del trabajo que nos ocupa, ya que en ella se inscriben los recursos residenciales para la atención a personas mayores y, concretamente, las Residencias de Mayores del Servicio Regional de Bienestar Social en las que se circunscribe la investigación. Pero a parte de este recurso específico, la red de servicios sociales especializados de la Comunidad de Madrid, incide también en otras problemáticas a través de recursos y programas especializados que se describen esquemáticamente a

continuación, con objeto de facilitar la comprensión sobre la configuración global del sistema de servicios sociales madrileño:

- Familia. Programas de apoyo y orientación a la familia y adolescentes, recursos residenciales (residencias maternas) y recursos no residenciales.
- Infancia y adolescencia. Tutela y guarda de menores, recursos residenciales (residencias, hogares y protección) y no residenciales; otros programas (atención temprana, inserción sociolaboral, programas de respiro, etc).
- Dependencia.
- Personas mayores. Recursos residenciales (Residencias de Mayores) y no residenciales (Centros de día, centros de mayores y comedores sociales).
- Personas con discapacidad. Recursos residenciales para personas con discapacidad intelectual y física; recursos no residenciales (Centros base, centros ocupacionales, centros de día de discapacidad intelectual y centros de día de discapacidad física); red de centros y recursos para personas con enfermedades mentales y crónicas.
- Tutela y defensa judicial de adultos. A través de la Agencia Madrileña para la Tutela de Adultos.
- Mujer. Destacan los planes y medidas contra la violencia de género y la atención a mujeres en riesgo o situación de exclusión social.
- Inmigración. Con programas y centros de atención, participación en integración de inmigrantes.

Retrocediendo de nuevo a los años inmediatamente posteriores a la creación de la Comunidad de Madrid, resulta trascendente reflejar la filosofía recogida en la primera memoria de gestión interanual 1983-1987 de la Comunidad de Madrid, en la que se deja entrever el modelo de servicios sociales que se pretendía desarrollar y que suponía un nuevo enfoque respecto a la realidad que venía observándose. En ese texto se contempla como objetivo político *“erradicar la beneficencia y la asistencia social y sustituir estos sistemas paternalistas e insuficientes por un auténtico sistema de servicios sociales basado en el desarrollo de los derechos constitucionales”* (Comunidad de Madrid, 1987:60). Ese objetivo puede considerarse culminado, al menos en el ámbito legislativo y filosófico, con el reconocimiento

del derecho subjetivo que supuso la Ley 39/2006, erigiendo al ciudadano dependiente en sujeto de derecho, situación contrapuesta al carácter graciable que se le atribuía a los Sistemas tradicionales de beneficencia (Aguilar, 2010).

Profundizando más en la configuración de la política social que sustentaba el modelo planteado, en esa primera memoria se concluye la pretensión de potenciar “...la creación de una red pública de servicios sociales dirigida a toda la población y que permita desarrollar una atención coordinada con entidades y asociaciones que prestan servicios sociales sectoriales...” (Comunidad de Madrid, 1987). Estos objetivos se materializan en la configuración inicial y en la zonificación de los servicios sociales en la Comunidad de Madrid, distribuidos por todo el territorio para asegurar la accesibilidad de la población.

Esta zonificación se realizó atendiendo a criterios de número de población, dispersión, localización de los municipios y otras variables, estableciéndose una estructura que da muestra de la complejidad de la red en una región, que si bien es uniprovincial, presenta una configuración municipal muy heterogénea con municipios como Madrid, que albergaba varios millones de habitantes y otros núcleos muy pequeños que prácticamente no superaban la centena. A nivel de extensión geográfica, los municipios de Madrid también presentaban una realidad muy distinta. La superficie media de los 179 municipios de la Comunidad de Madrid es de 89 Km², con municipios como Casarrubuelos, el más pequeño, que cuenta con una extensión de 5,3 Km² o el municipio de Madrid, el más extenso, con una superficie de 605,8 Km² (Alemán et al., 2003).

La zonificación fue implantada a través del Decreto 81/1990⁴¹ con objeto de localizar los Centros y Servicios existentes en ese momento y facilitar la programación y el desarrollo de los futuros. Atendiendo a la especificidad del Municipio de Madrid y a la necesidad de aclarar algún criterio sobre volumen poblacional, se introdujeron modificaciones en dos artículos a través del Decreto 48/1992⁴², que a su vez fue actualizado a través del Decreto 109/1998⁴³, vigente en la actualidad, en el que se determinan:

⁴¹ Decreto 81/1990, de 13 de septiembre, por el que se aprobó la zonificación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

⁴² Decreto 48/1992, de 18 de junio por el que se modifican los artículos 2.2 y 3.2 del Decreto 81/1990, de 12 de septiembre relativos al límite de población de la zona básica de servicios sociales y de la demarcación, con la excepcionalidad del Municipio de Madrid.

- Zona básica. Marco territorial de los Servicios Sociales Generales. Puede estar constituida por varios municipios, por un solo municipio o por barrios de un municipio. En el año 1986 existían 213 zonas básicas de servicios sociales en la Comunidad de Madrid, presentando esas diferencias mencionadas como el caso de Madrid Municipio, con 26 zonas básicas, distribuidas según los distritos municipales o zonas básicas de gran extensión como la de Buitrago de Lozoya en la que se incluyen 24 municipios (Instituto Regional de Estudios, 1986).
- Demarcación. Agrupación de dos o más zonas básicas colindantes. En ella se ubican el centro de servicios sociales y el equipo técnico correspondiente. Continuando con el ejemplo de la zona básica de Buitrago de Lozoya, la demarcación “Zona Norte” agruparía esa zona básica y las de Rascafría, Torrelaguna y la Cabrera, incluyendo un total de 42 municipios.
- Distrito de Servicios Sociales. Es el marco territorial considerado para la distribución de centros y servicios del segundo nivel de atención, es decir, de los Servicios Sociales Especializados, entre los que se incluyen las Residencias de Mayores. El Distrito “Sierra”, incluye las demarcaciones: Zona Norte, Colmenar Viejo, Collado Villalba y Guadarrama.
- Área de Servicios Sociales. Se trata del ámbito territorial que agrupa a varios distritos de servicios sociales. Este ámbito facilita la estructuración de las redes completas de servicios sociales, constituyendo una referencia para garantizar el acceso de la población a los mismos.

Esta distribución, con el entramado de recursos que constituyen cada una de las unidades de clasificación, da constancia de la complejidad de la red previa de servicios sociales con la que contaba la Comunidad de Madrid, destacando que la heterogeneidad del territorio y la desigual distribución de la población, condicionaron una zonificación en la que se priorizó por la eficacia en la distribución estratégica de los recursos, sobre el principio de homogeneidad poblacional (Consejería de Integración Social, 1993).

⁴³ Decreto 109/1998, de 18 de junio, por el que se actualiza la zonificación de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

4.2.2 El Servicio Regional de Bienestar Social. Origen y evolución.

El Servicio Regional de Bienestar Social es el Organismo del que dependen en la actualidad las 24 Residencias de Mayores sobre las que versa el presente estudio, de ahí que su descripción, facilite el seguimiento posterior de los resultados y la contextualización de los mismos.

La historia del SRBS es en gran medida la propia historia de una parte muy importante de los Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid, al haber aglutinado, especialmente en sus comienzos, numerosas competencias en servicios sociales generales y especializados, e ir asumiendo desde el año 1984, *“Las sucesivas transferencias del Estado en el Área de los Servicios Sociales”* (Aleján, 2003: 1166).

Atendiendo a su origen y a su definición legislativa, el Servicio Regional de Bienestar Social, es un Organismo Autónomo de carácter administrativo adscrito a la Consejería de Asuntos Sociales, creado por la Ley 91/1984, de 30 de mayo, *“para la gestión directa, el desarrollo y el control de los Centros y Servicios de Acción Social que, siendo titularidad de la Comunidad de Madrid, le han sido asignados por el Consejo de Gobierno o por la Consejería de Familia y Asuntos Sociales...”* (Artículo 8). (Consejería de Familia y Asuntos Sociales, 2007:55). Esta realidad administrativa, le confiere una peculiaridad en la gestión y en el desarrollo de su actividad, que le otorga una personalidad característica en el ámbito de la Administración Pública.

El SRBS nace en el seno de la entonces denominada *“Consejería de Salud y Bienestar Social”*, siendo relevante esta nomenclatura, y el alcance de sus funciones, porque significa la primera descentralización de competencias del Estado Central y la adaptación, en los ámbitos de la *“salud”* y de la *“asistencia social”*, a la nueva realidad planteada con la Constitución Española de 1978.

Al comienzo, el Estado mantuvo prácticamente íntegras sus competencias en materia de salud en la Comunidad de Madrid, conservando la gestión de los Centros adscritos al Instituto Nacional de Salud (Campos, 1996). Esta realidad determina que una parte importante de la nueva Consejería fueran las competencias relativas a los servicios sociales, situación que condujo a un desarrollo muy notable por parte de la Administración Autonómica.

El SRBS fue recibiendo para su gestión, centros de diversa procedencia y de culturas organizativas muy diferentes, situación que ha caracterizado durante

décadas la “filosofía imperante y el modo de trabajo de los centros”. Los Centros provinieron de organismos extintos o que se verían modificados de contenido competencial con el nuevo modelo político-territorial, pudiendo destacar tres Organismos cuya transferencia y sus propios modelos de centros, han marcado la configuración y evolución del SRBS:

Diputación Provincial de Madrid.

En el año 1970, la Diputación inaugura la primera “Residencia de Ancianos” en la carretera de Colmenar, Km. 13,5; llegando a disponer de siete Ciudades Sociales y tres Residencias de Ancianos, según su denominación⁴⁴. De la Diputación provincial fueron transferidas un total de 10 Residencias al SRBS.

Instituto Nacional de Asistencia Social (INAS)

Entre los años 1985 y 1986 se incorporaron al Servicio Regional de Bienestar Social varios centros procedentes del Instituto Nacional de Asistencia Social (INAS), entre los que se encontraban 7 centros residenciales para mayores. En el año 1985, recibían atención residencial en el SRBS, 5.225 “ancianos⁴⁵”.

Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO)

En el año 1996, se hizo efectiva la incorporación al SRBS de 6 Residencias de Mayores procedentes del INSERSO, produciéndose el aumento de 1.334 plazas residenciales.

En 1987, en medio del proceso de descentralización del Estado y de reordenación político-administrativa, los grandes ámbitos que constituían la Consejería inicial, “salud” y “bienestar social”, ven muy incrementadas sus competencias a nivel autonómico, procediendo a su separación y a la creación de

⁴⁴ Memoria de la labor realizada por la Excelentísima Diputación de Madrid en el año 1979.

⁴⁵ El término “ancianos” era la denominación habitual en ese momento, figurando en todos los documentos legales e incluso en el propio nombre de las “Residencias”. Ese término fue sustituido por el de “personas mayores” y posteriormente por el de “mayores”, tratándose de la denominación actual (Residencias de Mayores).

la “Consejería de Integración Social”, de la que pasa a depender el SRBS⁴⁶. La nueva realidad alcanzada tras el proceso continuo de transferencias, hizo necesarias sucesivas modificaciones de la estructura del SRBS para su adecuación a los recursos y proyectos de acción social existentes en cada momento (Consejería de Integración Social, 1990). Destacamos aquí la composición del Departamento de Servicios Sociales, una de las unidades administrativas del SRBS contempladas en el Decreto 52/90⁴⁷, al permitir visualizar algunos ámbitos y sectores de atención a los que se dirigía entonces el Organismo y que posteriormente serían asignados a otras estructuras de la Consejería:

- Servicio Social de Tercera Edad.
- Servicio Social de Minusválido.
- Servicio Social de Mujer.
- Servicio Social de Familia, Menores y Juventud Marginada.
- Servicio Social de Otros Colectivos.

En esos primeros años, aparte de la atención a los mayores y a los discapacitados intelectuales a través de la gestión directa de los centros propios, que se ha mantenido hasta la actualidad, en el SRBS se gestionaban servicios indirectamente, a través de la concertación de plazas, así como ayudas y subvenciones en el ámbito de la educación especial, de la atención a personas en centros especializados, ayudas a familias y madres solteras y ayudas a otros colectivos marginados.

La descripción de los primeros años de su creación permite aproximarse a la dimensión y al volumen de centros y recursos sociales que gestionaba el Servicio Regional de Bienestar Social, con el consecuente impacto y repercusión que supuso el Organismo en la configuración de los Servicios Sociales madrileños actuales.

En el año 1990 el SRSB cuenta con una red de 17 centros Residenciales para la atención a Mayores (transferidos de la Diputación Provincial y del INAS),

⁴⁶ Decreto 64/1987, de 30 de julio del Consejo de Gobierno por el que se aprueba la modificación de las estructuras de las Consejerías.

⁴⁷ Decreto 52/90, de 14 de junio, por el que se modificaba la estructura orgánica del SRBS (modificado por Decreto 5/1993, de 28 de enero).

clasificados en Residencias de Válidos, Residencias Asistidas y Residencias Mixtas, con una capacidad global de 4.547 plazas de válidos y 640 plazas asistidas (Consejería de Integración Social, 1990).

Tabla 4-Cap.4. Centros y Plazas para Tercera Edad del SRBS Año 1990.

Tipo de Centro	Número de centros	Número de Plazas
Residencias de ancianos propias	17	5.187
Residencias de ancianos concertadas	-	725
Comedores y clubes de ancianos	6	585

Además de los recursos descritos para mayores, en ese año el SRBS disponía de 7 centros Ocupacionales de Zona, de los que 4 contaban con Residencia. A esta red se añadía un centro de Atención Especializada, "La Barranca", destinado a discapacitados gravemente afectados, con problemática socio-familiar asociada. En el ámbito de la discapacidad (entonces Minusvalía), también existían conciertos y colaboraciones con entidades y asociaciones privadas o sin ánimo de lucro del sector.

En el ámbito de la atención a la mujer, que posteriormente no dependerá del SRBS, se promovían acciones y programas de prevención, acogida, tratamiento y reinserción para este colectivo, especialmente destinados a la eliminación de todo tipo de discriminación por razón de sexo. Para este objetivo el SRBS contaba con dos centros propios de acogida⁴⁸ y seis pisos tutelados, además de colaboraciones con otros centros específicos.

Durante dos años (1988-1990) el SRBS gestiona la Comisión de Tutela del Menor⁴⁹, "*dirigido en el principio de normalización de la respuesta ante situaciones de riesgo de los menores y jóvenes*" (Consejería de Integración Social, 1990).

⁴⁸ Centro de Atención a Madres Adolescentes -Residencia Norte- y Casa Refugio para la atención inmediata a mujeres víctimas de malos tratos.

⁴⁹ El Decreto 49/1988, de 5 de mayo, adscribe a la Consejería de Integración Social las funciones que le corresponden a la Comunidad de Madrid en aplicación de la Ley 21/1987, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de enjuiciamiento Civil en materia de adopción.

El SRBS atendía también al grupo que se denominaba “otros colectivos”, desarrollando programas específicos destinados a:

- Minorías étnicas.
- Atención a transeúntes, marginados y sin hogar.
- Servicios Sociales alternativos a la institucionalización psiquiátrica.
- Comedor de Refugiados, que en el año 1990 alcanzó los 1.370 usuarios (Consejería de Integración Social, 1990).

La magnitud y la rapidez de ese proceso de crecimiento y desarrollo competencial del Servicio Regional de Bienestar Social en los primeros años, puede contemplarse también desde la esfera de los recursos humanos destinados al mismo, que pasaron de 1.584 trabajadores en el año 1984 a 3.603 en el año 1990, suponiendo un crecimiento de la plantilla superior al 50% en seis años.

En 1995, la Consejería de Integración Social se unió de nuevo a su homóloga en salud, constituyéndose la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales⁵⁰. El SRBS depende orgánicamente de la Viceconsejería de Sanidad y Servicios Sociales.

En ese año, el SRBS gestionó, 19 Residencias para Mayores, 15 centros de atención a personas afectadas con minusvalías, 2 centros para atención a mujeres con dificultad, 14 centros sociales y otros de diferentes actividades promocionales⁵¹. A pesar del volumen de gestión de centros y de sus competencias, comienza a perfilarse el campo de actuación específico que ha mantenido el SRBS, las personas mayores y los discapacitados intelectuales, reduciéndose el ámbito competencial que se describía en la etapa anterior.

Esa especialización se traduce en el desarrollo durante el año 1995 de programas específicos de intervención en los mayores institucionalizados, como el programa de mejora de la calidad y eficiencia de los cuidados o el programa de intervención sobre problemas socio-sanitarios frecuentes en las Residencias de Mayores, suponiendo hitos trascendentes en el nuevo modelo de atención.

⁵⁰ La estructura orgánica de la nueva Consejería de Salud y Servicios Sociales fue aprobada por decreto 262/1995, de 19 de octubre del Consejo de Gobierno.

⁵¹ Los datos del volumen de gestión y la denominación empleada de los recursos y dispositivos, aparecen en la Memoria de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de 1995.

En el año 1995, se articula legislativamente el último gran proceso de transferencias hacia el SRBS, que sería efectivo el año siguiente, relativo a los centros dependientes del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO)⁵². En el año 1996, se incorporaron al SRBS un total de 45 centros, entre Residencias de Mayores, Centros de Mayores, Centros Ocupacionales y Centros de Atención a Grandes dependientes.

En el marco de los mayores institucionalizados, con los nuevos centros transferidos se alcanzaron las 6.236 plazas de Residencias, del total de 8.481 plazas públicas con las que contaba en ese momento la Consejería.

Comienzan a desarrollarse programas alternativos a la institucionalización permanente, como los programas de estancias temporales, que en el año 1996 dieron servicio a 46 personas en dos Residencias del SRBS; o el programa de atención a personas mayores durante el periodo de vacaciones de verano.

También destaca la red de centros destinada a los mayores activos, denominados entonces como “Centros de día (hogares)” y hoy conocidos como “Centros de Mayores”. En el año 1996 el SRBS contaba con un total de 31 Centros de Mayores, con más de cuatrocientos mil socios al final del periodo⁵³.

En el año 1999, vuelve a producirse la división de la Consejería Sanidad y Servicios Sociales, creándose la Consejería de Servicios Sociales⁵⁴. El SRBS depende directamente de la Consejería en la nueva estructura orgánica. En su definición conceptual y competencial, ya se vislumbra el enfoque centrado especialmente en la gestión: *“la gestión directa, el desarrollo y control sobre los Centros y Servicios de Acción Social que sean de titularidad de la Comunidad de Madrid”*. En ese año el SRBS disponía de:

- 6.220 plazas en 25 Residencias de Mayores.

⁵² A través del Decreto 47/1995, de 25 de mayo, se adscriben las competencias, funciones y Servicios Estatales transferidos en materias encomendadas al Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). La adscripción específica de las competencias y funciones, a los Centros Directivos y Organismos de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, se lleva a cabo a través del Decreto 1447/1995, de 29 de diciembre.

⁵³ Memoria Anual de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Año 1996.

⁵⁴ Por Decreto 11/1999, se crea la Consejería de Servicios Sociales, a la que le son adscritas las competencias que en esa materia le correspondían a la anterior Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

- 8 Centros de Atención Diurna, destinados a mantener al mayor, con algún grado de deterioro, en su entorno habitual.
- 31 Centros de Día "Hogares". En los primeros años tras las transferencias del INSERSO, se procedió a la revisión y depuración del número de socios, ascendiendo en este año a 175.950⁵⁵.
- 10 clubes para personas mayores⁵⁶.
- 3 comedores sociales.
- 5 Residencias de Atención a Deficientes Mentales gravemente afectados (actualmente discapacitados intelectuales).
- 5 Residencias para Disminuidos mentales no gravemente afectados (en la actualidad, discapacitados intelectuales).
- 8 Centros Ocupacionales para personas con deficiencia mental⁵⁷.
- 7 Centros de Día para personas con deficiencia mental⁵⁸.

Destaca de esta época la modernización en la gestión y el avance en el ámbito de los modelos de calidad, especialmente el EFQM⁵⁹, cuya relevancia llega a plasmarse entre las funciones reconocidas al SRBS en las memorias anuales de la Consejería. Entre los hitos alcanzados destaca el desarrollo del Plan Alba de calidad, el desarrollo de sistemas especializados de información o el primer Plan específico de comunicación.

En el año 2003, vuelve a producirse una modificación en la denominación y alcance de la Consejería, desde entonces Consejería de Familia y Asuntos

⁵⁵ Memoria Anual de la Consejería de Servicios Sociales 1999.

⁵⁶ Centros con menos servicios que los Centros de Día, que actúan como recurso de proximidad para la dinamización de los barrios y punto de encuentro. De los 10 centros, dos estaban cedidos a otras organizaciones. En el año 1999, participaron en las actividades, más de 4.000 mayores.

⁵⁷ Los centros Ocupacionales de Atención a Discapacitados Intelectuales (anteriormente deficientes mentales), son dispositivos diurnos destinados a la habilitación profesional, el desarrollo personal y la integración social)

⁵⁸ Los Centros de Día para Discapacitados Intelectuales gravemente afectados (anteriormente deficientes mentales), son centros de atención diurna dirigidos a la atención, cuidados y máxima potenciación de las actividades de integración social.

⁵⁹ EFQM. Modelo Europeo de Excelencia Empresarial que surgió para la autoevaluación de las organizaciones y como apoyo para la transformación de la Gestión total de la Calidad.

Sociales⁶⁰, con el consiguiente cambio en las estructuras orgánicas del resto de unidades administrativas y del SRBS. La configuración de las residencias de mayores, su denominación y el número de plazas, no sufren modificaciones sustanciales respecto al periodo anterior descrito. Se observa un incremento notable en las plazas y número de Centros de Día para Mayores (en este momento ya presentaban la denominación actual).

El Decreto 41/2005, de 14 de abril, establecía la estructura del SRBS, al que otorgaba la gestión de 99 centros. El decreto define, a su vez, nuevas competencias para la Gerencia del SRBS, relevantes por su impacto en las propias competencias de la organización y por su mantenimiento en la situación actual. Destacan entre otras:

- En materia de Planificación y Programas: mejora de la atención a las personas mayores y discapacitadas; mejora de la atención directa a usuarios en aspectos asistenciales, sociales y lúdicos; desarrollo de planes para la atención a los mayores y discapacitados.
- En materia de calidad de los servicios: implantar sistemas de calidad de la gestión, evaluar los estándares de calidad y gestionar la comunicación interna.
- En materia de infraestructuras: diseñar e implantar programas de infraestructuras e inversión.

En estos años se desarrollan importantes Planes y Programas, con gran repercusión en la atención dispensada a los colectivos de usuarios del SRBS (Consejería de Familia y Asuntos Sociales, 2007):

- Plan de Mejora Asistencial en la atención a residentes mayores, basado en un “enfoque centrado en el usuario”, incluyendo entre otras acciones destacables: la protocolización de la actividad asistencial, el programa de alimentación y nutrición, el programa de

⁶⁰ Decreto 61/2003, de la Presidencia de la Comunidad de Madrid por el que se establece el número y denominación de las Consejerías y Decreto 227/2003, que establece la estructura orgánica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

dinamización de residencias o el programa de salud bucodental en residencias de mayores.

- Plan de mejora en la Atención a mayores activos.
- Programa de renovación y mejora de instalaciones y equipamientos.
- Integración social de usuarios con discapacidad intelectual.
- Proyecto Sol de integración laboral de usuarios de Centro Ocupacional.

4.2.3 El Servicio Regional de Bienestar Social en la actualidad: descripción del ámbito del estudio.

Los apartados anteriores permiten visualizar el recorrido, especialmente parejo a la propia estructura institucional y de gobierno de la Comunidad de Madrid, del Servicio Regional de Bienestar Social, describiendo brevemente el alcance de sus competencias y funciones, y su significado en la configuración de los Servicios Sociales de esta Comunidad Autónoma.

Sin obviar el conjunto de su actividad actual, en las siguientes líneas se pretende dibujar el escenario en el que se desarrolla el estudio que nos ocupa: Las Residencias de Mayores del Servicio Regional de Bienestar Social y su situación durante el periodo de estudio.

Como se ha venido describiendo, desde su creación el SRBS ha dedicado sus servicios a la atención de diferentes colectivos vulnerables o con necesidades específicas, que a día de hoy permitirían clasificar la actividad en: la atención a personas mayores (dependientes y no dependientes), la atención a discapacitados intelectuales y la atención a personas sin recursos.

En los primeros años el SRBS, adscrito a la actual Consejería de Asuntos Sociales⁶¹, fue recibiendo hasta 84 centros transferidos de diferentes organismos, lo que evidencia la complejidad en la integración y homogeneización de los servicios prestados y la riqueza de lenguajes y modelos de trabajo que fueron configurando el actual Organismo. A 31 de diciembre de 2012, el SRBS gestionaba un total de 93 Centros, con la siguiente clasificación:

⁶¹ Decreto 11/2011, de 16 de junio, que establece la denominación de las Consejerías, siendo la denominación vigente al cierre del presente estudio de investigación.

Tabla 5-Cap.4. Centros Gestionados por el SRBS a diciembre de 2012

Número	Tipo de Centro
24	Residencia de Mayores
13	Centros para personas con discapacidad intelectual
32	Centros de Mayores
17	Centros de Día
4	Comedores Sociales
3	Centros Sociales

Elaboración propia. Fuente Memoria de Gestión SRBS 2011-12.

Perfil de los usuarios de los servicios

En el marco de la atención residencial a los mayores se objetiva un envejecimiento continuado, proporcional al observado en la población general. También se aprecia un incremento muy significativo del porcentaje de mayores dependientes, que a finales de 2012, alcanzaba el 74,6% del global de residentes, invirtiendo las características de la casuística inicial atendida en estos centros. La edad media de los residentes fue de 85,02 años, siendo un 70% mujeres, con una razón hombre/mujer de 1/2,36⁶².

El perfil de los discapacitados intelectuales, atendidos especialmente en dos tipos de centros en función de la gravedad de la discapacidad (gravemente afectados y no gravemente afectados), muestra esa tendencia al incremento progresivo y continuo de la edad, al ser un 47,64% de los residentes, mayores de 45 años al final de 2012⁶³. El envejecimiento en este grupo poblacional, desconocido hasta tiempos recientes, marca una nueva realidad y la necesidad de implementar programas específicos para su atención.

⁶² Fuente: Coordinación de calidad, Comunicación y Formación y Coordinación de Residencias de Mayores y Centros de Día del SRBS.

⁶³ Fuente: Coordinación de calidad, Comunicación y Formación y Coordinación de Residencias Centros para Discapacitados Intelectuales del SRBS.

En los centros de mayores, a los que acuden diariamente miles de mayores de todos los lugares de la Comunidad de Madrid, se constata el nuevo rol social de mayores activos y participativos que configuran un grupo que solicita un reconocimiento especial y la potenciación de unos servicios específicos destinados a la prevención de la dependencia, el fomento de la integración social y la organización de actividades dirigidas a la ocupación del tiempo libre, el ocio y la cultura. La edad media de los socios que se incorporaron durante el año 2012 a alguno de los 32 Centros de mayores, fue de 66 años. Del total de los socios de ese año, más de 430.000 en total, el 58,3% fueron mujeres⁶⁴, dejando entrever la feminización que se va produciendo con el incremento de la edad.

Las Residencias de Mayores del SRBS en la actualidad. Escenario del Estudio.

Al cierre del marco conceptual del estudio, el SRBS gestiona 24 Residencias de Mayores, distribuidas por toda la geografía madrileña, incluyendo centros de diferentes tamaños y complejidad de atención. Atendiendo a una clasificación que incluye las variables, tamaño y tipología de usuario, las Residencias de Mayores estarían clasificadas:

Tabla 6-Cap.4. Clasificación de las Residencias de Mayores del SRBS 2012

Tamaño	Número	Perfil atención	Número
Grandes (>400 plazas)	7	Dependientes	4
		Mixtas	3
Medianas (121-399 plazas)	9	Dependientes	4
		Mixtas	2
		No dependientes	3
Pequeñas (< 120 plazas)	8	Dependientes	4
		No dependientes	4

Elaboración propia. Fuente Memoria de gestión del SRBS 2011-12.

⁶⁴ Fuente: Coordinación de Calidad, Comunicación y Formación y Coordinación de Centros de Mayores del SRBS.

En la siguiente tabla se muestra una clasificación individualizada del total de las Residencias de Mayores del SRBS, indicando algunas de las características que se han descrito en el apartado de evolución del SRBS y que se analizarán en el desarrollo del estudio, para conocer su comportamiento frente al nivel de dependencia o el impacto de la institucionalización.

Tabla 7-Cap.4. Procedencia y plazas de las Residencias de Mayores SRBS

Nombre de la Residencia	Procedencia	Plazas
R. M Alcorcón	INSERSO	218
R.M Arganda del Rey	DPM	417
R.M Cisneros	INSERSO	128
R.M Colmenar Viejo	DPM	393
R.M Doctor González Bueno	DPM	604
R.M Francisco de Vitoria	DPM	514
R.M Gastón Baquero	INSERSO	201
R.M Getafe	INSERSO	64
R.M Goya	AINS	51
R.M Gran Residencia	INAS	460
R.M La Paz	DPM	80
R.M Manoteras	INSERSO	300
R.M Navalcarnero	DPM	120
R.M Nuestra Señora del Carmen	INAS	440
R.M Parla	INSERSO	64
R.M Reina Sofía	DPM	504
R.M San Fernando de Henares	INSERSO	120
R.M San José	INAS	48
R.M San Martín de Valdeiglesias	DPM	122
R.M Santiago Rusiñol	DPM	464
R.M Torrelaguna	DPM	94
R.M Vallecas	INSERSO	173
R.M Villaviciosa de Odón	DPM	268
R.M Vista Alegre	INAS	126

DPM: Diputación Provincial de Madrid

INAS: Instituto Nacional de Asistencia

AINS: Administración Institucional de Sanidad Nacional

De la distribución se desprende que la media de plazas por residencia es de 248,87 y que prácticamente el 40% de las plazas se encuentran ubicadas en alguna de las 9 residencias localizadas en el Municipio de Madrid.

La antigüedad media de los edificios que albergan las Residencias es de 33 años, indicando una creación, en muchos casos, previa al propio origen del SRBS. Cabe destacar el caso de la actual Residencia de Mayores La Paz, ubicada en la antigua Inclusa y Colegio La Paz, un establecimiento destinado a la caridad a través de la acogida de recién nacidos y niños hasta siete años. La institución, con más de dos siglos de antigüedad, es un ejemplo de los centros surgidos para la beneficencia a principios del siglo XIX, dirigido por la Junta de Damas Nobles (Vidal, 1987). Su antigüedad, a efectos del cómputo empleado para las residencias de Mayores, es de 24 años, coincidiendo con una reforma general al ser transferida a la Comunidad de Madrid. El Centro más antiguo es la Gran Residencia, cuyo origen se remonta a 1949, y el más moderno es la Residencia de Mayores San Fernando de Henares, inaugurada el año 2002.

La tipología de plaza de las Residencias, que inicialmente se destinaban de forma mayoritaria a un perfil de usuario “válido” (denominación del momento), ha ido modificándose en un plan integral de modernización y adaptación a la nueva realidad de dependencia y a las nuevas necesidades sociales. Entre los años 2007 y 2011, se han transformado más de 1.380 plazas, obteniendo finalmente 1.174 plazas finales adaptadas para la atención a mayores dependientes⁶⁵. La necesidad de espacio y la configuración de las plazas destinadas a dependientes, en las que deben introducirse grúas de transferencia, ayudas técnicas, eliminación de barreras arquitectónicas, etc.; explica el decrecimiento en el número global de plazas de Residencias de Mayores del SRBS.

⁶⁵ Memoria de Gestión años 2011-2012. Coordinación de Calidad, Comunicación y Formación del SRBS.

4.3. LAS RESIDENCIAS DE MAYORES COMO CENTROS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

A lo largo de su evolución, las Residencias de Mayores se han ido clasificando según los criterios que imperaban en cada momento, pudiendo establecer una clasificación actual en función de tres aspectos fundamentales:

- Según la permanencia esperada.
- Según el enfoque de atención.
- Según el tamaño y servicios ofertados.

Permanencia.

Atendiendo a este criterio, las Residencias o las plazas de atención se podrían clasificar en:

- *Temporal.* Destinada especialmente a una atención en un tiempo limitado, relacionada con un proceso de rehabilitación o con una problemática social de carácter agudo. El objetivo principal sería evitar la institucionalización definitiva (IMSERSO, 2000).
- *Permanentes.* Dirigidas a una atención continuada y definitiva, no condicionada temporalmente por la evolución del residente.

Enfoque de Atención.

La tipología de usuario marcará la casuística de atención y los servicios ofertados por el centro (Delgado, 2004). La clasificación de la tipología se ha basado en enfoques sociodemográficos y fundamentalmente, en un enfoque sanitario, que contempla las limitaciones, las capacidades y las ayudas requeridas (IMSERSO, 2000). A este nivel, a pesar de los cambios de nomenclatura para referirse a los residentes y a los centros en función del grado de dependencia, las Residencias se han dividido habitualmente en:

- *Residencias para válidos/autónomos/independientes.* Concebidas en muchos casos como hogares sustitutos. La residencia destinada en su totalidad a usuarios autónomos, prácticamente ha desaparecido, por la lógica evolución social, el deterioro añadido a la edad y la propia entrada en vigor de la Ley de Dependencia.

- *Residencias para asistidos/dependientes.* Centros de atención integral en los que se satisfacen todas las necesidades del mayor dependiente. La Ley 39/2006, las incluye en su oferta de servicios, constituyéndose como el Servicio de mayor peso y especialización de los contemplados en la misma.
- *Residencias Mixtas.* Destinadas y equipadas para ambos perfiles de residentes, tanto autónomos, como dependientes con grandes necesidades de atención. En este tipo de centros se observa una problemática secundaria a la heterogeneidad de los usuarios, existiendo dificultades para compatibilizar aspectos como la integración de los dependientes en el ambiente de los autónomos, la calidad de vida de los autónomos y la diferenciación de servicios ofertados (IMSERSO, 2000).

La experiencia del investigador en la atención a mayores ha demostrado la imposibilidad de mantener centros dirigidos a un único enfoque de atención sin menoscabar el bienestar del residente, ya que para conseguir conservar la tipología de usuario, habría que adaptar los residentes a la Institución, movilizándolos interna y externamente, cada vez que se viera modificada su situación funcional o personal.

En todo caso, la evolución de los modelos generales de intervención en la vejez, desde los benéfico-asistenciales a los que asumen la calidad de vida de la persona (Molina, Meléndez & Navarro, 2008), han influido en la evolución que venimos describiendo de las residencias de mayores y su consecuente adaptación a la realidad social, siendo constatable el cambio filosófico y práctico en el modelo de atención:

- Desde modelos eminentemente hosteleros, destinados a un numeroso grupo de usuarios con menores niveles de dependencia funcional, en los que las principales etiologías de ingreso se correspondían con aspectos de la esfera social;
- A modelos de predominio asistencial, que sin obviar la parte relativa al alojamiento y a la problemática social, prioriza la atención a las grandes necesidades de cuidado de unos residentes cada vez más longevos y con unas limitaciones físico-psíquicas cada vez más pronunciadas.

El cambio de las necesidades de los residentes y de la atención para satisfacerlas, se viene produciendo en las últimas décadas, relacionado también con aspectos de eficiencia y sostenibilidad de un sistema que atiende cada día a un mayor número de ciudadanos. En el texto, "Evolución de la medicina en las residencias de ancianos", se constata esa necesidad de modificar prácticas que no se corresponden con las necesidades de los residentes y de introducir una evaluación gerontológica a todos los usuarios, historia clínica pormenorizada y actualizada, instrumentos de valoración gerontológica, establecimiento de relaciones con la Atención primaria y la hospitalaria, organización de centros de día en el entorno de las residencias, etc., todos ellos aspectos que caracterizan en la actualidad a todos los centros residenciales, independientemente de su tipología, localización u origen (Vellas, Albareda & Garry, 1997).

Esta evolución de modelo residencial es constatable en las Residencias del SRBS al contrastar algunas variables relativas al perfil de residente o al cambio de la configuración de la plantilla de trabajadores de los centros en las últimas décadas. Revisando datos de plantilla del año 1974 de dos de las actuales Residencias de Mayores del SRBS, se aprecia que las, entonces denominadas, Ciudades Sociales "Francisco Franco" de Aranjuez y de Colmenar Viejo⁶⁶, a 31 de diciembre de ese año, disponían de un servicio médico con 12 profesionales cada centro (4 médicos, 4 enfermeras A.T.S y 4 auxiliares de clínica) para la atención a una población de más de 380 residentes cada una, mientras que en la actualidad esos centros disponen de 119 y 125 profesionales en el Área Técnico Asistencial respectivamente.

A su vez, en esos documentos se hace relación expresa a los motivos de exclusión de nuevos candidatos a ser residentes al "*no reunir los aspirantes las mínimas condiciones físicas para poder valerse por sí mismos o por padecer alguna enfermedad que impedía la convivencia con el resto de residentes*"⁶⁷. Esos criterios suponían la exclusión de los mayores con niveles importantes de dependencia, al no ser los destinatarios del servicio ofertado.

⁶⁶ Actuales Residencias de Mayores Santiago Rusiñol y Colmenar Viejo.

⁶⁷ Memorias de las actividades de las Ciudades Sociales de Ancianos Francisco Franco de Colmenar Viejo y de Aranjuez, año 1974. Diputación Provincial de Madrid. En dichas memorias se contemplan los principales resultados de explotación anuales y se recogen los perfiles socio-demográficos de los residentes.

Haciendo un recorrido a través del lenguaje empleado para definir los servicios y las características de los destinatarios de las residencias públicas de la Comunidad de Madrid, se visualiza ese cambio de modelo que venimos describiendo, desde las concepciones iniciales que centralizaban el enfoque en las personas “válidas” con problemas sociales, sirva de ejemplo la política de residentes que aparece reflejada en la memoria de la Diputación Provincial de Madrid (1977) en la que se describe que el *“objeto de la actividad asistencial, es el formado por aquellas personas que se encuentran en situación de indigencia... otras con una situación más desahogada”*; a las concepciones actuales que, aun surgidas anteriormente a la entrada en vigor de la Ley, focalizan en el mayor dependiente como sujeto al que van destinados los servicios residentes de mayores: *“En las Residencias se presta una atención integral y continuada a las personas mayores, en especial a las que necesitan asistencia para la realización de las actividades de la vida diaria...”* (Consejería de Familia y Asuntos Sociales, 2007: 246).

Según el tamaño y servicios.

Un criterio de clasificación muy extendido de las residencias, se fundamentaba en el tamaño de las mismas (Delgado, 2004), produciéndose un incremento de los servicios que deberían ofertar los centros, en función del aumento de usuarios.

Ya en el año 1990, el IMSERSO establecía la siguiente clasificación:

- *Minirresidencias.* Con menos de 40 plazas.
- *Pequeñas Residencias.* Capacidad entre 40 y 100 plazas.
- *Medianas Residencias.* Con capacidad entre 100 y 200 plazas.
- *Grandes Residencias.* Con capacidad superior a 200 plazas.

Cada Comunidad Autónoma desarrolló clasificaciones y servicios de los centros residenciales al promulgar las leyes de servicios sociales autonómicas. Las diferentes tendencias y modelos también influyeron en el tamaño de los centros construidos, según se priorizara por criterios de proximidad o de eficiencia, especialmente destacable en las macrorresidencias públicas, cuestionadas por no favorecer la integración de los residentes con el entorno (IMSERSO, 1999).

A pesar del tiempo transcurrido, es destacable la influencia a día de hoy de la orden 766/1993, por la que se aprobó el “Reglamento de Orden y

Funcionamiento de las Residencias de Ancianos que gestiona directamente el Servicio Regional de Bienestar Social” (Consejería de Integración Social, 1993). Más allá de los aspectos estrictamente normativos, desarrollados en apartados anteriores, se destaca en este momento alguno de los aspectos internos de una residencia tipo, que pueden influir en el desarrollo de la valoración y consecuentemente en los resultados del proyecto.

La Orden diferencia entre centros mayores y menores de 250 residentes, concretando la clasificación anteriormente expuesta. En función de esa división, se establece una serie de áreas presentes en cada centro: Área de Administración, Área de Servicios Generales y Área Técnico Asistencial.

Dentro del Área de Servicios Generales se encuentran determinados servicios, que al serle prestados de forma explícita, no requieren de una intervención directa del residente, situación que determinará posteriormente, la ausencia de necesidad de que conserve la capacidad en esos aspectos para poder ser clasificado como autónomo:

- Cocina. Todos los menús serán elaborados por la unidad de cocina. Desde la misma se procederá a la limpieza, ordenación del menaje e instalaciones.
- Lavandería. Se encargará de la recepción, lavado, planchado y distribución de la lencería y ropa personal de los residentes, así como de su reparación.
- Limpieza. Diariamente se procederá a la limpieza de las habitaciones, baños y del resto de dependencias.
- Comedor. Distribución y servicio de comidas. Limpieza de menaje y comedores. Colocación de las mesas.

Cuando se comparen los tres instrumentos de valoración de la dependencia, se observará como alguno de ellos incluye la valoración de aspectos de los que se han indicado incluidos dentro del catálogo de servicios propios de la Residencia.

En el Área Técnico-Asistencial se desarrollan todas las funciones y actividades dirigidas al cuidado de los residentes, supervisando, en su caso, la prestación por parte de terceros (podología, odontología, peluquería...). Siguiendo el mismo criterio que en el Área de Servicios Generales, se describirán

a continuación los servicios que se prestan con carácter universal en las residencias, para los que no se requeriría una capacidad, destreza o habilidad específica del usuario y aquellos otros directamente relacionados con la valoración de la dependencia.

- Existirá un Equipo Multiprofesional que asumirá tareas de seguimiento individualizado de la evolución y niveles de asistencia de los residentes.
- Fomento de la participación del residente en el desarrollo de actividades culturales y en la vida social de la residencia.
- Apertura de historial individualizado con historias de cada disciplina y seguimiento de la evolución clínica.
- Administración de medicamentos y asistencia farmacológica.
- Cuidado individualizado en función de los requerimientos de cada usuario.

Por tanto, puede afirmarse que en las residencias de mayores se presta una atención especializada e integral al residente, en función de su complejidad clínica y su propia implicación y objetivos personales, buscando los máximos niveles de bienestar y autonomía. Dentro de esta atención, por la propia idiosincrasia de los centros residenciales, se ofertan directamente numerosos servicios que un ciudadano que vive en su domicilio debe desarrollar para mantener su autonomía personal: actividades domésticas (limpieza, comida, compra), gestión de fármacos, ausencia de barreras físicas, presencia de ayudas técnicas en zonas comunes y baños, gestión de los traslados y transportes (en vehículos adaptados), etc.

Cabe destacar para finalizar el breve recorrido por los diferentes modelos que han caracterizado la atención residencial a mayores, que en los últimos años, en numerosos países, especialmente del norte de Europa, está surgiendo con fuerza un modelo denominado "housing" que busca el desarrollo de toda la vida de la persona integrada en el entorno donde se encuentra. Con ese objeto se consideran otro tipo de alojamientos, más próximos a una "vivienda para toda la vida", que conjuguen el espacio privado personalizado, con la posibilidad de atención en función de las necesidades de la persona. El nuevo modelo se focaliza

en la calidad de vida y la participación de la persona, alejándose del modelo basado en el déficit (Rodríguez, 2011).

4.4. LAS RESIDENCIAS DE MAYORES DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA.

En varios apartados del estudio se ha destacado la importancia que han tenido la cultura y el imaginario social, sobre la interpretación de la vejez y el significado social atribuido al internamiento de ancianos, pasando desde concepciones estigmatizadas, de centros destinados eminentemente a la manutención de capas marginales de la población; a las actuales residencias de mayores, que cumplen una función social reconocida y satisfacen demandas de amplios sectores en los que se representan todas los niveles sociales (Barenys, 1992).

Se han desarrollado numerosas teorías que tratan sobre la naturaleza de los mayores en las residencias, algunas basadas en el deterioro y la pérdida que acompaña a los residentes; otras centradas en explicar los roles y la clasificación social por edades y otras, fundamentadas en el interaccionismo simbólico, vinculan la actividad a la satisfacción, reflejando la generación de una subcultura propia en las residencias (IMSERSO, 2000).

Profundizando en el pensamiento social, es incuestionable que la "Residencia", como organización, presenta una serie de características y variables que repercuten directamente en la vida diaria y el bienestar de las personas que las habitan: la reglamentación, el grado de internamiento, las relaciones sociales, etc., convirtiéndolas en una realidad que trasciende al propio servicio prestado o a los objetivos perseguidos.

4.4.1 La Residencia de Mayores como Institución.

El primer autor clásico de la sociología que destacó la importancia de las instituciones sociales, entendidas desde una visión amplia como "lo organizado en la sociedad", fue Comte (IMSERSO, 1999). Resulta importante destacar la característica de "Institución" de las residencias de mayores, al influir esa realidad en todos los aspectos que se llevan a cabo en la misma y, consecuentemente, en la valoración desarrollada para satisfacer unas necesidades

de la persona, no equiparables en su totalidad a las que presenta en su domicilio, circunstancia muy relevante en el alcance del presente estudio.

Erving Goffman, en su mítica obra “internados”, describía las características del internamiento, refiriendo que más allá de los aspectos rutinarios y programados, adquieren un carácter “totalizante”, al generar una política de aislamiento (Goffman, 1970). Evidentemente, la institución con sus objetivos y su propia inercia de organización y funcionamiento, genera un escenario especial de relación social, de programación de las actividades y en general, unas condiciones de vida en las que con una visión, en muchos casos paternalista, se cubren excesivamente algunos aspectos de las necesidades básicas de la persona, situación que condiciona sus propias necesidades y genera una distancia con las necesidades habituales de una persona en su entorno previo habitual. Esta condición puede convertirse en uno de los aspectos que, en el contexto del presente estudio, marque las diferencias entre los sistemas de valoración estudiados y su especificidad de medida y adecuación al entorno específico de la residencia-institución.

Continuando con la característica de “Institución Total”, Goffman clasifica a los “asilos o residencias de ancianos” como instituciones de primer tipo: “instituciones erigidas para cuidar de las personas que parecen ser a la vez *“incapaces e inofensivas: son los lugares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes”*⁶⁸. Otros autores han considerado como aspectos básicos en esa visión totalizante de las residencias de mayores, el grado de internamiento, la reglamentación, la generación de una subcultura específica o la falta de privacidad (Barenys, 1993).

Independientemente de la superación del aspecto de beneficencia en la atención a los mayores y de otros muchos que se contemplan en la obra, resulta importante destacar el aspecto institucional de las residencias de mayores, al estar vigentes algunas de las características que contemplaba Goffman:

- Actividades desarrolladas en un espacio similar (comedores, actividades socioculturales, salas especializadas, salas de estar, jardines). La configuración estructural de los centros y sus espacios, si bien se está dirigiendo hacia la potenciación de un espacio personal íntimo en el seno

⁶⁸ (Goffman, 1969; citado en Miranda, 1985: 67)

de las habitaciones, condiciona la existencia de espacios comunes para el desarrollo de las principales actividades cotidianas.

- Bajo una misma autoridad. Resulta destacable la importancia social reconocida por los residentes a la Dirección del Centro, similar, con algunas connotaciones, a la manifestada por los estudiantes en los colegios o por los internos de alguna otra institución similar. La figura del director, en ojos de los residentes, trasciende a la del responsable administrativo de la institución, situándole en un rol social de líder y con “poder” sobre los trabajadores y los residentes.
- Actividades realizadas con otros residentes a los que se da el mismo trato y que participan de forma similar en las mismas. A pesar del desarrollo de programas individuales de atención y de la filosofía de la individualización del cuidado, la necesaria organización y la programación lógica de las actividades rutinarias, obliga y condiciona el propio desarrollo individual, implicación y participación del residente en las mismas.
- Todas estas actividades están integradas en un plan para lograr la consecución de unos objetivos propios de la institución (en la actualidad, la atención de calidad e integral a todos los usuarios).

A pesar de los matices que se han descrito, inherentes a la propia realidad de cualquier organización en la que habiten personas, puede concluirse que ese modelo de institución totalizante que presenta Goffman, no se corresponde con la realidad actual observada en este tipo de centros. El propio Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid de 1998, se hacía eco de la superación de esa conceptualización de la institución: “...creemos que hay que pensar un modelo teórico de institución (alejado hoy, en la teoría y en buena parte de la práctica, del viejo modelo de institución cerrada, represora del yo de los internos...” (Dirección General de Servicios Sociales, 1999: 77).

La visión integradora y aperturista que contemplaban el Plan y los modelos posteriores, han dirigido hacia unas instituciones más abiertas y participativas, que interaccionan con el entorno próximo en el que están ubicadas, eliminando esa visión goffmaniana de centros aislados y separados de la sociedad, en las que transcurre la vida en un régimen cerrado (IMSERSO, 1999). La lógica

democratización que ha empapado a todos los sectores sociales se ve reflejada en una estructura residencial con una participación más activa de los residentes y de sus familiares, a pesar de la evolución hacia mayores niveles de dependencia. Este tránsito de modelo, que compatibiliza la práctica organizativa con la participación activa de los residentes, convirtiéndoles en “actores activos”, tiene todavía un amplio recorrido en todos los servicios destinados a la atención de los mayores, en muchos casos, por el propio rol que adquieren éstos tras la institucionalización, claramente descrito en palabras de Gregorio Pérez: *“el abandono del propio hogar supone cierto despojo de identidad que por defecto, suele ser sustituida por la de institucionalizado pasivo”* (Pérez, 2010: 182).

En un estudio realizado por el mismo autor, centrado en la participación de las personas mayores en las Residencias públicas del SRBS (especialmente relevante por coincidir con el ámbito en el que se desarrolla el presente proyecto), se constataban los objetivos valorados por los profesionales sobre la participación del residente y se mostraban las *“actividades consideradas cercanas al sentido de participación en una residencia”*:

- Relaciones públicas.
- Labores domésticas.
- Mantenimiento de la biblioteca.
- Preparación de celebraciones religiosas.
- Recados.
- Cuidado de animales.

Estas actividades facilitan el desarrollo personal y la autopercepción de pertenencia e integración voluntaria, ofreciendo una respuesta a la necesidad de “utilidad” y de diferenciación que se genera en la Residencia, al ocupar su tiempo en actividades de su interés. En un estudio sobre la percepción de los mayores sobre la dependencia y la institucionalización, se recoge esta idea de participación y de dedicación a asuntos propios, al indicar los deseos de los mayores sobre sus cuidados: *“desean respeto por su intimidad, espacio físico propio, trato digno y pequeño margen de libertad para gestionar asuntos relacionados con el confort, la estética y la propia identidad”* (Barrio et al., 2006:73). Estas palabras recogen esa necesidad de introducir individualización en la institución, permitiendo compaginar las

normas y la organización, con la posibilidad de disponer de un espacio vital personal.

El entorno institucional que supone la Residencia marca un escenario muy específico para el desarrollo de las relaciones sociales y de la propia vida de los residentes. Superadas las connotaciones de institución total, referidas anteriormente, cualquier análisis sobre las condiciones de vida, la estructura social en los entornos residenciales y la autopercepción de las personas que los habitan, debe considerar específicamente los condicionantes que se producen desde el ingreso y su impacto en la persona. En el tránsito hacia la institucionalización, la persona mayor se ha visto obligada a la pérdida de referentes de gran magnitud como su hogar, su entorno social y familiar, numerosas pertenencias que le han acompañado en su vida; requiriendo a su vez, un proceso de adaptación a la nueva realidad que, en numerosas ocasiones, se produce en situaciones de fragilidad y pérdida de autonomía (Cury, 2009).

4.4.2 Las residencias en el sentir de los mayores. Perspectiva microsocial.

Después de describir los aspectos macrosociales de las diferentes políticas sociales que han regulado la dependencia y la evolución de la red de residencias de mayores, resulta oportuno descender al nivel microsocial para aproximarse a la cosmovisión de los mayores sobre este tipo de instituciones y la consecuente implicación que las mismas ejercen sobre los mayores que las residen, al haber destacado que las residencias, como organizaciones, no solamente cuidan a la persona, sino que regulan numerosas actividades de los residentes (Montoro, 1999). Esta perspectiva que incorpora la percepción de los actores sociales es transcendental porque: *"...la realidad se desarrolla en un espacio microsocial...las políticas públicas y la legislación, no se aplican en abstracto, sino que es en estos emplazamientos microsociales donde producen sus efectos directos"* (Benlloch & Sarrión, 2010: 103).

Varias situaciones dificultan el análisis del significado y la percepción sobre la institución, que presentan los mayores que viven en las Residencias. Estos centros dan respuesta principalmente a dos perfiles de mayores, con una multitud de matices en cada uno de ellos:

- Mayores para los que la residencia representa un centro de atención sociosanitario y cuyo perfil se caracteriza por no ser capaces de valerse por sí mismas o no poder ser atendidos en su domicilio (Montoro, 1999); y
- Personas con un nivel importante de autonomía funcional, con necesidades sociales derivadas de la ausencia de una red efectiva de apoyo informal a la que recurrir y/o de recursos materiales y económicos con los que mantenerse de forma autónoma.

En uno y otro caso, la dificultad para conocer el significado que estos mayores manejan sobre las residencias, vendría determinada por la incapacidad de comunicación en las personas con dependencia y por la propia situación de cautividad social, de aquellas personas que no tienen otra opción de alojamiento y manutención.

En realidad, parece extendida la idea de que la institucionalización no es el tipo de atención más deseado entre los mayores (Montoro, 1999), tratándose de un recurso, que en palabras de María Teresa Bazo⁶⁹: *“Para los residentes las residencias son la solución menos mala, son vistas como un mal menor”*. En los mayores autónomos, la decisión del ingreso, aunque sea decidida por el mayor, se produce en muchas ocasiones por saberse conocedores de la inexistencia de otras opciones. Detrás de la decisión suelen encontrarse situaciones como la soledad, la falta de recursos personales o de apoyo familiar, la falta de vivienda o unos ingresos insuficientes (Ors & Maciá, 2013).

Esta visión negativa parece responder, entre otros, a los antiguos estereotipos más asilares que existían sobre los centros (Bazo, 1991) y a las propias características que configuraban la sociedad en la que crecieron los ahora mayores, marcada por la solidaridad intergeneracional y el cuidado al mayor en su entorno familiar. En este grupo de edad es frecuente que la mayoría haya cuidado a sus mayores en todo el proceso de envejecimiento, acogiéndolos en su casa hasta el fallecimiento. Esa situación se traduce en un sentimiento de abandono y de sensación de menosprecio por parte de los hijos, para muchos mayores que ingresan en las residencias (Barrio et al., 2006). En muchos casos, esa

⁶⁹ María Teresa Bazo, es catedrática de Sociología en la Universidad del País Vasco, contando con numerosas publicaciones e investigaciones en el campo de la Sociología del Envejecimiento.

sensación también se traduce en un sentimiento de culpabilidad en los familiares, especialmente hijos y cónyuges, que se ven obligados a ingresar al mayor en la residencia. Esa culpabilidad es más representativa en el grupo de mujeres, que presentaban una mayor interiorización del rol de cuidador, y el consecuente sentimiento de obligación en el cuidado (Rivera, Rivera & Zurdo, 1999). A pesar de la idea tan extendida de que la mayoría de los mayores, acaban sus días en una residencia, la realidad demuestra que la mayor parte de los individuos *“nacieron, viven y mueren en un contexto familiar”* (Molero, Pérez, Gázquez & Sclavo, 2011: 33).

En la encuesta del IMSERSO sobre condiciones de vida de las personas mayores 2010, al ser preguntados sobre *“Dónde les gustaría vivir”*, un 87,3% del total de los mayores de 65 años referían que en su domicilio. El porcentaje de los que seleccionarían la residencia de mayores como lugar para residir, supondría un 18,3% en el caso de precisar cuidados, aunque en este supuesto, el modelo elegido mayoritariamente por un 46,1% de los entrevistados, se trataba del domicilio de los hijos⁷⁰, mostrando la tendencia que se caracteriza por la preferencia de los mayores en vivir en hogares autónomos, incluso ante situaciones de soledad o incapacidad (Delgado, 2004).

En las últimas décadas, se han manejado numerosos argumentos en contra de la institucionalización de diferentes grupos como los niños, los mayores o los enfermos mentales (Bazo, García, Maiztegui & Martínez, 1999); apostando por un mayor desarrollo de los servicios comunitarios de proximidad, que fomentaran y facilitaran el mantenimiento de la persona en su domicilio habitual y en su entorno más próximo. En el propio Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid de 1998, se apuesta por la desinstitucionalización, reconociendo en estas instituciones un recurso social:

“...si bien partimos de la necesidad, ampliamente consensuada de que hay que evitar y retrasar todo lo posible la institucionalización, en general de cualquier persona, y en lo concerniente a nuestro Plan, de las personas mayores, reconocemos a la vez que las instituciones son un recurso social ineludible y aún exigible, último refugio cuando han fallado, de forma abrupta

⁷⁰ Encuesta del IMSERSO del año 2010 sobre condiciones de vida de las personas mayores. El despliegue alcanzó 2.535 entrevistas telefónicas, de las que 335 correspondieron a mayores de la Comunidad de Madrid.

o natural, los demás resortes de autosuficiencia y defensa de las personas.”
(Dirección General de Servicios Sociales, 1999:77).

En este recorrido por el sentir de los mayores sobre las residencias, parece reconocido que la institucionalización impacta también en el bienestar percibido y manifestado por los mayores. Variables como la salud, la dependencia o el incremento de la edad, influyen en el bienestar percibido por los mayores, siendo un aspecto también destacado, el lugar de residencia. El mantenimiento en la vivienda particular se relaciona con un mayor nivel de bienestar percibido según varios estudios, como el realizado por Rocío Fernández y otros, en el que al comparar una muestra de mayores que residen en su domicilio o en una residencia, uno de los aspectos negativos subrayado por los mayores institucionalizados era *“llenar sus vidas de cosas que les interesan”* (Fernández, Peñas & Díaz, 2007: 67).

En otro estudio sobre el concepto de bienestar para mayores en residencias, éstos manifestaban como aspectos negativos para su bienestar, el estilo de vida altamente estructurado y normalizado, la falta de privacidad, las circunstancias económicas o los cambios de cuidador (Blanca et al., 2011). Los aspectos manifestados están relacionados con la idiosincrasia de la institución y su programación, así como a aspectos relativos a la interacción personal con los cuidadores. Es precisamente ésta, la relación social satisfactoria con trabajadores y compañeros residentes, una de las variables que consideran como favorecedora de su bienestar, destacando también la asimilación de la residencia como el hogar (Blanca et al., 2011). Estos aspectos que giran en torno a la capacidad de decisión y autodeterminación, han sido recurrentes en estudios cualitativos sobre las residencias de mayores, siendo reiteradas: la sensación de soledad, la importancia concedida al desarrollo de actividades previas que tengan un interés personal o la propia elección en el control de las actividades (Blanca, Grande & Linares, 2013).

Entre los factores que configuran el bienestar de las personas resulta relevante la propia percepción de su calidad de vida, como concepto que trasciende al bienestar físico o relacionado exclusivamente con la salud. Bajo el concepto de calidad de vida se engloban aspectos como la salud, la integración social, la educación o las habilidades funcionales (Castellón & Romero, 2004). Varios estudios que han estudiado el bienestar en mayores institucionalizados señalan que a pesar de presentar una concepción más negativa sobre la

consideración que tiene de ellos su familia, la institucionalización no presenta, por sí sola, un impacto en el mayor o menor bienestar percibido (Cava & Musitu, 2000). Cabe destacar que independientemente de la vivencia del proceso de institucionalización, algunos de los motivos de ingreso en la residencia, como la viudedad o la dependencia, serían en sí mismos factores que suponen aspectos negativos en la percepción de la calidad de vida (Castellón & Romero, 2004).

A pesar de la visión negativa y los tabús compartidos por muchos mayores sobre las residencias, en la mayoría de los centros en los que se estudia la satisfacción de los residentes en relación a aspectos concretos de la atención y de la convivencia, los estudios arrojan unos resultados muy positivos (Iglesias & Dosil, 2005) que ponen de manifiesto la percepción sobre la calidad de los cuidados que están recibiendo, alejando muchos de los fantasmas que se describían anteriormente.

En las Residencias de Mayores del SRBS se realizan estudios de satisfacción anuales en los que se analiza la satisfacción de los residentes con patrón cognitivo intacto y de los familiares de los residentes con alguna alteración cognitiva, con la calidad percibida en la atención, cuidados, relaciones, estructura y otros aspectos relacionados con la institución y la percepción que, sobre la misma, tienen los residentes. Los resultados del estudio de satisfacción del año 2012 de los residentes con patrón cognitivo intacto, obtenido a través de encuestas desplegadas en 2013⁷¹, muestran una valoración global de las residencias de 8,07 sobre 10; reflejando un índice de satisfacción muy elevado.

En todo caso, a pesar de los múltiples y reconocidos avances logrados en los últimos años en las residencias de mayores y la significación más positiva que de ellas tiene la sociedad, existe una clara demanda de las personas mayores a no salir de su entorno en caso de precisar cuidados de larga duración (Rodríguez, 2011), situación que subyace en todos los procesos de institucionalización, independientemente de que la adaptación sea rápida y exitosa.

⁷¹ Las encuestas se despliegan en el primer trimestre del año posterior al que se evalúa. Los resultados que se presentan son los relativos al estudio de satisfacción del año 2012, en los que se evaluó a 883 residentes con un error máximo global del +/-2%.

CAPÍTULO V: VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

En este capítulo se pretenden describir los diferentes sistemas de valoración de la dependencia, incidiendo especialmente en los tres que se van a analizar en el estudio, para conocer sus principales componentes, sus características metodológicas y las diferencias más notables entre los mismos.

5.1. LA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA.

La repercusión de la dependencia en numerosas facetas de la vida de las personas que la padecen (físicas, psíquicas, familiares, laborales, sociales, económicas, etc.), ha obligado a la actuación de un amplio abanico de disciplinas y profesionales, que se han encargado de la valoración e intervención desde enfoques y objetivos diferentes, marcados por su propia idiosincrasia (Querejeta, 2004a).

De ese abordaje multidisciplinar se desprende un amplio y heterogéneo sistema de modelos, herramientas e instrumentos de valoración y clasificación de la dependencia (Rivero & Salvá, 2011), que permiten la obtención de múltiples datos y la codificación de las diversas realidades que se plantean con la dependencia, situación que, a su vez, ha generado una gran heterogeneidad conceptual, dificultando la comparación y extrapolación de resultados y, consecuentemente, el empleo y divulgación de los mismos.

Atendiendo, de forma esquemática, a las líneas de abordaje y a los objetivos de las principales disciplinas, de las muchas que intervienen en la atención a las personas con dependencia, se constatan realidades diferentes, o al menos intensidades distintas, en cuanto al objeto de estudio y al fin de la atención proporcionada por cada una. Así, el enfoque de la valoración y atención a la dependencia desde la disciplina enfermera, se centra en el cuidado integral del individuo dependiente, favoreciendo su máxima autonomía y sustituyendo sus limitaciones o deficiencias en los grados necesarios; el objeto de estudio e intervención desde la Medicina Geriátrica, se basa, a priori, en los aspectos más fisiológicos y cognitivos, y en el abordaje asistencial de los trastornos derivados

del envejecimiento y de las demencias; desde la Medicina de Familia, se centra al individuo en su entorno, siendo su objetivo la atención de los síntomas y la calidad de vida, concibiendo de forma natural la vejez como una fase dentro de la evolución de la vida del sujeto. Desde la rehabilitación, se incide en especial en los aspectos motóricos y de funcionalidad, tendentes al mantenimiento y recuperación funcional de la persona o a disminuir las secuelas de las limitaciones. Desde el Trabajo Social, el núcleo se ha centrado en las relaciones socio-familiares del dependiente, en su entorno, los problemas económicos, las redes informales de cuidado y en la propia gestión de los recursos. La Psicología se ha ocupado de los procesos de socialización y han intensificado su actuación sobre los trastornos cognitivos. En cualquier caso, los profesionales de la salud han reivindicado su protagonismo en la valoración de la dependencia, al estimar la relación que existe entre dependencia y enfermedad (Romero et al., 2006), existiendo comunidades autónomas en las que forman el núcleo principal de los equipos de valoración.

Esta multidisciplinariedad, reconocida y promovida desde el principio por la propia Ley, ha supuesto un enriquecimiento lógico en el abordaje de la dependencia, constituyéndose los equipos profesionales como piedras angulares en la atención a los mayores dependientes desde su valoración; pero ha contribuido, según se indicaba, al desarrollo de numerosas definiciones, conceptos y clasificaciones, tendentes a la consecución de los objetivos de cada disciplina, que han dificultado el seguimiento y la homogeneización de la valoración global del dependiente.

En esa realidad y por la lógica necesidad de control de los recursos que pasa por una comparación de resultados y por un mapa conceptual común, comienzan a surgir elementos unificadores, previos a la propia puesta en marcha de la Ley de Dependencia, siendo destacable, como se ha comentado en el apartado de evolución conceptual de la dependencia, la apuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para contribuir al desarrollo de una herramienta precisa, práctica y que posibilite la universalización, ayudando al diagnóstico, valoración, planificación e investigación en discapacidad y funcionalidad de las personas, permitiendo un lenguaje común internacional y multidisciplinar.

5.2. SISTEMAS Y CRITERIOS DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA.

Podrían describirse numerosos sistemas y métodos de valoración de la dependencia, según la especificidad o los objetivos iniciales que persigan, pudiendo estar destinados a una valoración global del individuo, a un reconocimiento de la dependencia o a una clasificación para la planificación de la propia atención al dependiente.

Sin pretender analizar cada herramienta o sistema conceptual de los empleados por cada disciplina o en cada institución, se describirán esquemáticamente los modelos de valoración más empleados y reconocidos a nivel clínico, previamente al análisis en mayor profundidad del propio sistema contemplado por la Ley de Dependencia y de las herramientas que se emplean en la valoración de la Dependencia en las Residencias de Mayores de la Comunidad de Madrid.

Instrumentos para la valoración de dependencia.

Las escalas de valoración de la dependencia son instrumentos empleados en la detección y la medición de la dependencia, en relación a su incidencia en la capacidad del individuo para realizar determinadas actividades, para las que se presupone y se requiere una capacidad física y cognitiva. Por tanto, su objetivo radica en determinar la capacidad de la persona para realizar, de forma independiente, las Actividades de la Vida Diaria (Trigás, Ferreira & Meijide, 2011). Estas herramientas no han surgido con la entrada en vigor de la Ley de Dependencia, sino que se venían empleando por las Administraciones, otras entidades y los profesionales, con gran anterioridad a la misma. En el ámbito de la geriatría el primero de los instrumentos estandarizados data del año 1955 (Rivero & Salvá, 2011).

Las escalas de valoración funcional, combinan la valoración de determinadas funciones consideradas básicas o instrumentales en la vida del individuo. Pueden ser monodimensionales, cuando únicamente valoran una determinada función, o multidimensionales, cuando además de valorar funciones específicas, incluyen una valoración del estado cognitivo y una valoración social.

La validez y universalidad en el uso de alguna de las escalas es muy relevante, empleándose incluso para determinar la validez de otros instrumentos.

Destacan en este grupo el Índice de Barthel y el índice de Katz, ambos de amplio uso internacional. En estudios nacionales, se ha constatado también la amplia utilización de estos instrumentos en el ámbito de la geriatría (Fernández & Estévez, 2013), reflejándose ese empleo en porcentajes muy elevados, como los reflejados en un estudio de Abizanda, en el que se describe el uso del Índice de Barthel en un 74,3% y el Índice de Katz en un 51,2% de todas las unidades especializadas estudiadas (Abizanda, Gallejo, Sánchez & Díaz, 2000).

Las escalas y herramientas de valoración, para cumplir con su función y ser útiles, deben reunir una serie de características imprescindibles, entre las que destacan:

Validez. Tanto concurrente como discriminatoria. Que sirvan para lo que se quiere medir y que discriminen adecuadamente a los que tienen una determinada limitación de los que no la tienen.

Fiabilidad. Interobservador e intraobservador. Que el resultado sea similar ante ausencia de cambios, al emplear la escala dos observadores distintos, o el mismo observador en momentos diferentes (Álvarez & Macías, 2009).

Sencillez y universalidad. Homogeneización del lenguaje y facilidad de seguimiento e interpretación. Debe incluir instrucciones precisas, cálculo rápido, poco entrenamiento y no requerir un equipo sofisticado (Mirallas & Real, 2003).

Los objetivos de las escalas de valoración en su uso clínico, siendo el caso que nos ocupa al estar centrado el trabajo en usuarios de Residencias de Mayores, según se describen en el texto "Dependencia en Geriatría" (Álvarez & Macías, 2009: 116), serían:

- *Descripción de una función basal funcional.*
- *Cribaje de factores de riesgo o problemas no detectados.*
- *Ayuda en el diagnóstico.*
- *Ayuda en la definición de objetivos terapéuticos y rehabilitadores.*
- *Monitorización del curso clínico.*

- *Ayuda en el pronóstico funcional y vital.*

Las escalas de valoración deben ofrecer un resumen de la situación basal del mayor, un referente que permita establecer comparaciones posteriores que indiquen la mejoría o empeoramiento en su capacidad funcional o en la esfera concreta que se esté valorando. De esta forma, se establece la monitorización del estado de la persona y se facilita la planificación de objetivos multiprofesionales de atención, cuya consecución se podrá medir, de nuevo, con la nueva aplicación de la escala, permitiendo programar un indicador objetivo y posibilitando el establecimiento de estándares de cuidados.

Atendiendo a la clasificación que se describe en el Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO, 2004), las escalas de la dependencia se podrían dividir, en función del uso que se podría obtener de las mismas, en:

- Sistemas de clasificación de usuarios en grupos de “isodependencia” o “isorrecurso” (sistemas de medición de la casuística o case-mix).

Son sistemas que contemplan la posibilidad de establecer grupos homogéneos de pacientes-clientes, con unas necesidades de atención similares y por tanto, un consumo de recursos profesionales también similar. La clasificación se realiza en base a determinados parámetros relativos al nivel de dependencia y a la ayuda prestada, así como de otros aspectos sobre nivel de memoria, orientación, actividades físicas, sociales, etc.

Existen numerosos sistemas que emplean esta dinámica de clasificación, algunos directos, basados en los cuidados requeridos, como el sistema PLAISIR⁷² y otros sistemas indirectos, que incorporan variables de capacidad funcional y de complejidad (García, Martínez, Carrillo & Peiró, 2000).

En numerosas ocasiones y por un criterio de simplificación en su uso e interpretación, posteriormente a la valoración se establece una clasificación más sencilla, reduciendo los grupos que integran cada una de las clasificaciones (hasta 44 subgrupos en el caso del RUG-III), en tres grupos que facilitan el

⁷² Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis, sistema instaurado desde 1984 en Québec para la evaluación continua de residentes de centros de media y larga estancia.

reconocimiento y nomenclatura de la situación de dependencia y la atención requerida, siendo el argot más empleado habitualmente entre los profesionales. Una de las clasificaciones más simples y más estandarizadas, es la que se muestra a continuación (Querejeta, 2004b: 42):

1. No dependientes, autónomos o válidos.
2. Dependientes.
3. Gran dependiente, complejo o psicogerriátrico.

Al tratarse del sistema clave empleado para la clasificación de los residentes en las Residencias de Mayores de la Comunidad de Madrid, posteriormente se detallará el sistema de valoración y clasificación específico, basado en esta metodología.

- Los baremos sociosanitarios. Para la derivación y/u orientación hacia los servicios sociosanitarios.

Se trata de herramientas empleadas por las administraciones para la asignación de los recursos disponibles en su catálogo de reconocido de servicios. Estos baremos contemplan aspectos funcionales y de salud del individuo, a los que se añaden aspectos sociales y económicos, proporcionando unos resultados en función de los que se establecen prioridades en los listados de atención, marcando tanto el tipo de recurso, como el orden que ocupa el individuo en las listas que se pudieran establecer. El objetivo último es identificar unas características mínimas o básicas para el acceso a esos beneficios. El BVD, se encontraría incluido en este grupo (Rivero & Salvá, 2011).

- Para evaluación de la calidad, gestión, planificación y seguimiento asistencial.

Los instrumentos de valoración permiten el establecimiento de estándares de cuidados y de calidad, facilitando el seguimiento de determinados indicadores asistenciales y del proceso de atención en su conjunto.

Los propios instrumentos, al permitir estimaciones sobre la carga específica de atención en función de la casuística atendida, facilitan la programación del

personal y su planificación objetiva en función de las necesidades reales de atención.

- Para la valoración de la progresión de la enfermedad o la graduación de determinadas deficiencias.

Como se ha descrito en la introducción de este apartado, las escalas y sistemas de valoración, permiten conocer una situación en un momento específico, facilitando un seguimiento y una comparación futura con el patrón establecido y con la situación basal de la persona valorada. De esta forma se pueden monitorizar los cambios sufridos por las personas, positivos y negativos, constatando la consecución de los objetivos, ofreciendo, algunos de ellos, una proyección de las situaciones y pronósticos esperados al alta o a corto-medio plazo. En este sentido, las escalas también muestran utilidad en el seguimiento del impacto de programas de rehabilitación, planes de cuidados o programas de cuidados paliativos (Romero et al., 2006).

- Para el control de acceso a los servicios sociales.

El uso de estas tablas o baremos, suele dirigirse hacia la derivación a los servicios sociales, al tratarse de unos instrumentos que complementados con la situación del entorno social de la persona, se emplean para priorizar y asignar la demanda de plazas residenciales, centros de día o cualquier otro recurso contemplado.

Al resultado de la propia valoración del nivel o estado de dependencia, se incorporan aspectos socioeconómicos que establecen los criterios de priorización y asignación de plazas o recursos económicos.

- En estudios estadísticos y sociológicos de salud y calidad de vida.

La dependencia es uno de los aspectos introducidos habitualmente en los estudios sociológicos de tipo sociosanitario, incluyendo diferentes métodos para detectar la incidencia de la dependencia en la población y su repercusión en diferentes variables socioeconómicas. Estos instrumentos son empleados en la práctica clínica habitual y facilitan la planificación de los servicios (Rivero & Salvá, 2011) y la investigación en el ámbito de estudio.

Como se ha indicado, existen numerosas herramientas para valorar, directa o indirectamente, la dependencia, encontrándose entre las mismas, las dos que se analizarán en el estudio, el Índice de Barthel y el RAI. Al referenciarse otras herramientas en varias partes del trabajo, parece oportuno relacionar aquellas que presentan un uso más extendido en la valoración de las Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, especialmente en el marco de la gerontología:

- *Índice de Lawton y Brody*. Es la escala más utilizada para valorar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Fernández & Estévez, 2013), propias del medio comunitario, necesarias para vivir en soledad. Incluye la valoración de ocho actividades: capacidad para manejar el teléfono, hacer las compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, manejo de la medicación y de asuntos económicos (Lawton & Brody, 1969). Como se ha comentado, la institucionalización cubre la práctica totalidad de esas actividades, por lo que su valoración en el seno de la residencia presenta menor trascendencia que en el exterior, pudiendo ofrecer resultados distorsionados.
- *Índice de Katz*. Específico para valorar la dependencia en actividades de la vida diaria necesarias para la independencia en el autocuidado. Cada actividad es valorada con dos opciones: dependiente o independiente. Incluye seis actividades: lavado, vestido, uso del retrete, movilización, continencia y alimentación (Cruz, 1991). Al ser comparado con el Índice de Barthel, hay autores que señalan que el Índice de Katz es mejor para su uso en pacientes hospitalizados y en consultas (Trigás et al., 2011).
- *Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja*. Clasifica en seis grados la capacidad física de la persona, del "0", que indica que la persona se vale por si misma; al "5", indicando inmovilización en cama o sillón e incontinencia total (Alarcón, 2003). Valora fundamentalmente la movilidad, la continencia y los actos diarios. Presenta una elevada concordancia con el Índice de Barthel y con el Índice de Katz (Trigás et al., 2011).

- *Índice de Barthel*. Para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria. Al tratarse de uno de los instrumentos analizados en el estudio, se procederá a su revisión específica.

5.3. VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LAS RESIDENCIAS DE MAYORES DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

Las Residencias de Mayores de la Comunidad de Madrid identifican, dentro de su mapa de procesos, de una forma explícita y con un enfoque transversal sobre el resto de los procesos de atención, la valoración de las necesidades del residente. La relevancia intrínseca de este proceso radica en que da comienzo a la actividad asistencial y al resto de las actividades complementarias. A través de la valoración de las necesidades se obtiene la información que nutre de los datos requeridos a muchas otras actividades, facilitando la continuidad de los cuidados y de los tratamientos previos, a la vez que posibilita un proceso de adaptación no traumático para el residente.

Las características de los usuarios de estos centros, no únicamente individuos dependientes, sino individuos mayores y dependientes, han obligado al desarrollo de unos sistemas de valoración que permitan captar desde todas las perspectivas, las necesidades del nuevo usuario. Esa aproximación holística facilita la programación del plan de cuidados multidisciplinar y, por tanto, el abordaje más adecuado para satisfacer todas las necesidades, asegurando, como se indicaba, la continuidad de los cuidados.

De inicio, esta podría ser una de las diferencias entre el sistema de valoración establecido por la Ley y el empleado en las Residencias. En el sistema regulado por la Ley, la propia valoración tiene un carácter finalista, estando centrada explícitamente en la detección de la dependencia y contemplando únicamente como características diferenciadoras, los grupos de edad más extremos (menores de tres años) y las enfermedades mentales. Mientras, en las Residencias de Mayores se valora la dependencia como parte de la realidad de una persona mayor a la que se pretende evaluar para adecuar los recursos a sus necesidades, definiendo su ubicación más idónea y posibilitando el establecimiento de medidas rehabilitadoras o mantenedoras de su estado, más allá del simple reconocimiento de su dependencia funcional.

La valoración específica de la dependencia realizada en las Residencias de Mayores de la Comunidad de Madrid, al igual que en gran parte de los centros de atención geriátrica y gerontológica a nivel nacional e internacional, se sitúa dentro de la denominada "Valoración Geriátrica Integral" (VGI), definida como:

*"Proceso diagnóstico multidimensional, interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas médicos, evaluar capacidades funcionales y psicosociales, en orden a alcanzar un plan de tratamiento global, optimizar la utilización de recursos asistenciales y garantizar la continuidad de los cuidados a largo plazo"*⁷³.

Para el desarrollo de la VGI, además de las Historias profesionales, se emplean herramientas específicas de valoración de las diferentes esferas: funcional, física, social y psicológica (Fernández & Estévez, 2013). En este sentido, *"la valoración geriátrica multidimensional, detecta unas prevalencias de problemas de salud mayores que las del registro de la historia clínica"* (Sitjas, San José, Armadans, Mudent & Vilardell, 2003). La capacidad funcional del mayor incluye, por tanto, habilidades en todas esas esferas, por lo que la funcionalidad será determinante para definir el nivel de dependencia, así como los objetivos del plan de cuidados y de rehabilitación (Segovia & Torres, 2011). Este enfoque integral de valoración, permite identificar situaciones de fragilidad, conocer la situación basal del mayor, planificar de forma individualizada el tratamiento y los cuidados, facilitando la adecuada gestión de los recursos al ubicar al mayor en el nivel más adecuado (Álvarez & Macías, 2009).

En el apartado anterior del trabajo se han introducido las principales escalas de valoración de las esferas física y funcional, por su repercusión en el estudio. A continuación, se describirán algunas de las principales herramientas de valoración focalizada en otras áreas relacionadas con la dependencia (Romero et al., 2006), incidiendo en las más estandarizadas y las que se emplean habitualmente en las Residencias del SRBS.

- *Escala de Pfeiffer (SPMSQ –Short Portable Mental State Questionnaire-)*. Se trata de un test para la detección de problemas en la capacidad cognitiva. Incluye 10 preguntas, Ejemplo: día de la semana, edad. Se contabilizan las respuestas correctas (García et al., 2009).

⁷³ (Rubenstein, 2004; citado en Millán, 2011: 23)

- *Escala de Incapacidad Psíquica de la Cruz Roja*. Valora la orientación temporo-espacial, las alteraciones del comportamiento y del lenguaje y la incontinencia relacionada con problemas mentales. La codificación es similar a la Escala de Incapacidad física de la Cruz Roja, presentando valores entre “0” y “5”, desde la ausencia de problemas al deterioro severo, respectivamente (Alarcón, 2003).
- *Escala de Yessavage (GDS –Geriatric Depresión Scale-)*. Escala para la detección de la depresión en el anciano, en individuos que no presenten deterioro cognitivo. La modalidad que se suele emplear en las Residencias del SRBS es la reducida, constituida por 15 ítems (Martí et al., 2000).
- *Miniexamen cognitivo de Lobo*. Evalúa la orientación, la fijación, la concentración, el cálculo, la memoria, el lenguaje y la capacidad de construcción. Adquiere un valor máximo de 35 puntos (ausencia de deterioro), considerándose que valores inferiores a 24 son indicativos de deterioro cognitivo. (Millán, 2011).
- *Test del Reloj*. Prueba sencilla de cribaje para examinar el deterioro cognitivo. Valora la función cognitiva global: atención, comprensión, conocimiento numérico; permitiendo, por tanto, la valoración de habilidades visuoespaciales, representaciones mentales simbólicas o praxis constructiva (Cacho, García, Arcaya & Lantada, 1999). La prueba consiste en dibujar un reloj y marcar la hora indicada.

A parte de estas escalas, en la práctica clínica diaria se emplean herramientas específicas para valorar el riesgo de úlceras por presión (Norton, Emina), marcha y equilibrio (Tinetti, test Up and Go down), riesgo de suicidio, descarte de malos tratos, etc.; complementando la valoración integral. De las siguientes escalas se realiza una breve descripción, al emplearse en una de las fases del estudio.

- *Escala de Norton*. Escala sencilla y muy estandarizada para la evaluación del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Se basa en la valoración de cinco variables: movilidad, estado general, actividad, estado mental y control de esfínteres. La escala se

desarrolló a partir de la experiencia clínica con pacientes geriátricos (Moreno et al., 2007).

- *Test de Tinetti*. Se trata de una herramienta dirigida a valorar el equilibrio y la marcha de la persona, a través de varios ejercicios que incluyen movimientos habituales en la vida diaria. Los fallos en el ejercicio se relacionan significativamente con mayor miedo a caer y con trastornos del equilibrio. Es un instrumento ampliamente empleado en los estudios de caídas (Roqueta et al., 2007).

5.3.1 Historia Integral del Residente del SRBS. (HIRE).

En las Residencias de Mayores de la Comunidad de Madrid, como centros especializados en la atención a mayores dependientes, se lleva a cabo en los primeros días del ingreso del nuevo usuario, la VGI, que incluye la valoración multidimensional desde cada una de las disciplinas profesionales que integran el Equipo Interdisciplinar. La valoración se nutre a través de entrevistas al usuario y/o personas de referencia, observación directa, técnicas diagnósticas y la aplicación de diferentes test y escalas de valoración de la dependencia funcional, psíquica y social, que completan la valoración global. Esta perspectiva supera a la de la historia clínica convencional, de la que se reconoce que, a nivel geriátrico, solo es capaz de detectar el 28% de los pacientes con alteraciones mentales o el 42% de los que padecen incontinencia (Álvarez & Macías, 2009).

La valoración llevada a cabo por cada disciplina profesional es recogida en una herramienta informática denominada HIRE (Historia Integral del Residente), a la que tienen acceso, a nivel de consulta, todos los profesionales. El empleo de la tecnología de la información en la configuración de la Historia Clínica, ha posibilitado la interconexión con otros niveles asistenciales, pasando de ser local a ser global (Galimany, Roca & Girbau, 2012). Los principales contenidos de la aplicación HIRE, que posibilitan una aproximación al alcance de la valoración y registro, son los siguientes:

Historia médica.

La Historia Médica, incluye varios apartados, sintetizados en un tapiz inicial, similar al empleado en otras aplicaciones informáticas utilizadas en

Atención Primaria, donde se reflejan los datos más significativos cumplimentados en los otros subapartados. Este módulo recoge los principales elementos de la valoración clínica, uno de los componentes estándar que debe incluir la VGI (Fernández & Estévez, 2013). A modo de resumen, se pueden destacar los siguientes contenidos:

- *Historia Anterior.* En este apartado se recogen los datos relativos a los antecedentes personales y familiares del residente, alergias y restricciones, hábitos tóxicos.
- *Valoración Geriátrica.* El sistema permite la codificación de cada valoración, incluyendo las fechas de apertura y cierre de las mismas. Las valoraciones en este apartado incluyen la Anamnesis (organizada por sistemas: cardiocirculatorio, digestivo, respiratorio, genito urinario, sexual...), Exploración (organizada por zonas anatómicas: cabeza y cuello, tórax, abdomen...), Síndromes Geriátricos (Deterioro cognitivo/demencia, alteración en la nutrición e hidratación, alteraciones del ritmo intestinal/estreñimiento, Incontinencia urinaria, Alteración del sueño y polifarmacia).
- *Evolución.* En este apartado se registra la evolución con criterios cronológicos, asociada a cada episodio, incluyendo todos los problemas de salud, su evolución y seguimiento.
- *Diagnósticos.* Aparecen registrados todos los diagnósticos del residente según la codificación del CIE-9⁷⁴.
- *Prevención Primaria.* Incluye diferentes actividades preventivas a considerar en la población anciana, a destacar: vacunas, cribados de determinadas patologías, estudios recurrentes, etc.
- *Exploraciones complementarias.* Campo específico para el registro de pruebas diagnósticas complementarias, internas o externas al centro.
- *Tratamientos.* Incluye todos los tratamientos farmacológicos del residente, activos e inactivos.

⁷⁴ El CIE-9, es la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su versión 9.

Historia de Enfermería.

La valoración de Enfermería se realiza según el modelo de necesidades de Virginia Henderson (Luis, Fernández & Navarro, 2000), procediendo a la detección de las necesidades del residente y a la prescripción de los cuidados básicos o especializados que requiere. La Historia de Enfermería incluye los siguientes apartados:

- *Constantes.* Pantalla que recoge el histórico de las constantes vitales, estableciendo determinadas operaciones como el Índice de Masa Corporal.
- *Alimentación.* Recoge aspectos de esta necesidad básica, a destacar: tipo de dieta, características de la boca y dentadura, suplementos alimenticios, etc.
- *Respiración.* Recoge información sobre la necesidad del residente de emplear oxigenoterapia, aspiraciones bronquiales, patrón respiratorio habitual, etc.
- *Eliminación.* Incluye la valoración del patrón de eliminación fecal y urinaria, presencia de incontinencia de cualquier tipo, necesidad de absorbentes u otros dispositivos similares y cualquier problemática en la necesidad.
- *Movilidad.* Se valoran e identifican las destrezas y habilidades del residente en la marcha y movimientos corporales, así como el grado y tipo de ayuda que pudiera requerir en su caso. Se incluye un apartado específico sobre ayudas técnicas.
- *Cuidado de la piel.* Incluye la valoración de cualquier alteración en la piel, destacando la escala de riesgo de úlceras por presión y una pantalla de seguimiento y registro del tratamiento de heridas crónicas que posibilita la monitorización de las lesiones y la investigación.
- *Termorregulación.* Patrón habitual de temperatura corporal y hábitos relacionados con el mismo (vestido, ejercicio...).
- *Seguridad.* Incluyendo riesgos habituales de caídas, lesiones, necesidades de sujeciones y capacidad para la autoadministración de la medicación.

El contenido de la Historia de Enfermería, a nivel de metodología enfermera, será descrito con mayor profundidad en el capítulo de lenguajes enfermeros, en el que se analizarán los criterios de codificación y el procedimiento para la identificación de diagnósticos enfermeros y la prescripción y seguimiento de los cuidados.

Historia de Terapia Ocupacional.

La Historia de Terapia Ocupacional, está muy enfocada al estudio y registro de la función, así como a las intervenciones para su mantenimiento y recuperación. Los principales apartados que la componen, muchos directamente relacionados con la dependencia, son:

- *Actividades Básicas de la Vida Diaria.* Se valora cada actividad, registrando en un texto libre la presencia de anomalías o deficiencias en el desempeño.
- *Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.* En un formato similar al anterior, se incluye una valoración de la utilización de los aparatos de llamada, manejo de la ropa, uso de electrodomésticos, manejo de recursos residenciales, dinero y otras actividades similares.
- *Registro de escalas de valoración:* Escala de Barthel, Escala de Lawton y Mini Examen Cognoscitivo.
- *Aficiones y Actividades Lúdicas.* Se contemplan las actividades de ocio más habituales: televisión, lectura, cine, actividades religiosas, sociales, etc.
- *Productos de apoyo para cada actividad y grado de manejo de la misma.*
- *Valoración de Habilidades Motoras.* Arcos activos, actividad psicomotriz, pinzas, etc.
- *Habilidades cognitivas.* Registro de deficiencias en lenguaje, cálculo, aprendizaje, funciones ejecutivas superiores, etc.
- *Rasgos psicosociales que limitan el desempeño ocupacional.* Actitud, comportamiento y conducta social.
- *Técnicas ocupacionales y evolutivo.*

Historia Social.

La Historia Social incorpora los diagnósticos sociales formulados en base al estudio del caso y a la valoración de la esfera social realizada por estos profesionales (Cury, 2009). El módulo parte de una pantalla inicial en la que se recogen los principales aspectos de la valoración social, y los datos que pueden resultar más relevantes para el conjunto de profesionales que la consulten. Entre otros, destacan los siguientes apartados de valoración:

- *Historia Social.* incluye los motivos de ingreso, los datos de filiación y otros datos de contacto familiar. Entre los motivos de ingreso destacan: socio-familiares, problemas en las ABVD, económicos u orden judicial.
- *Familia.* Descripción de la unidad familiar, contactos familiares, problemática detectada y participación en el cuidado.
- *Valoración económica.* Ingresos, ayudas familiares, gastos.
- *Integración/Adaptación.* En este apartado se valora la capacidad y las posibles dificultades del residente para adaptarse a la institución.
- *Diagnósticos sociales, tratamientos e intervención social.*

Historia de Fisioterapia.

El Diseño de la Historia de Fisioterapia es similar al de la Historia de Terapia Ocupacional, con una pantalla inicial “mosaico” en la que figuran accesos conectores directos con cada uno de los protocolos o esferas de valoración. A nivel sintético, la Historia incluye:

- *Balances articulares, balance del grupo muscular, actitud morfoestática y ortoprótesis.* Se registra la evidencia de afectación y las fechas de valoración.
- *Gestos funcionales, dolor y alteraciones de la sensibilidad.* Valorados en las distintas regiones corporales: facies, cabeza, cuello, etc.
- *Transferencias.* Se valora la presencia de dificultades para las transferencias y deambulación, así como las necesidades de ayudas técnicas.

- *Módulo de terapéutica.* Incluye los programas y las técnicas de tratamiento, pautas de continuidad postural y de movimiento, etc.
- *Evolutivo y escalas de valoración específicas.* Incluye las escalas de valoración de la marcha y equilibrio: “Tinetti” y “Get Up and Go”.

5.3.2 Sistemas de clasificación de los Residentes.

La valoración de los residentes por cada disciplina, conducente al desarrollo del plan de cuidados, se complementa con la valoración interdisciplinar de la funcionalidad y la autonomía o dependencia de los usuarios, estableciendo una clasificación de los mismos en grupos homogéneos.

El sistema empleado en las Residencias de la Comunidad de Madrid, se denomina “Clasificación Funcional del Residente” (CFR), siendo uno de los parámetros que emplearemos para comparar sus resultados con los obtenidos tras la aplicación del Baremo propuesto por la Ley.

Previamente al desarrollo específico de la metodología y del propio sistema empleado en las Residencias de la Comunidad de Madrid, se describirán las bases teóricas en que se fundamenta el instrumento y el origen de las mismas.

Sistemas de Clasificación de Residentes.

Como se ha descrito anteriormente, al introducir los tipos de escalas para la valoración de la dependencia, existen sistemas que permiten la clasificación de los usuarios de las residencias de mayores en función de grupos homogéneos de “isodependencia” o “isoconsumo”.

El sistema facilita la categorización de los residentes en grupos que presentan necesidades de atención similares, permitiendo la planificación y asignación eficiente de los recursos personales, la ubicación más idónea del usuario y por otro lado, el conocimiento del case-mix o fotografía de la realidad clínica atendida en el Centro.

En 1986, en Estados Unidos, se diseñó un sistema case-mix para asegurar la calidad de los servicios en las Nursing Homes, sirviendo a posteriori para la propia reforma de la financiación de los cuidados prolongados (Calvo et al., 1999). El sistema incluye un instrumento de valoración, el Conjunto Mínimo

Básico de Datos (CMBD), que evalúa numerosos aspectos del individuo en sus esferas física, funcional, psicológica y de relación y un sistema de clasificación en función del que se asigna al individuo a un grupo específico, con unas características similares en cuanto al perfil de complejidad y a las necesidades de recursos.

Instrumento de valoración de residentes. RAI

El Instrumento de valoración de residentes (Resident Assessment Instrument – RAI), fue diseñado como una herramienta estandarizada para valorar las necesidades y los principales problemas de los usuarios atendidos en los centros residenciales. El RAI, formaba parte de las medidas incluidas en las reformas promulgadas por el Congreso de los Estados Unidos para la regulación y mejora de la calidad de las residencias de mayores (Hawes et al., 1997).

Se trata de un instrumento de valoración multidimensional global, que se centra en el análisis de la situación funcional de las personas mayores y que tiene por objetivo la obtención de una información precisa sobre las capacidades y las necesidades de los residentes, detectando problemas a tener en cuenta en la planificación de los cuidados. El instrumento incluye, en su diseño, los dominios que la OMS consideró que debían incorporarse en la valoración integral de la persona mayor (Urrutia, 2006).

El RAI se compone de tres elementos principales: el Conjunto Mínimo de Datos, el manual con las descripciones y definiciones de los atributos de valoración, y los protocolos clínicos de evaluación que apoyan el desarrollo de los planes de atención (Hirdes et al, 2013). El sistema de valoración evalúa, a través de ese Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), todas las áreas de una forma estandarizada, dirigiendo la valoración sistematizada del residente y el proceso de elaboración de los planes de cuidados. El sistema facilita una clasificación del residente en función de las necesidades reales y de los servicios que se prestan (Calvo et al., 1999). Previamente a su implantación, se requirió una revisión de los instrumentos de evaluación geriátrica existentes, los dominios que debían ser incluidos, así como la determinación de la fiabilidad y la validez del instrumento. La valoración a través del RAI es requerida en el ingreso de un residente, y al menos anualmente, para desarrollar el plan de atención. El sistema dispone de un subconjunto de evaluación trimestral, más reducido, para supervisar la evolución del residente y la necesidad de establecer modificaciones (Hawes et al., 1997).

El instrumento RAI incorpora unos protocolos de evaluación que alertan al profesional que realiza la valoración sobre un problema establecido o un riesgo potencial sobre el que hay que profundizar, facilitando su consideración en el plan de atención (Morris et al., 1990).

Los datos del sistema de valoración han sido analizados en numerosos estudios, obteniendo resultados importantes en fiabilidad y validez, mostrando su utilidad para la planificación de cuidados, la investigación y el seguimiento de la calidad de atención (Hirdes et al., 2013).

Grupos de Isoconsumo. RUG-III

El desarrollo del RAI, se integró con un sistema de clasificación de residentes mediante un agrupador Resource Utilization Groups (RUG) (Carpenter, Main & Turner 1995), utilizado en MEDICARE⁷⁵ para la gestión y financiación de los centros sociosanitarios. La idiosincrasia del paciente geriátrico, con la presentación atípica de la enfermedad y las necesidades concretas de rehabilitación o cuidados mantenidos que precisan, hace imprescindible el establecimiento de un sistema de clasificación específico, que se adapte a esas características, que trascienden a un diagnóstico principal (Alastuey et al., 2000).

Los grupos RUGs se ajustan adecuadamente a la población mayor, al estimar la situación clínica, el diagnóstico y el estado funcional, clasificando por tanto a los sujetos, en función de la autonomía personal y la complejidad clínica (Paulo et al., 2004). A pesar de que inicialmente fueron desarrollados para la clasificación de residentes, las características expuestas y su adecuación, han extendido su uso a la clasificación al conjunto de pacientes ingresados en servicios de geriatría. Al tratarse de un sistema de clasificación de los denominados "indirectos", relaciona la capacidad funcional (iso-capacidad), con la necesidad de cuidados (iso-consumo) y el coste que éstos suponen (iso-coste) (Torramadés et al., 2006).

⁷⁵ Medicare es el Programa de Seguro de Salud en Estados Unidos para las personas mayores de 65 años. Incluye varias partes: seguro de hospital o centros de enfermería, seguro de salud, cobertura de medicamentos, etc.

El sistema inicial (RUG-I), fue desarrollado en 1985 en los Estados Unidos (EEUU), por Fries y colaboradores, conteniendo nueve grupos de pacientes clasificados según un índice de actividades de la vida diaria.

En 1988, se desarrolló una segunda versión (RUG-II), para dar respuesta a la necesidad de establecer un sistema para realizar la facturación de los servicios en los centros residenciales (Nursing Homes). El sistema también se emplea para la financiación y gestión eficaz de los centros, estableciendo un sistema prospectivo de pago en función de la actividad prevista.

En el año 1990, se formuló una tercera revisión, el RUG-III, basado en un sistema de información normalizado, el Minimum Data Set. El RUG-III, clasifica a los usuarios en 44 grupos, basado en el estado clínico y su nivel de autonomía (Iglesias et al., 1999), combinando tres dimensiones:

1. Grupos de Isoconsumo de recursos.

El sistema de clasificación de residentes permite contemplar los diferentes niveles de dependencia como generadores de cargas de trabajo de enfermería. La complejidad y la dependencia se clasifican en siete grupos o categorías de complejidad. Cada valoración se agrupa en la primera categoría en la que cumple criterios de clasificación, seleccionando el grupo de mayor índice de complejidad (Calvo et al., 1999). Las categorías, presentadas en orden de mayor a menor complejidad, son:

- Rehabilitación especial.
- Cuidados extensivos.
- Cuidados especiales.
- Complejidad clínica.
- Deterioro cognitivo.
- Problemas de conducta.
- Funciones físicas reducidas.

2. Capacidad para realizar cuatro actividades de la vida diaria:

Las siete categorías anteriores, se combinan con otra variable constituida por los niveles de dependencia para el desarrollo de las siguientes actividades de la vida diaria (Alastuey et al., 2000).

- Uso del aseo.
- Movilidad en la cama.
- Comer.
- Deambulaci3n.

3. Otras necesidades adicionales, como la rehabilitaci3n de Enfermería o la surgida por problemas del residente.

5.3.3 Herramienta propia de las Residencias del SRBS. Clasificaci3n Funcional del Residente (CFR)⁷⁶

A partir de 1998, comienza un plan de implantaci3n del RAI como sistema de informaci3n asistencial del SRBS (Burgueño, Rodríguez, Ramos & Hernando, 2001). Para su utilizaci3n y explotaci3n en las Residencias de Mayores del Servicio Regional de Bienestar Social, se desarroll3 una aplicaci3n informática que incluye una parte importante del CMBD del RAI-NH y el sistema de clasificaci3n RUG-III, con el objetivo de conseguir:

- La valoraci3n de las necesidades individuales de los residentes.
- La clasificaci3n en grupos de características homogéneas, con necesidades de atenci3n similares (44 subgrupos RUG III). Los grupos tienen un significado clínic3 en sí mismos, aportando directamente una informaci3n importante para el técnico, que facilita una primera impresi3n sobre las necesidades del usuario.
- Desencadenar los procedimientos para identificar alertas (PIA). Consecuentemente, dirige hacia una ampliaci3n de la valoraci3n en los aspectos que a través del instrumento se pudieran detectar como afectados o que potencialmente pudieran suponer la aparici3n de un

⁷⁶ Para el desarrollo de este apartado, se ha empleado especialmente el Documento nº8, proceso asistencial 2, "Clasificaci3n Funcional de Residentes. C.F.R" del Servicio Regional de Bienestar Social. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid, así como la propia experiencia del autor del trabajo en la utilizaci3n del instrumento y su participaci3n en la implantaci3n del mismo.

problema. A este nivel el RAI cuenta con 18 protocolos de valoración que permiten profundizar ante una problemática concreta.

- Homogeneizar las valoraciones entre las 24 Residencias de Mayores del SRBS, permitiendo conocer y comparar la realidad de atención de los mismos, con el impacto lógico en la gestión de recursos.

El sistema no valora únicamente los aspectos que pudieran intervenir directamente en el nivel de dependencia, sino que pondera y establece la relación entre los diferentes elementos integrantes de la valoración: físicos, funcionales, psicológicos y sociales, valorando de forma holística al individuo. A su vez, el sistema está interconectado con la aplicación informática "Historia Integral del Residente", a la que nutre de información relativa al nivel funcional y cognitivo, a la vez que activa los protocolos que se hayan detectado como alterados o sobre los que se requiera profundizar en su valoración específica.

El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del CFR está constituido por más de 250 ítems, elaborado a partir del esquema del sistema RAI 2.0, que al emplear lenguajes compatibles, relaciona los diferentes niveles asistenciales, situación clave por la utilización, a lo largo del proceso de envejecimiento, de múltiples recursos. Los ítems que integra el CMBD del CFR permiten la agilización del proceso de valoración, sin obviar ningún dato o aspecto de la valoración, imprescindible para el establecimiento del plan de cuidados y/o para la clasificación del residente.

El CFR se cumplimenta por los técnicos del Equipo Interdisciplinar, según la distribución establecida en función de la implicación de la disciplina en el área valorada. Las valoraciones se cierran físicamente en las reuniones periódicas del Equipo Interdisciplinar, en las que se pone en común la información más relevante y se discuten los aspectos de apreciación más subjetiva, en especial los relativos al estado de ánimo y de relación del residente.

Las valoraciones con el instrumento CFR se realizan, durante los primeros quince días del ingreso, a todos los usuarios que han ingresado y con carácter ordinario cada seis meses, independientemente del estado del residente. Está contemplada la realización de una nueva valoración cuando se producen cambios significativos y duraderos en el estado de salud del residente, que impliquen una

modificación sustancial de sus necesidades de atención y, consecuentemente, de su nivel de dependencia.

Estructura y composición del instrumento de valoración CFR.

Los ítems que integran el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del CFR, se distribuyen en doce áreas fundamentales:

a. Patrones cognitivos.

El objetivo es determinar la capacidad que tiene el residente para recordar, pensar de forma coherente y planificar las actividades de autocuidado.

b. Patrones de comunicación.

Evalúan la capacidad de comprensión y comunicación del residente con otras personas.

c. Estado de ánimo y patrones de conducta.

La propia institucionalización y la instauración de los procesos que desencadenan en la dependencia, inciden en la afectación del estado de ánimo, asociado a una morbilidad significativa en este tipo de centros. También se pretende detectar la presencia de síntomas conductuales, que pueden resultar lesivos o molestos para sí mismo y para el resto de los actores de la institución.

d. Problemas funcionales físicos y estructurales.

La concurrencia de procesos patológicos crónicos y/o degenerativos, el propio deterioro físico secundario al proceso de envejecimiento y el deterioro cognitivo, alteran la autonomía de los residentes y su potencial participación en los cuidados y tareas para desarrollar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

Por la trascendencia de este Área en la valoración funcional del residente y en la estimación de su nivel de dependencia, se describen superficialmente los ítems y criterios de valoración que lo componen.

d.1. Autonomía en las actividades de la vida diaria.

Se valora el rendimiento en el autocuidado del residente durante la realización de las actividades de la vida diaria (AVD). Qué es capaz de hacer y qué sería capaz de hacer el residente dentro de cada una de las categorías de las AVD.

Se incluyen las siguientes actividades:

- Movilidad en la cama.
- Transferencias.
- Deambulación.
- Locomoción fuera de la unidad.
- Vestirse.
- Comer.
- Uso del inodoro.
- Higiene personal.
- Bañarse.

La codificación se realiza para cada categoría, utilizando la respuesta según el rendimiento real del residente durante los últimos siete días. Las posibilidades incluyen:

Tabla 8-Cap.5. Codificación de la autonomía en las AVD según CFR

Valor	Categoría
0	Independiente.
1	Supervisión.
2	Ayuda limitada.
3	Ayuda importante.
4	Dependencia Total.
8	La actividad no se produjo durante todo el período.

d.2. Ayuda facilitada para la realización de las AVD

Indica el máximo nivel de ayuda prestada al residente en cada AVD durante los últimos 7 días, independientemente de su frecuencia.

La codificación se realiza para cada actividad por separado e incluye:

Tabla 9-Cap.5. Codificación de la ayuda en AVD según CFR.

Valor	Categoría
0	No precisó preparación ni ayuda física del personal
1	Ayuda física en la preparación del material
2	Ayuda física de una persona
3	Ayuda de dos personas
8	La actividad de la AVD no se produjo los últimos 7 días

El área global de valoración de las AVD, incluye también un apartado explícito sobre el potencial de Rehabilitación Funcional del Residente.

e. Continencia.

El objetivo es determinar el patrón de continencia intestinal y vesical del residente a lo largo de los últimos 14 días.

f. Diagnósticos de enfermedades.

Se documenta la presencia únicamente de las patologías que se emplean en la clasificación de los grupos RUG-III, que inciden en el funcionamiento del residente y que, consecuentemente, afectan al plan de cuidados. Incluye entre otras: Diabetes Mellitus, vasculopatía periférica, tetraplejia, afasia y parálisis cerebral.

g. Problemas de salud.

Se reflejan síntomas o problemas que puedan afectar al nivel funcional o estado de salud del residente, indicando, a su vez, posibles factores de riesgo. Incluye entre otros: aumento o pérdida de peso, disnea, mareo, edema, fiebre, alucinaciones/ilusiones, disnea, marcha inestable y caídas.

h. Estado oral / nutricional.

Se identifican pérdidas de peso y otros problemas, trastornos y factores de riesgo relacionados con el patrón nutricional, que puedan impactar sobre el estado funcional y/o de salud del residente. Contiene: tipo de dieta, sonda nasogástrica, ingesta enteral o parenteral, rechazo de alimentos, etc.

i. Estado de la piel.

Se pretende documentar el estado general de la piel y la presencia de cualquier tipo de problema cutáneo y de cualquier úlcera, incluyendo los cuidados preventivos y el tratamiento prescrito.

j. Patrones de participación en actividades.

Relacionado especialmente con los momentos de vigilia y letargo, así como con la capacidad del residente para afrontar cambios en la rutina habitual.

k. Uso de fármacos.

Se reflejan fármacos que pueden incidir en el estado de salud y en el nivel funcional del residente, en especial: hipnóticos, psicotropos, diuréticos, ansiolíticos y antidepresivos, además de toda la medicación inyectable.

l. Tratamientos, procedimientos y programas especiales.

Se registra cualquier programa, procedimiento o tratamiento especial recibido por el residente. Incluye:

- Cuidados especiales: Quimioterapia, radioterapia, aspiraciones, oxigenoterapia, medicación intravenosa, etc.
- Terapias: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria y Logopedia.
- Rehabilitación de Enfermería: movilización pasiva, AVD, comunicación.

Construcción de la clasificación.

El instrumento CFR facilita una triple clasificación empleando diversos criterios de relación entre los datos recogidos en la valoración. Las tres áreas sobre las que establece la clasificación, son:

I. Grupo RUG. Atendiendo a la intensidad de los cuidados y ayudas requeridos en determinadas esferas de las valoradas, el instrumento clasifica al

residente en uno de los 44 subgrupos de isoconsumo de recursos que se han indicado, incluidos en los siete grupos principales del RUG-III.

- *Rehabilitación.* Residentes que estén incluidos en programas específicos de fisioterapia, terapia ocupacional y/o logopedia. Para que el programa sea considerado, debe ser individual o en grupos no superiores a cuatro, con un plan de objetivos y la actuación o supervisión directa del técnico.
- *Tratamientos extensivos.* Incluye a los residentes que presentan requerimientos de cuidados clínicos complejos, tales como: nutrición y/o medicación parenteral, aspiración de secreciones, cuidados de la traqueotomía, ventilador o respirador, etc.
- *Cuidados especiales.* Residentes con situaciones médicas complejas y/o que reciban cuidados clínicos como: esclerosis múltiple, tetraplejia, parálisis cerebral, fisioterapia respiratoria, úlceras por presión en estadíos III ó IV, radioterapia, alimentación por sonda nasogástrica, pérdida de peso, etc.
- *Complejidad clínica.* Residentes que reciben cuidados clínicos complejos, requiriendo enfermería cualificada para el manejo e intervención de situaciones como: quemaduras, hemorragias internas, heridas del pie, deshidratación, oxigenoterapia, hemiplejia, quimioterapia, diálisis, etc.
- *Deterioro cognitivo.* Residentes que presentan deterioro cognitivo en la toma de decisiones, en el recuerdo y en la memoria a corto plazo.
- *Problemas de conducta.* Residentes que muestran comportamientos como vagabundeo, agresividad verbal o física, alucinaciones o ilusiones y, en general, conductas disruptivas que dificulten la convivencia y/o la atención.
- *Funciones Físicas Reducidas.* Residentes cuyas necesidades son básicamente en las actividades de la vida diaria y de supervisión general.

II. Deterioro cognitivo. El instrumento clasifica también el estado cognitivo del residente, en cuanto a su memoria y a la capacidad de tomar decisiones. La codificación del nivel cognitivo alcanza valores entre "0", que representa la ausencia de problemas de memoria y orientación y "6", que representa un deterioro cognitivo total. A su vez esta variable incide en la asignación del residente a varios de los subgrupos RUG.

Nivel cognitivo 0:	Intacto
Nivel cognitivo 1:	Intacto límite
Nivel cognitivo 2:	Deterioro cognitivo ligero
Nivel cognitivo 3:	Deterioro cognitivo moderado
Nivel cognitivo 4:	Deterioro cognitivo moderado-severo
Nivel cognitivo 5:	Deterioro cognitivo severo
Nivel cognitivo 6:	Deterioro cognitivo muy severo

III. Dependencia Funcional. Nivel de AVD (Actividades de la Vida Diaria). El último criterio valorado, que a su vez influye en la clasificación del grupo RUG, es el nivel de dependencia del residente en las Actividades básicas de la vida diaria. Este apartado será uno de los criterios que se analizará en la fase final de comparación de los resultados, al indicar directamente el nivel de dependencia del residente.

Para su cálculo, el sistema valora la ayuda real requerida por el residente en cuatro de las actividades básicas valoradas, consideradas como las actividades cuya autonomía o dependencia, influye directamente en la consecución de las necesidades del resto de actividades, siendo las que antes perdería una persona.

El nivel AVD presenta un rango de puntuación de 4 (supervisión o autonomía) a 18 (ayuda total en las cuatro actividades valoradas), con valores intermedios en función de la necesidad y proporción de la ayuda en cada una de las actividades.

Tabla 10-Cap.5. Cálculo del nivel de afectación de AVD según el CFR

	Independiente o supervisión	Ayuda limitada	Ayuda total de 1 persona	Ayuda total de ≥ 2 personas
Movilidad en la cama	1	3	4	5
Uso del lavabo	1	3	4	5
Traslados y deambulación	1	3	4	5
	Independiente o supervisión	Ayuda limitada	Ayuda total	
Comer	1	2	3	

Criterios de clasificación funcional.

Para establecer el nivel de dependencia que se comparará con el obtenido tras la aplicación del BVD, existen unos criterios que consideran el resultado obtenido en el apartado AVD, según los términos descritos en el punto anterior, matizados por la presencia de alguna alteración o necesidad de cuidados específica, que por sí misma suponga una modificación en el requerimiento de ayuda.

A nivel esquemático, el sistema permite una clasificación de los residentes, en función de su dependencia funcional, en cuatro grupos:

- Autónomo.
- Dependencia leve.
- Dependencia moderada.
- Dependencia severa.

Autónomo. Este grupo incluye a los residentes con:

- Nivel AVB: 4, y
- Residentes con puntuación "0" en las actividades: comer, movilidad en la cama, transferencias y uso del aseo, y
- Con categoría RUG-III de: cuidados especiales, funciones físicas reducidas, rehabilitación especial o tratamientos extensivos.

Dependencia leve. Se incluye en este grupo a los residentes que presenten:

- Nivel AVD: 4, y
- Residentes con puntuación "0" en las actividades: comer, movilidad en la cama, transferencias y uso del aseo, y
- Con categoría RUG-III de: complejidad clínica, problemas de comportamiento o deterioro cognitivo.

Además, incluye a los residentes que estando en los grupos: Funciones físicas reducidas, rehabilitación especial, cuidados especiales o tratamientos extensivos; presenten un valor "1" en cualquiera de las cuatro actividades señaladas (comer, movilidad en la cama, transferencias y uso del aseo).

Dependencia moderada. Se incluye en este grupo a los residentes que presenten:

- Nivel AVD: 4, y
- Residentes con puntuación "1" en las actividades: comer, movilidad en la cama, transferencias y uso del aseo, y
- Con categoría RUG-III de: complejidad clínica, problemas de comportamiento o deterioro cognitivo.

Además se incluye a todos los residentes que presenten nivel AVD de 5 o 6, independientemente de la categoría RUG-III a la que pertenezcan.

Dependencia severa. Se incluye en este grupo a los residentes que presenten:

- Nivel AVD de 7 a 18, independientemente de la categoría RUG-III a la que pertenezcan.

Metodología de uso del instrumento de clasificación CFR.

Para concluir la descripción del sistema de clasificación de la dependencia empleado en las Residencias del SRBS, se considera conveniente describir brevemente la dinámica establecida para su manejo por parte de los equipos interdisciplinarios, al constituir una diferencia fundamental con las otras herramientas analizadas en el estudio.

Como se indicaba anteriormente, la valoración se realiza fundamentalmente en tres momentos:

- A partir de los 15 días del ingreso, a todos los residentes.
- Cada seis meses, a todos los residentes.
- Ante cambios significativos y mantenidos en el estado de salud de la persona.

Con esta dinámica temporal, se consigue mantener actualizada la valoración de todos los usuarios, monitorizando el estado de cada uno y los cambios que se produjeran. El propio CMBD incluye apartados que requieren un seguimiento semanal (estado de ánimo), quincenal (determinada sintomatología) o incluso semestral (caídas). Por tanto, los resultados de la valoración no se corresponden con un momento aislado, en un corte transversal, sino que denotan una tendencia y evolución mantenida en el estado del residente.

La valoración es realizada por todos los técnicos integrantes del equipo interdisciplinar, valorando cada disciplina de forma individual, los aspectos más relacionados con su actividad, realizando a posteriori una puesta en común previa al cierre de la valoración. Los principales aspectos valorados por cada disciplina son:

- Enfermería: Estado de la piel, rehabilitación de enfermería, continencia, patrones de comunicación, problemas funcionales físicos y estructurales, abordajes nutricionales, estado oral-dental, tratamientos y cuidados especiales, aparatos y medidas de restricción, estado de ánimo y patrones de conducta.
- Medicina: Patrones cognitivos, Diagnósticos de enfermedades, Estado oral-nutricional, patrones visuales, patrones auditivos, problemas de salud, aparatos y medidas de restricción, consultas y cambios de tratamientos médicos.
- Trabajo Social: bienestar psicosocial y patrones de participación en actividades.
- Fisioterapia: Problemas funcionales físicos y estructurales, terapias.
- Terapia Ocupacional: Problemas funcionales físicos y estructurales, terapias.

Esta metodología disminuye las posibles diferencias entre observadores o las derivadas de enfoques profesiones específicos que pueden condicionar o dirigir los resultados de la valoración en función del profesional que la realice.

Existen algunos apartados en los que interviene más de una categoría, como en la valoración del estado anímico y problemas de conducta, debido a la mayor subjetividad que los caracteriza, así como en la valoración de problemas funcionales físicos y estructurales, dado que pueden objetivarse respuestas diferentes a lo largo del día y ante actividades específicas.

5.3.4 Índice de Barthel.

El segundo elemento que se emplea para la valoración del nivel de dependencia de los residentes ingresados en las Residencias de Mayores del Servicio Regional de Bienestar Social, es el Índice o Escala de Barthel, sistema de

valoración de la dependencia con un importante reconocimiento en la comunidad científica y un uso muy generalizado (Fernández & Estévez, 2013).

El índice de Barthel, es un instrumento ampliamente utilizado para medir la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria (ABVD), proporcionando una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto, al asignar una serie de valores y ponderaciones en función de cómo realiza esas actividades. Los valores que se asignan a cada actividad, dependen del tiempo requerido para su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. El valor global de la valoración oscila entre el "0", que referencia una dependencia total, y el "100", siendo el valor asignado a la independencia total. La traducción al español de la versión de Mahoney y Barthel, aparece en el estudio de Baztán et al (1993).

Las diez actividades básicas que se valoran con la aplicación del índice, son:

- Comer.
- Transferencia silla-cama.
- Aseo personal.
- Uso del retrete.
- Bañarse/ ducharse.
- Desplazarse (andar entre superficies o en silla de ruedas).
- Subir y bajar escaleras.
- Vestirse y desvestirse.
- Control de heces.
- Control de orina.

El índice de Barthel aporta una información global que permite la clasificación de la persona en relación a criterios de dependencia física, facilitando también la autocomparación, en momentos distintos, con objeto de monitorizar la evolución de propia persona y la comparación de cada individuo con la media total (Mirallas & Real, 2003). El instrumento posibilita el seguimiento de cada una de las actividades de forma parcial, valorando los diferentes aspectos afectados.

Desde su propuesta en 1955, han ido surgiendo diferentes versiones del índice de Barthel, empleándose el instrumento como base para establecer comparaciones con otras escalas e instrumentos de valoración (Cid & Damián,

1997). Algunos estudios han recogido la ventaja de ampliar su sensibilidad a los pequeños cambios en la situación funcional, si se aumentan el número de niveles de clasificación (Shah, Canclay & Cooper, 1989).

El índice de Barthel es relativamente sencillo de aplicar, no siendo específico para una sola disciplina, situación que facilita su empleo en los equipos multidisciplinares. Presenta un alto grado de fiabilidad y validez, permitiendo la detección rápida de cambios en la capacidad de la persona, con una interpretación sencilla.

La fiabilidad del índice de Barthel ha sido ampliamente estudiada. Como se describe en un artículo específico sobre la valoración con el índice de Barthel, uno de los primeros estudios de fiabilidad fue realizado por Loewen y Anderson, proporcionando resultados de *“buena fiabilidad interobservador con índices de Kappa entre 0,47 y 1,00. Con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,97”*⁷⁷. Se han realizado estudios de concordancia incluso entre su utilización por disciplinas distintas, enfermeras y médicos residentes, obteniendo una concordancia, $r = 0,79$ (Formiga et al., 2006).

La validez de constructo (validez de concepto) del índice, es importante en cuanto al grado de compatibilidad entre la herramienta con otras con las que hipotéticamente tiene que estar relacionada, detectando relaciones con el índice de mortalidad o la dependencia en pacientes tras sufrir Accidentes Cerebrovasculares Agudos (Cid & Damián, 1997). También es reconocido como buen predictor de la necesidad de institucionalización, de utilización de servicios sociosanitarios o del riesgo de caídas (Trigás et al., 2011), aspectos todos, de gran relevancia para el presente estudio.

La sensibilidad del índice fue uno de los objetivos inherentes a su creación, al pretender evaluar la evolución del estado funcional de un paciente. Esa posibilidad de detectar los cambios, disminuye notablemente en situaciones de gran dependencia física o de gran autonomía (Shah et al., 1989), mejorando con una ampliación de los niveles por cada actividad a valorar. También se ha

⁷⁷ (Loewen y Anderson, 1988; citados en Cid y Damián, 1997: 131).

cuestionado su focalización en la valoración de tareas dependientes de las extremidades inferiores (Trigás et al., 2011).

La aceptabilidad del índice de Barthel es alta, al no ocasionar ningún tipo de molestia a la persona estudiada, ni suponer ningún tipo de riesgo, ni coste sobreañadido.

Se destacan también como características del instrumento la sencillez en su empleo e interpretación de los resultados, el requerimiento mínimo de entrenamiento por parte del valorador o la rapidez de la valoración. La duración estimada para su utilización está considerada en torno a los 5 minutos (Ceadá et al., 2008), al tratarse de un cuestionario con pocos ítems y una distribución lógica del contenido. Otras características destacables son la agilidad para el procesado estadístico e informático de sus resultados y su adaptación transcultural, al no incorporar actividades muy influenciadas por la cultura o la educación.

Interpretación y codificación de los resultados

Para la interpretación de los resultados obtenidos con la aplicación del índice de Barthel existen dos opciones mayoritarias entre la comunidad científica, diferenciándose en relación al establecimiento de los intervalos para codificar el grado de dependencia. Una de las clasificaciones más estandarizadas, establece unos intervalos que potencian los dos grupos de máxima dependencia, y en especial el grupo denominado "Dependencia severa", al que otorga prácticamente un rango de 40 puntos. La clasificación que recoge esta opción es la siguiente:

- 0 – 20: Dependencia Total.
- 21-60: Dependencia Severa.
- 61-90: Dependencia Moderada.
- 91-99: Dependencia Leve.
- 100: Independencia.

Numerosos autores⁷⁸ establecen otras puntuaciones de referencia para facilitar la interpretación de los resultados del Índice de Barthel. Como se señala en una revisión estructurada sobre instrumentos de valoración de actividades de la vida diaria, bastantes estudios sitúan los puntos de corte más frecuentes del

⁷⁸ Arencón A, Llobet E, Rayo F, Trigás y otros.

Índice de Barthel, en 60 entre la dependencia moderada y leve, y en 40, entre la dependencia severa y la moderada (Cabañero et al., 2008). Las puntuaciones superiores a 60 suelen relacionarse con menores tiempos de ingreso hospitalario y mayor probabilidad de integración a la vida en comunidad tras recibir el alta. Hay incluso autores que sitúan en los 60 puntos el corte por encima del cual los resultados implicarían independencia (Trigás et al., 2011). La clasificación propuesta en el presente estudio es la siguiente (IMSERSO, 1999):

Tabla 11-Cap.5. Clasificación de la dependencia según I. Barthel

Puntos totales	Categoría dependencia
< 20 puntos	Dependencia total
20 – 35 puntos	Dependencia severa
40 – 55 puntos	Dependencia moderada
≥ 60 puntos	Dependencia leve
100 puntos	independencia

La experiencia del investigador en las Residencias de Mayores, se ajusta más a la segunda clasificación, al considerar que determinadas actividades para las que muchos mayores no serían independientes, como subir y bajar escalones, no suponen ningún menoscabo para su independencia en Centros sin barreras arquitectónicas y con ascensores. Otro aspecto a destacar que potencia esta interpretación es la concepción de la incontinencia, urinaria o fecal, como una situación que por sí misma se valora como criterio de dependencia, incluso en caso de producirse episodios de escape, no considerando la potencial autonomía del individuo para cambiarse de ropa o realizar otras actividades de autocuidado, a pesar de estar establecida la incontinencia.

Metodología de utilización del Índice de Barthel en el SRBS.

Al igual que se ha realizado en el apartado de descripción del CFR, se considera oportuno describir la dinámica seguida para el empleo de la herramienta, en las Residencias de Mayores en las que se desarrolla el estudio.

A nivel temporal, el Índice de Barthel se lleva a cabo en los siguientes momentos:

- Al ingreso de todos los residentes.

- Cuando se producen cambios significativos en el nivel funcional.
- Una vez al año.

Al tratarse de una herramienta de uso individual, son los Diplomados en Enfermería de referencia en cada unidad, como profesionales de mayor seguimiento y contacto con el residente, los responsables de realizar la valoración con el instrumento y transcribir los datos a la Historia Integral del Residente, desde donde el resto del equipo puede conocerlos y emplearlos. En la primera valoración se cumplimenta informáticamente la escala, para que quede constancia de la valoración en cada una de las actividades. Posteriormente se puede cumplimentar la escala a nivel informático o reflejar únicamente la puntuación global obtenida en la valoración.

A su vez, la escala está incluida en un apartado específico de la Historia de Terapia Ocupacional, con el objetivo de facilitar la toma de datos para la valoración del desempeño funcional físico y estructural de los apartados que deben cumplimentar en el seguimiento del residente.

Por tanto, a este nivel la metodología de empleo de la herramienta sería más similar a la realizada por los equipos de valoración de la dependencia al emplear el Baremo para Valoración de la Situación de Dependencia, al realizarlo generalmente un único profesional, situación que no se produce en el empleo del CFR, que como se ha comentado, incluye a todos los profesionales del equipo, requiriendo un cierre conjunto de la valoración.

5.4. VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA SEGÚN LA LEY. BAREMO DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

La Ley 39/2006, en el capítulo III, título I, indica que el Baremo para la valoración de la situación de dependencia (BVD), determinará los criterios objetivos para la valoración del grado de autonomía de las personas, en orden a la capacidad para realizar las tareas básicas de la vida diaria. En su disposición final quinta, la Ley encomienda al gobierno la aprobación de un reglamento que establezca el baremo para la valoración de los grados y niveles de dependencia.

La confección del BVD partió del análisis de la Ley y de otras experiencias a nivel internacional. En su desarrollo participó un nutrido grupo de expertos que

incorporó sus aportaciones, a las que se complementó con diferentes estudios de campo (Rivero & Salvá, 2011). El instrumento de valoración de la dependencia, incluye un protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir, así como la determinación de los intervalos de puntuación que corresponden a cada uno de los grados de dependencia reconocidos.

El Real Decreto 504/2007, de 20 abril, aprobó el baremo original para la valoración de la Dependencia, común para todo el territorio del Estado y revisable al año de su puesta en funcionamiento, con objeto de subsanar los posibles errores o las distorsiones detectadas.

Con fecha 18 de febrero de 2011, a través del Real Decreto 174/2011⁷⁹, se aprueba el nuevo baremo para la valoración de la dependencia, vigente en la actualidad. El nuevo BVD, muy similar en aspectos estructurales, metodológicos y de ponderación al anterior; modifica aspectos conceptuales y de interpretación del original que podían inducir a error o sobre los que existía alguna controversia en la interpretación. En la propia motivación del Real Decreto se reconoce *“la conveniencia de mejorar la objetivación de la situación de dependencia y la clasificación de sus grados y niveles...”*. Tras un trabajo de análisis por parte de la Comisión Técnica de coordinación y seguimiento de la valoración de la situación de dependencia, de los grupos de trabajo específicos para cada baremo y el desarrollo de estudios complementarios sobre diferentes criterios de sensibilidad y fiabilidad del BVD, se elaboró la propuesta de mejora del baremo (Rivero & Salvá, 2011).

En el RD 174/2011, en el que se recoge el BVD, se establecía un periodo de un año, febrero de 2012, para la entrada en vigor del nuevo BVD, tiempo estimado para facilitar la formación de los valoradores en la nueva herramienta y el desarrollo informático de los instrumentos de recogida de información⁸⁰.

⁷⁹ Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

⁸⁰ La modificación del baremo presenta gran relevancia en el desarrollo del proyecto al afectar a las valoraciones desarrolladas en el presente estudio, que transcurren entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2012, por lo que se obtendrán datos de ambos baremos.

El nuevo baremo de valoración de la situación de dependencia, contempla algún aspecto que se ha visto modificado posteriormente por la entrada en vigor del RD 20/2012, como la clasificación de los grados de dependencia, al retirar la subdivisión en niveles.

A continuación se describe técnicamente el baremo de valoración de la dependencia, manteniendo algún aspecto del baremo original para analizar la profundidad del cambio introducido.

Estratificación de la dependencia.

Como se ha descrito en el apartado correspondiente a la Ley 39/2006, en su articulado se contemplaba un intervalo de puntuación que corresponde a cada grado de dependencia de los reconocidos. Este sistema de clasificación sigue los criterios del modelo alemán. En la clasificación original, en la que se establecía la subdivisión de los grados en dos niveles, se apreciaba una semejanza con el sistema austriaco, que también establece varios niveles de subclasificación (Sánchez & Cobo, 2013).

A cada tarea de las valoradas se le asigna un peso específico, ponderado por un coeficiente según el grado de apoyo recibido, siendo la suma total el resultado final de la valoración, que establece la severidad de la dependencia. En ambos baremos, el intervalo de puntuación para cada grado y nivel de dependencia, es el siguiente⁸¹:

Tabla 12-Cap.5. Grados y Niveles de Dependencia según la Ley 39/2006

Puntos		Nivel I	Nivel II
Grado I	25-49	25-39	40-49
Grado II	50-74	50-64	65-74
Grado III	75-100	75-89	90-100

Fuente: Baremo de Valoración de la Situación de Dependencia. RD 504/2007 y RD 174/2011.

⁸¹ El RD 20/2012, suprimió la subclasificación en niveles, por lo que actualmente solo existen grados de dependencia. Grado I (25-49 puntos), Grado II (50-74 puntos) y Grado III (75-100 puntos).

El BVD determina situaciones de dependencia moderada (Grado I), dependencia grave (Grado II) o gran dependencia (Grado III). Según se describe en la propia Ley, la magnitud de la dependencia se clasificaría (García, 2009):

- *Dependencia moderada (Grado I)*: necesidad de ayuda al menos una vez al día y apoyo intermitente o limitado.
- *Dependencia Grave (Grado II)*: necesidad de ayuda dos o tres veces al día y apoyo extenso, no permanente.
- *Gran Dependencia (Grado III)*: necesidad de ayuda varias veces al día, con apoyo continuo e indispensable.

Criterios de aplicación del BVD.

1. La valoración de la situación de dependencia se basa en la aplicación del BVD, a través de cuatro procedimientos complementarios entre sí:

- a. Los informes de salud y del entorno de la persona valorada.
- b. La entrevista a la persona valorada.
- c. La observación directa del desempeño.
- d. La aplicación de pruebas en un contexto estructurado.

La valoración será ejecutada por profesionales del ámbito sociosanitario⁸², con formación específica y especializada sobre el instrumento de valoración. La información se puede complementar, ante determinados problemas de comunicación o cognitivos, con la entrevista a personas relacionadas con el valorado. Como se ha indicado anteriormente, los equipos de valoración en la Comunidad de Madrid están integrados por profesionales de diferentes disciplinas: médicos, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales.

⁸² La Orden 625/2010, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y para la elaboración del programa individual de atención, en su artículo 18.1, indicaba que "...la valoración se llevará a cabo por profesionales de la Administración de la Comunidad de Madrid con perfil sociosanitario".

2. En la Comunidad de Madrid la valoración la realiza uno de los profesionales mencionados en el apartado anterior, especialmente: enfermeros, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales; complementándose los equipos multidisciplinares con trabajadores sociales, médicos y psicólogos. Con posterioridad a la valoración, el equipo médico revisa los informes médicos, codifica las patologías y comprueba la coherencia de la aplicación del baremo.

3. En la valoración se tendrá en cuenta los informes de salud que presumiblemente originan o inciden en la situación de dependencia. Estos informes dirigirán al profesional hacia la causa potencial de la dependencia, detectando los casos secundarios a procesos agudos, a factores socioculturales o a otros como la sobreprotección o el uso inadecuado de elementos de ayuda.

4. La valoración se realiza en el entorno en el que vive habitualmente la persona valorada, evaluando el desempeño y la ejecución de las actividades en éste. Hay ciertas actividades, como lavarse las manos, comer o desplazarse fuera del domicilio; que pueden valorarse dentro y fuera del mismo. El informe sobre el entorno debe ofrecer información sobre criterios de accesibilidad, así como sobre barreras y otros condicionantes que dificulten el desarrollo de las actividades básicas.

5. En el proceso de evaluación, se valorará la necesidad de apoyo de otra u otras personas en la actividad. También se consideran las ayudas técnicas, puestas en relación con las barreras específicas del entorno.

6. El Baremo valora la capacidad de la persona para realizar, por sí misma, las actividades básicas de la vida diaria.

7. La valoración tendrá en cuenta la capacidad física para el desarrollo de las actividades, así como su capacidad mental y/o de iniciativa (García, 2009), proporcionando una visión global de la persona.

8. La valoración del desempeño de la persona en las distintas tareas se enmarca en la valoración global de la actividad correspondiente. El desarrollo de una tarea aislada, precisando ayuda o supervisión para el resto de la actividad, se interpretará como falta de desempeño.

9. El evaluador reflejará el nivel y problemas de desempeño⁸³ en cada tarea de las que componen el formulario, así como el grado de apoyo requerido.

- a. *Problemas de desempeño de tarea.* Dependiendo de si la no ejecución o ejecución inadecuada de la tarea se produce por causa física, por falta de comprensión y/o por falta de iniciativa.
- b. *Grado de ayuda requerido.* Los grados contemplados oscilan entre :
 - SP. Supervisión y/o preparación. Sin requerir contacto físico.
 - FP. Asistencia física parcial. Colaboración de otra persona en la actividad.
 - FM. Asistencia física máxima. Sustitución de la persona en la actividad.
 - ES. Asistencia especial. Problemas de comportamiento o perceptivos-cognitivos que dificulten la prestación de la ayuda.

Actividades valoradas.

La valoración de la dependencia incluye actividades de autocuidado, movilidad y tareas domésticas, conceptualizadas según la CIF (OMS, 2001). La inclusión de determinadas actividades, marca una diferencia respecto a otros baremos empleados a nivel europeo. Así, el baremo francés no incorpora las “actividades domésticas”, mientras que el baremo alemán, no incluye la valoración del aprendizaje (Albarrán et al., 2009). Las principales actividades valoradas son:

- Comer y beber.
- Higiene personal. Micción/defecación.
- Lavarse.
- Otros cuidados corporales (peinarse, lavarse los dientes, cortarse las uñas).
- Vestirse.

⁸³ A efectos del BVD, desempeño es “la capacidad individual para llevar a cabo por sí mismo, de una forma adecuada, y sin apoyos de otra u otras personas, actividades o tareas en su entorno habitual”.

- Mantenimiento de la salud.
- Cambiar y mantener la posición del cuerpo. Sentarse, tumbarse, ponerse de pie, transferir el propio cuerpo mientras se está sentado, transferir el propio cuerpo mientras se está tumbado.
- Desplazarse dentro del hogar.
- Desplazarse fuera del hogar.
- Tareas domésticas. Preparar comidas, hacer la compra, limpiar y cuidar la vivienda, lavar y cuidar la ropa.
- Tomar decisiones. Se valora en los casos de personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental u otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva.

En cada actividad se valora el desempeño, los problemas de desempeño, el grado de apoyo personal, los problemas relacionados en el informe de salud que afectan al desempeño de esa actividad, se describe el funcionamiento del solicitante en la actividad, se identifica el empleo de ayudas técnicas y se describen las barreras o facilitadores del entorno (García et al., 2008).

En el nuevo baremo, se simplificaron definiciones que fueron ajustadas a las propias de la CIF, se profundizó en la diferenciación de las causas generadoras de “no desempeño” no debidas a dependencia (Sánchez & Cobo, 2013), se conceptualizaron los tipos de ayuda y se incorporaron las instrucciones de cumplimentación en el BOE en el que fue publicado el BVD (Rivero & Salvá, 2011), simplificando la accesibilidad y homogeneización de la información para todos los valoradores.

El valor final del BVD, es el resultado de la suma ponderada de los valores asignados a cada tarea, resultante a su vez, de la multiplicación del peso de la tarea en su actividad y de la actividad respecto al total de la escala (García, 2009).

5.5. COMPARACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE LOS TRES INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DEL ESTUDIO.

Existen estudios que han comparado determinados aspectos de las diferentes escalas e instrumentos de valoración de la dependencia, contrastando criterios metodológicos, número y proporción de los atributos valorados,

resultados porcentuales con cada sistema y otros aspectos estadísticos (Querejeta, 2004b).

Aunque en la descripción y análisis de los resultados obtenidos se valorará alguno de estos aspectos, empleando otras experiencias de contraste y establecimiento de equivalencias entre escalas de valoración, en este punto del proyecto pretende compararse, a nivel estrictamente conceptual, los principales contenidos que integran los tres instrumentos de valoración que se están estudiando, destacando, en su caso, las potenciales diferencias o discrepancias, por el impacto que pueden suponer sobre el resultado de las valoraciones y sobre la idoneidad de los instrumentos de valoración en cada escenario en los que se emplean.

Cada uno de los instrumentos incluye una serie de actividades genéricas que se subdividen en actividades de menor complejidad o alcance. Para establecer la comparación se ha procedido a dividir las actividades según los conceptos empleados en la CIF, de actividades de autocuidado, actividades de movilidad y actividades domésticas; cuya definición se ha desarrollado en el capítulo sobre la evolución del concepto de dependencia del presente trabajo.

Actividades de autocuidado.

En este grupo de actividades la similitud encontrada entre los tres instrumentos de valoración es alta, con los matices lógicos de la diferencia conceptual y algunas acciones específicas que aparecen en uno o dos de los instrumentos:

a. Actividades y tareas relacionadas con **Comer/beber.**

BVD	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos. - Cortar o partir la comida en trozos - Usar cubiertos para llevar la comida a la boca. - Acercarse el recipiente de bebida a la boca.
CFR	- Cómo come y bebe el residente (independientemente de la habilidad).
Barthel	- Capacidad de comer por si solo en un tiempo razonable (comida preparada y servida por otra persona).

Los tres instrumentos valoran la capacidad de la persona para realizar el autocuidado relacionado con la ingesta de alimentos y bebidas. El nuevo Baremo, ha descartado un atributo específico sobre la apertura de botellas y latas, y otro relativo al empleo de nutrición y/o hidratación artificial, que se incluían el BVD original, y que suponían una valoración de la actividad que excedía a la propia actividad básica. También se ha matizado el alcance de la valoración, al incorporarse previamente criterios de desarrollo “adecuado” de la actividad.

No se detectan diferencias sustanciales en el alcance de la valoración de la actividad. El grado de especificación del BVD es mayor, pero la valoración en los otros sistemas también focaliza el éxito en la actividad completa.

b. Actividades relacionadas con la **Eliminación urinaria y fecal.**

BVD	<ul style="list-style-type: none"> - Acudir a un lugar adecuado. - Manipular la ropa. - Adoptar o abandonar la postura adecuada. - Limpiarse
CFR	<ul style="list-style-type: none"> - Cómo entra y sale del cuarto de aseo. - Cómo usa el aseo. - Cómo se sienta y se levanta del inodoro. - Cómo se limpia, cambia el pañal, maneja sondas u ostomías. - Cómo se ajusta la ropa.
Barthel	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia/ausencia de incontinencia fecal. - Ayuda para colocación de supositorios y enemas. - Presencia/ausencia de incontinencia urinaria. - Capacidad de utilizar dispositivos: sondas, botellas... - Capacidad de utilizar el baño. - Capacidad de limpiarse.

Todos los instrumentos valoran las tareas y actividades relacionadas con la deposición y la micción, incluyendo la movilidad necesaria, la higiene específica y el manejo de ropas y dispositivos.

La principal diferencia se observa en la concepción de la “incontinencia” en el Índice de Barthel como un parámetro de valoración directa de dependencia, a pesar de que la persona pueda manejarlo independientemente o sustituirse la ropa mojada. El BVD original, incluía también referencias explícitas a la

indicación de la necesidad de eliminación y a la continencia en la micción y defecación, retirándose estos aspectos en el nuevo Baremo.

La consideración, o no, de la incontinencia urinaria como un elemento de dependencia en sí mismo, puede condicionar el resultado de las valoraciones, al tratarse de un problema muy frecuente en la población mayor. En este sentido se pronunciaron (Mussoll et al., 2002), para explicar los resultados no justificados que obtuvieron en el porcentaje de dependientes en Actividades Básicas de la Vida Diaria (16,7%), frente al porcentaje de dependencia en Actividades Instrumentales (7,9%), situación poco lógica, a priori, al ser más frecuente la dependencia en las actividades instrumentales y requerir su desarrollo una mayor capacidad. Los autores imputaron estos resultados al elevado número de personas que presentaban únicamente incontinencia urinaria, al ser considerados como dependientes por algunos sistemas de valoración.

c. Actividades relacionadas con la **Higiene Corporal**.

BVD	<p><u>Lavarse</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Abrir y cerrar grifos. - Lavarse las manos. - Acceder a la bañera, ducha o similar. - Lavarse la parte inferior del cuerpo. - Lavarse la parte superior del cuerpo. <p><u>Realizar otros cuidados corporales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Peinarse. - Cortarse las uñas. - Lavarse el pelo. - Lavarse los dientes.
CFR	<ul style="list-style-type: none"> - Lavar y secar la cara, las manos y el periné. - Peinado, afeitado, cepillado de dientes o maquillado.
Barthel	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de realizar todas las actividades del arreglo personal.

En el ámbito de la higiene personal, exceptuando la secundaria a la micción/defecación, se han producido cambios notables en el nuevo BVD respecto al original, consistiendo fundamentalmente en:

- Se eliminan referencias a partes anatómicas específicas como la cara.

- Se incorpora la valoración de la capacidad de acceso al lugar en el que se desarrolla el baño.

Todos los instrumentos de valoración estudiados incluyen las tareas y actividades más habituales, necesarias para mantener la higiene corporal en una situación adecuada. En el CFR y en el Índice de Barthel se diferencia la actividad del baño/ducha de la higiene corporal, valorando la autonomía y el grado de ayuda requerido en las dos actividades. Esta circunstancia limita el impacto que podría suponer la necesidad de ayuda en alguna parte del baño, muy frecuente, sobre la valoración de la higiene personal diaria.

d. Actividades relacionadas con el **Vestido Corporal**.

BVD	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado. - Calzarse. - Abrochase botones o similar. - Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo. - Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo.
CFR	<ul style="list-style-type: none"> - Cómo se pone, se quita y se abrocha el residente las prendas. - Cómo se pone y quita la prótesis.
Barthel	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de ponerse y quitarse la ropa. (Tiempo razonable)

En el nuevo BVD se ha introducido una referencia explícita a la capacidad cognitiva para “reconocer” y física, para “alcanzar”, la ropa y el calzado. A su vez, se ha eliminado el desarrollo cronológico de la actividad y la referencia a las condiciones climáticas para la elección de la ropa.

Existen diferencias en el alcance de las definiciones de esta actividad entre las tres herramientas, si bien, todas valoran la capacidad del individuo para el vestido. En el instrumento CFR se incluye cualquier elemento requerido, como las prótesis, con contemplados en los otros sistemas.

e. Actividades relacionadas con el **Baño/Ducha** personal.

BVD	<i>* Las referencias a la ducha, aparecen en la actividad "Lavarse" en el ámbito de la Higiene corporal.</i>
CFR	- Cómo toma un baño completo, una ducha o baño por partes. - Cómo entra o sale de la bañera o de la ducha.
Barthel	- Capacidad de lavar el cuerpo completo. - Capacidad de entrar y salir del baño.

En el nuevo BVD se ha retirado la valoración aislada de la actividad de baño, incluyendo algunas referencias en la actividad de lavarse.

Como se ha mencionado la describir los atributos valorados en la higiene corporal, el CFR y el Índice de Barthel, separan estas actividades, reduciendo el peso que supone la ayuda específica en el baño, habitualmente muy frecuente, sobre la ayuda global en la higiene corporal.

Actividades de movilidad.a. Actividades relacionadas con las **Transferencias**.

BVD	- Cambiar de tumbado a sentado en la cama. - Permanecer sentado. - Cambiar de sentado en una silla a estar de pie. - Permanecer de pie. - Cambiar de estar de pie a sentado en una silla. - Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado. - Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado. - Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado.
CFR	- Cómo se mueve/desplaza entre superficies: cama, silla, silla de ruedas y bipedestación. - Movilidad en la cama: adopción del decúbito, giros y cambios de posición.
Barthel	- Capacidad para sentarse y levantarse de una silla. - Capacidad para entrar y salir de la cama.

En este grupo de actividades, el nuevo BVD desglosa, de forma más específica, cada tarea y subconcepto, aumentando a su vez, el nivel de descripción respecto al Baremo original, en el que únicamente se mencionaban las transferencias de forma aislada: sentarse, tumbarse, etc.

La concordancia entre los tres sistemas de valoración es prácticamente total, diferenciándose en el nivel de descripción y en el grado de especificación de los atributos incluidos en la actividad.

b. Actividades relacionadas con la **Deambulación**.

BVD	<p><u>Desplazarse dentro del hogar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar desplazamientos para vestirse, comer, lavarse. - Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado. - Realizar desplazamientos entre estancias no comunes. - Acceder a todas las estancias comunes del hogar. <p><u>Desplazarse fuera del hogar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Acceder al exterior. - Realizar desplazamientos alrededor del edificio. - Realizar desplazamientos cercanos a entornos conocidos y desconocidos. - Realizar desplazamientos lejanos a entornos conocidos y desconocidos.
CFR	<ul style="list-style-type: none"> - Deambulación en habitación. - Deambulación en el pasillo. - Locomoción fuera de la unidad. Cómo se mueve el residente a un punto fuera de la unidad (comedor, consulta). <p><i>*Si usa silla de ruedas se valora la actividad una vez instalado en la misma.</i></p>
Barthel	<ul style="list-style-type: none"> - Deambulación 50 metros, sin supervisión. Puede usar ayudas excepto andador. - Subir y bajar escaleras.

El BVD profundiza en la valoración de la deambulación en el exterior de domicilio, tratándose de una característica específica frente a los otros dos instrumentos que se circunscriben al ámbito en el que se encuentra el individuo.

El índice de Barthel incorpora la valoración de la acción de subir y bajar escaleras, que no aparece de forma explícita en los otros instrumentos. Es destacable también la penalización de este instrumento por el uso de andador.

Actividades de la vida doméstica.

Definidas por la OMS como las actividades realizadas por las personas para llevar a cabo las tareas y acciones domésticas y cotidianas.

BVD	<ul style="list-style-type: none">- Preparar comidas.*- Hacer la compra.*- Limpiar y cuidar la vivienda.*- Lavar y cuidar la ropa.*
------------	--

El único sistema de valoración de los estudiados que las contempla, es el BVD, al situar la valoración en el entorno en que se desenvuelve habitualmente el individuo.

Otras actividades.

El BVD recoge otro apartado específico, denominado “toma de decisiones”, que valora la capacidad e iniciativa del individuo para llevar a cabo determinadas actividades y para prevenir situaciones de riesgo, empleado únicamente en personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental o deficiencia en la capacidad perceptivo-cognitiva.

Toma de decisiones en:

- Actividades de autocuidado.
- Actividades de movilidad.
- Tareas domésticas.
- Interacciones interpersonales.
- Usar y gestionar dinero.
- Uso de servicios a disposición del público.

Las relativas a la toma de decisiones en autocuidado y movilidad, se valoran inherentemente al valorar todas las actividades en cada uno de los sistemas de valoración, ya que el individuo tiene que mantener la capacidad de iniciativa para realizar cada una de las actividades valoradas, codificándose como ayuda cualquier estímulo u orden que tenga que recibir del valorador.

Las interacciones personales se valoran de forma explícita y extensa en el CMBD del CFR, no siendo un criterio que influya en la clasificación de la dependencia, salvo en los problemas de comportamiento.

El uso del dinero y de servicios públicos, no es valorado en las otras herramientas de valoración.

Conclusión de la comparativa del contenido de las herramientas de valoración.

Las escalas y herramientas de valoración de la dependencia deben ajustarse al fin para el que se diseñaron, estando totalmente relacionado con el contexto y el entorno en el que se desarrolla la valoración y con las características de la persona valorada (Abizanda & Romero, 2006). El BVD pretende clasificar el nivel de dependencia de una persona en su entorno habitual, habitualmente el domicilio, en el que debe desenvolverse de una forma que supere el propio autocuidado para satisfacer todas sus necesidades. El fin último de la clasificación del BVD es asignar el recurso más adaptado a un amplio abanico de situaciones de dependencia. En el caso de los otros dos sistemas de valoración, el Índice de Barthel y, especialmente, el instrumento CFR, pretenden clasificar el nivel de dependencia de una persona en un momento determinado, en un centro de cuidados de media-larga estancia en el que, de forma implícita, se cubren algunas necesidades y actividades, en especial las domésticas, por lo que el individuo no requiere mantener capacidades y destrezas en esas esferas para ser autónomo, al serle ofertadas directamente por la institución.

Otra diferencia que marca el contexto es el matiz de la valoración. El BVD pretende detectar cualquier indicio de dependencia para establecer, en su caso, las medidas oportunas para cubrirla. El CFR al ser un instrumento diseñado en Residencias, está ligado al propio objetivo de estos centros, en los que se pretende mantener, al máximo nivel, la implicación y participación del individuo en su

autocuidado, aunque lo desarrolle de una forma socialmente poco apropiada (debido a la habilidad y cultura) o en un tiempo específico, que en su vida cotidiana y fuera de la institución, podría suponer una limitación.

Otro elemento a considerar es el tiempo de la valoración, que en el caso del BVD es único y en un acto, mientras que el uso del CFR requiere un seguimiento de varias semanas y por todos los turnos, llevando implícita una reevaluación temporal, independientemente del mantenimiento de la situación de la persona. En el propio texto del Real Decreto 174/2011 se menciona esta circunstancia, considerando como la situación ideal en la aplicación de BVD: *“que la observación se prolongara durante varias semanas y en diferentes momentos del día, pero las condiciones de valoración no hacen esto posible”*⁸⁴.

De la descripción del contenido y de las esferas valoradas por cada uno de los sistemas de valoración que estamos estudiando, puede deducirse que son coincidentes en un amplio rango de actividades valoradas, las actividades más básicas o de autocuidado, con los matices conceptuales propios a cada modelo.

La mayor falta de coincidencia se deriva de las actividades domésticas y del desplazamiento fuera del hogar, presentes en el BVD y no incluidas en el CFR ni en el Índice de Barthel, dando muestra de la heterogeneidad conceptual que se ha mencionado anteriormente, en relación al alcance y contenido de las actividades básicas de la vida diaria y su inclusión en las diferentes escalas de valoración de la dependencia (Querejeta, 2004a). En este sentido, la propia Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES), realizada por el INE, agrupa a las AVD en cuatro grupos diferenciados: autocuidados, movilidad dentro de casa, actividades domésticas y movilidad exterior. Los dos primeros grupos serían Actividades Básicas de la vida diaria, mientras que los dos siguientes, constituirían las Actividades Instrumentales (Cabrero, 2007).

El peso que pueden suponer en el resultado global del BVD, todas las actividades que no se contemplan en los otros sistemas de valoración, viene determinado por los pesos específicos para cada una de las mismas, según la siguiente relación (P: peso):

⁸⁴ Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el Baremo de valoración de la situación de dependencia establecido en la Ley 39/2006. Anexo III. Apartado 3. Descripción del BVD.

- Evitar riesgos fuera del domicilio. P: 0,25
- Acceso al exterior. P: 0,25
- Desplazamiento alrededor del edificio. P: 0,25
- Desplazamiento cercano en entornos conocidos: P: 0,20
- Desplazamiento cercano en entornos desconocidos: P: 0,15
- Desplazamiento lejano en entornos conocidos: P: 0,10
- Desplazamiento lejano en entornos desconocidos: P: 0,05
- Aplicar las medidas terapéuticas recomendadas: P: 0,10
- Utilización de medios de transporte. P: 0,25
- Preparar comidas. P: 0,45
- Hacer la compra. P: 0,25
- Limpiar y cuidar la vivienda. P: 0,20
- Lavar y cuidar la ropa. P: 0,10

Aunque algunos de los matices puedan parecer poco influyentes, los últimos datos sobre categorías de discapacidad, muestran diferencias notables en los tres grupos de actividades valoradas: autocuidado, domésticas y de movilidad. Así, los datos de la encuesta de discapacidad 2009 muestran una tasa de discapacidad para mayores de 65 años de 130,1 por mil para las actividades de autocuidado; 153,7 por mil para las tareas domésticas y 187,6 por mil para las relacionadas con la movilidad⁸⁵ (en especial la exterior). Este resultado evidencia el impacto de la discapacidad en algunas de las actividades que no se observan en la valoración de la dependencia en los Centros. En análisis específicos de la afectación de la limitación funcional en mayores en la comunidad, se detectaron afectaciones del 15% en ABVD, frente al 47% de afectación de las AIVB (Beland & Zunzunegui, 1999). Bien es cierto, que las actividades de autocuidado, a pesar de afectar en términos globales a menos individuos, son las que generan más limitación y mayor necesidad de ayuda de otras personas.

⁸⁵ Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia 2009. Fuente INE: INEBASE

CAPÍTULO VI: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

En el último capítulo del marco teórico, se abordará una aproximación a los lenguajes enfermeros, y de forma específica, a los diagnósticos de enfermería, considerando que cuando se emplean, *“proporcionan la mejor oportunidad de responder a las preguntas sobre seguridad, eficiencia y coste-efectividad de la práctica enfermera para las poblaciones de pacientes”* (Virrarejo & Pancorbo, 2011: 156).

Como se ha ido describiendo a lo largo del estudio, las Residencias de Mayores tienen como objetivo fundamental el cuidado al mayor dependiente, desde un enfoque holístico y continuado, en el marco de los cuidados de larga duración. A pesar de que la especialización del cuidado prestado en estos centros es continua, incorporando todos los avances científico-técnicos y avanzando en sinergia con los servicios de salud, una gran parte de la atención se dirige al cuidado básico de las necesidades generadas por la dependencia funcional, que en numerosas situaciones, se convierten en la causa fundamental que conduce a la institucionalización.

Con este capítulo se pretende focalizar en la detección, análisis y codificación que realizan los profesionales de enfermería sobre la problemática y las respuestas a su estado de salud que presentan los residentes en estos centros, a partir de la que se desarrollan los planes de cuidados básicos de enfermería, convirtiéndose en un elemento que trasciende a la propia valoración de la dependencia, al presentar los cuidados reales, que se planifican y ejecutan con cada residente.

Para contextualizar el diagnóstico de enfermería, y las principales taxonomías enfermeras, se procederá a un breve recorrido desde la creación y desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería; el diagnóstico de enfermería y su evolución; así como la relevancia y empleo de esa herramienta metodológica en la práctica de la enfermería geriátrica, de forma más específica, en las Residencias de Mayores del SRBS.

6.1. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El Proceso de Atención de Enfermería, conocido como PAE, consiste fundamentalmente en la aplicación del método científico a la práctica habitual de la Enfermería (Guirao, Camaño & Cuesta, 2001). Esa sistematización ha contribuido a profesionalizar el cuidado, fundamentando la práctica de la enfermería en una metodología lógica que se escapa de la improvisación o la espontaneidad, basándose en el razonamiento crítico, definido por Kurfiss como:

“...una investigación cuyo objetivo es examinar una situación, un fenómeno, una duda o un problema para llegar a una hipótesis o conclusión sobre ello, que integre toda la información disponible y que por tanto se pueda justificar de forma convincente”⁸⁶

El razonamiento crítico, plantea un modelo de intervención similar al que se recoge en el PAE, partiendo de la definición de un problema concreto, la búsqueda y selección de la información oportuna para solucionarlo, la formulación de hipótesis y opciones de resolución y los mecanismos necesarios para juzgar la oportunidad de las conclusiones.

En un estudio sobre razonamiento crítico realizado por Scheffer y Rubinfeld con más de cincuenta enfermeras expertas en la materia, se concluyó que en el proceso enfermero se aplican las siete habilidades cognitivas del razonamiento crítico: análisis, aplicación de estándares, discriminación, búsqueda de información, razonamiento lógico, predicción y transformación del conocimiento (Scheffer & Rubinfeld, 2000). Por tanto, esa aplicación de la lógica del razonamiento crítico al proceso enfermero, y la situación de éste como referente para la práctica de la ciencia enfermera, supone la atribución de rigor metodológico a la disciplina y la generación de aspectos fundamentales como la autorresponsabilidad de los profesionales en el ámbito de su actuación y el desarrollo de un cuidado de calidad.

Evolución del Proceso Enfermero.

⁸⁶ Kurfiss, J.C. (1988) Critical Thinking: Theory, research, practice and possibilities. Washington, DC. Assotiation for the Study of Higher Education, pp:20.

Puede atribuirse a Lydia E. Hall⁸⁷, en el año 1955, la primera consideración del método de actuación de enfermería como un proceso (Amaro, 2004), presentando una estructura dividida en etapas, que si bien inicialmente podría resultar algo artificial desde el ámbito de la práctica clínica, facilitó el análisis y el desarrollo del propio proceso y, consecuentemente, de la enfermería como disciplina.

Desde ese momento, numerosas autoras como Dorothy Johnson en 1959, Ida Orlando en 1961 o Ernestine Wiedenbach⁸⁸ en 1963, desarrollaron y propusieron métodos para el estudio del PAE (Guirao et al., 2001), estableciendo un proceso de tres etapas, focalizando la atención en la ciencia enfermera y en el ámbito de su estudio: la persona como un todo, desde una perspectiva holística e integral.

En el año 1967, Yura y Walsh desarrollaron el primer texto⁸⁹ que describía el proceso de enfermería en cuatro etapas: valoración, planificación, realización y evaluación de resultados (Iyer, Taptich & Bernocchi, 1997). Esa estructura, con la ampliación posterior realizada a mediados de los años 70 por Bloch (1974), Roy (1975), Muldinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976), en la que se incluyó la etapa diagnóstica al proceso, ha perdurado en las diferentes escuelas y modelos teóricos, con ligeros matices conceptuales que conservan la esencia y el alcance de cada una de ellas.

Etapas del proceso de atención.

El Proceso Enfermero está estructurado en cinco etapas, interrelacionadas entre sí y cuya secuencia no requiere la conclusión global de cada una de ellas, simultaneándose varias fases a lo largo del mismo.

⁸⁷ Lydia E. Hall. Teórica y docente de Enfermería. Diseñó y desarrolló el Loeb Center for Nursing en el Montefiore Hospital de Nueva York. A nivel teórico desarrolló el modelo de introspección, cuidados y curación.

⁸⁸ Se recogen en esta nota, los principales modelos o teorías de enfermería que desarrollaron las autoras relacionadas en el texto. Dorothy Johnson: modelo del sistema conductual, Ida Jean Orlando: Teoría del proceso de Enfermería y Ernestine Wiedenbach: el arte de la ayuda de la enfermería clínica (filosofía).

⁸⁹ The Nursing Process. Las etapas del proceso descritas en esta obra, fueron identificadas por un grupo de profesores de la School of Nursing al Catholic University of America.

- Valoración. La primera etapa del proceso, se centra en la obtención de información relacionada con la persona y su entorno, con objeto de evidenciar sus necesidades, sus problemas y las respuestas personales a esas situaciones. En el marco del presente estudio, la valoración integral al mayor, incorpora una valoración enfermera sistemática, que profundiza en las necesidades de cuidado de los residentes, muchas motivadas por la propia situación de dependencia en la que se encuentran.
- Diagnóstico. En esta fase, sobre la que se abundará en el siguiente apartado del capítulo, se procede al análisis e interpretación crítica de la información obtenida en la valoración, identificando los diagnósticos de enfermería, que se convierten en el foco central para el resto de las fases del proceso. Haciendo un ejercicio de proyección, *“Si comparamos el PAE con el método científico, vemos que el diagnóstico enfermero corresponde con la fase de formulación de hipótesis”* (Guirao et al., 2001: 79).
- Planificación. Una vez identificados los diagnósticos como descriptores de la situación de la persona, en esta etapa se establecen las prioridades, se fijan los resultados y se programan las intervenciones de enfermería, destinados todos a: evitar, reducir al mínimo o corregir, los problemas detectados.
- Ejecución. Supone el inicio y la conclusión de las acciones e intervenciones necesarias para lograr la consecución de los objetivos y resultados que se han planificado previamente. Esta fase, con un marcado carácter dinámico y continuo, propiedad que caracteriza a todo el proceso, evidencia, a través del registro, la implementación del plan de cuidados, que a su vez se convierte en la guía para la intervención.
- Evaluación. La etapa final del proceso, determina el grado de consecución y las posibles desviaciones respecto a los objetivos planteados, constatando, a través de la evolución de la persona, la oportunidad de suspender, mantener o modificar el plan establecido.

Más allá de una estructura estricta que encorsete la capacidad de cuidado del profesional o limite su iniciativa, la estandarización del PAE y su transmisión en los planes de estudios de todas las Facultades y Escuelas Universitarias de

Enfermería, ha contribuido al desarrollo científico de los cuidados enfermeros, al interiorizarse el razonamiento crítico en la práctica y estudio de la disciplina. A su vez, ha favorecido la investigación enfermera al situar el foco de atención en el objeto de la disciplina, que no es otro que el “cuidado de la persona”.

Al interiorizarse una práctica estructurada sobre un proceso lógico, ordenado y razonado; el proceso, en sí mismo, se convierte en un elemento vertebrador para el trabajo en equipo, empleando las diferentes disciplinas una secuencia similar apoyada en el método científico (Vernet, 2007). Este aspecto integrador y facilitador de la comunicación entre las distintas disciplinas, adquiere especial relevancia en el cuidado a los mayores institucionalizados, al presentar una problemática que requiere la intervención conjunta y el abordaje interdisciplinar para asegurar el cuidado integral de la persona.

6.2. EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: HISTORIA Y CLASIFICACIÓN.

Comenzaremos este apartado con la definición de Diagnóstico de Enfermería que desarrolló la NANDA, sirviendo de punto de partida para revisar los principales hitos desde el origen y en la evolución del diagnóstico enfermero, así como de las posibilidades de investigación y desarrollo futuros que presenta.

“El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales y a los procesos vitales. El diagnóstico de enfermería proporciona los fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad de las enfermeras”⁹⁰

La definición propuesta por la NANDA deja entrever algunas cuestiones fundamentales en la conceptualización del diagnóstico de enfermería y en su dimensión, que contribuyen a resaltar su relevancia para el desarrollo de la disciplina:

- El juicio clínico. El diagnóstico trasciende a la propia observación, al presentar una interpretación que el profesional desarrolla a través del

⁹⁰ North American Nursing Diagnosis Association. (1990). Taxonomy of nursing diagnoses. St Louis: NANDA.

análisis y del razonamiento crítico (Gordon, 1996). Ese proceso denota la importancia del propio diagnóstico en la interpretación que realizan los enfermeros de las situaciones que tratan habitualmente, clasificándolas en categorías homogéneas y reconocibles por el resto de profesionales.

- Respuestas de los individuos, familia y comunidad. La respuesta incorpora el significado que la persona atribuye a su problema de salud y a los fenómenos que lo rodean, además del comportamiento y las manifestaciones observadas ante ese problema específico. Estas respuestas centran el diagnóstico e incorporan todas las dimensiones humanas: fisiológicas, psicológicas, espirituales y sociales. Las respuestas se caracterizan por ser únicas e individuales, dependiendo de cada persona, situación que exige que el enfermero se ponga en lugar de la persona (Guirao et al., 2001).

La propia respuesta de la persona centra las situaciones sobre las que la enfermería puede prescribir intervenciones para lograr resultados de salud (Carpenito, 2002), vertebrando por tanto el plan de cuidados, que girará en torno a los problemas y respuestas identificados.

- Problema de salud real o potencial. Las situaciones que generan el problema pueden estar instauradas y manifestadas, o estar contribuyendo a la aparición de un problema futuro, dirigiendo entonces al establecimiento de intervenciones preventivas que contribuyan a evitar o minimizar su aparición.

Antes de consensuarse y estandarizarse esta definición, el diagnóstico de enfermería había sufrido un desarrollo relativamente rápido y reciente en el tiempo, pudiendo situar su comienzo, al menos a nivel de categoría documentada, en Florence Nightingale⁹¹ y en los déficits nutricionales y otros problemas frecuentes que presentaban las víctimas de la Guerra de Crimea. Nightingale intentó estructurar el proceso de cuidar y destacó la importancia para la enfermería de desarrollar un hábito de registro de las observaciones de forma

⁹¹ Florence Nightingale puede considerarse el primer exponente de la enfermería moderna. Su teoría se centró especialmente en el entorno, describiendo con detalle aspectos de éste como la iluminación, la ventilación, la higiene, etc.

sistemática, empleando la estadística para exponer los resultados conseguidos (Guirao et al., 2001).

El aumento de enfermedades crónicas y de discapacidades, se sitúa en el centro del primer uso de diagnósticos enfermeros. Ese ámbito de la cronicidad, en el que la medicina tradicional tenía una participación menos directa y cuantitativamente menos importante, se convirtió en el de principal empleo de los diagnósticos enfermeros (Gordon, 1996).

Fue en el año 1953 en el que se emplea por primera vez el término “Diagnóstico de Enfermería” por V. Fry, para referirse a un paso necesario en el plan de cuidados de enfermería y a los problemas detectados en cinco áreas de la salud: tratamiento y medicación, higiene personal, necesidades ambientales, guía y enseñanza, y necesidades personales (Brito, 2012). Las referencias bibliográficas en las dos décadas posteriores son prácticamente residuales, debiendo esperar al hito que supuso la primera reunión del National Group for the Classification of Nursing Diagnosis en 1973, para multiplicar exponencialmente su repercusión bibliográfica y científica (Carpenito, 2002). En ese encuentro, que surgió con el objetivo de “*identificar, desarrollar y clasificar los diagnósticos enfermeros*” (Guirao et al., 2001: 39), se creó el grupo denominado National Group for the Classification of the Nursing Diagnoses, convirtiéndose en 1982 en el North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), cuya relevancia y repercusión han llegado a la actualidad, situándose como el referente mundial en diagnósticos enfermeros.

6.2.1 La Taxonomía diagnóstica de la NANDA

En los primeros años tras su creación, los miembros de la NANDA fueron planteándose la necesidad de establecer una clasificación de diagnósticos de enfermería basada en un marco conceptual específico, así como un procedimiento formal para su revisión y la aceptación de nuevas etiquetas diagnósticas (Guirao et al., 2001).

Superada la Taxonomía I por el elevado número de diagnósticos y la necesidad de establecer una nueva estructura, se recibieron cuatro propuestas de marcos taxonómicos, eligiéndose finalmente una modificación de los Patrones

Funcionales de Gordon ⁹² (NANDA, 2013). El trabajo de desarrollo y de adaptación de la taxonomía ha sido continuo desde su aceptación en el año 1998, incorporando los avances que se han producido en los diagnósticos y en su codificación y tratamiento informáticos.

La Taxonomía II está estructurada en tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros, presentando un lenguaje enfermero reconocido y aceptado como soporte para la práctica clínica. Sin pretender acometer una descripción pormenorizada de los componentes de la taxonomía diagnóstica, se considera oportuno reflejar las características principales de su estructura, que facilita la introducción de los resultados del estudio relativos a la prevalencia de diagnósticos de enfermería identificados en los sujetos de estudio.

Tabla 13-Cap.6. Distribución de clases y etiquetas diagnósticas por dominio

Dominio	Número de clases	Número diagnósticos
1. Promoción de la salud.	2	10
2. Nutrición.	5	17
3. Eliminación e intercambio.	4	17
4. Actividad / Reposo.	5	32
5. Percepción / Cognición.	5	11
6. Autopercepción.	3	11
7. Rol /Relaciones.	3	18
8. Sexualidad.	3	6
9. Afrontamiento / Tolerancia al estrés.	3	37
10. Principios Vitales.	3	11
11. Seguridad / Protección.	6	37
12. Confort.	3	10
13. Crecimiento / Desarrollo.	2	4

Fuente NANDA Internacional. 2012-2014. Elaboración propia.

⁹² Patrones Funcionales de Gordon. Estructura de 11 áreas de valoración enfermera. El término patrón hace referencia a la configuración de comportamientos secuenciales.

La estructura muestra el nivel de desarrollo alcanzado y el abanico de posibilidades diagnósticas del que disponen los profesionales para la identificación de los fenómenos que están bajo la responsabilidad de su cuidado. La taxonomía se va actualizando con la incorporación de nuevos diagnósticos y con la modificación de aquellas etiquetas sobre las que se plantea controversia o alguna dificultad en su empleo. Esta situación condiciona la necesidad de evidenciar y desarrollar los nuevos términos y conceptos detectados in situ, en el ejercicio de la enfermería, evitando la arbitrariedad y la falta de precisión, que de otra forma se producirían.

Desde la enfermería clínica, han surgido numerosas voces solicitando una mayor facilidad de intuición en la detección de los síntomas críticos que dirigen a una determinada etiqueta diagnóstica, al estar demostrada la capacidad de los profesionales para la identificación de las manifestaciones críticas en la práctica cotidiana, produciéndose una mayor dificultad y falta de precisión para su traducción en un diagnóstico de enfermería específico (Brito, 2012).

6.2.2 Situación actual de los diagnósticos de enfermería: la investigación y la estandarización de su empleo.

Superados los años en los que se cuestionaba directamente la conveniencia e incluso la capacidad para el desarrollo de diagnósticos enfermeros, la situación actual se caracteriza por un doble requerimiento:

- a. Obligación de aumentar la evidencia científica y la precisión diagnóstica a través de la investigación específica y aplicada sobre los diagnósticos enfermeros y la propia taxonomía.
- b. Necesidad de una mayor estandarización en el uso de los diagnósticos enfermeros en la práctica clínica.

Ambos aspectos están íntimamente relacionados, siendo numerosos los avances que se han producido como resultado de investigaciones en este ámbito y su inclusión en la actividad asistencial enfermera. Para Gordon, los estudios sobre diagnósticos podrían encuadrarse en los siguientes tipos (Carrillo & Rubiano, 2007):

- Estudios de identificación. Dirigidos a la formulación de nuevos diagnósticos tras detectarse nuevos fenómenos que no tienen cabida en ninguna etiqueta actual.

Dentro de este tipo se incluyen estudios de análisis conceptual, para realizar la definición de la etiqueta diagnóstica y la identificación de las características definitorias y estudios de desarrollo de instrumentos diagnósticos, destinados a facilitar una información concisa y la evaluación de los resultados (Guirao et al., 2001).

- Estudios de depuración. Pretenden establecer la fiabilidad, en términos de utilidad, de las características definitorias de una etiqueta diagnóstica, al ser empleada por una o más enfermeras. Encontramos en este formato:
 - o Estudios de fiabilidad.
 - o Estudios de validez: de contenido, de criterio y de constructo.
- Estudios epidemiológicos. Diseñados para documentar la frecuencia de los diagnósticos de enfermería en una determinada población. Los estudios de prevalencia de diagnósticos enfermeros, han adquirido gran relevancia en nuestro medio al permitir monitorizar los cuidados realizados por las enfermeras y conocer los problemas más frecuentes en las poblaciones atendidas por las mismas (Domingo, Gómez, Torres & Gabaldón, 2005).
- Estudios de proceso diagnóstico. Contemplan el proceso diagnóstico, incluyendo la recogida e interpretación de los datos, así como la denominación de los diagnósticos.

Un elemento controvertido en el desarrollo de los diagnósticos enfermeros, al menos inicialmente, ha sido su infrautilización en la práctica clínica, unida al bajo nivel de cumplimentación de los registros enfermeros. La aproximación a las causas de esa infrautilización evidenciaba aspectos relacionados con la falta de autoestima profesional, la coexistencia de distintas titulaciones con formaciones muy alejadas, la necesidad de apoyo por parte de los gestores o los requerimientos de tiempo (Gabaldón et al., 2002; Izquierdo et al., 2002). Otras causas recurrentes alegadas al comienzo de la estandarización de las taxonomías enfermeras hacían referencia a la falta de adecuación al entorno clínico y social

español y a la dificultad que planteaban numerosos términos, al haberse desarrollado fundamentalmente en el mundo anglosajón (Román et al., 2005).

En un estudio específico sobre la estrategia de implantación de diagnósticos de enfermería en un área de atención primaria, una vez detectada la baja utilización de los diagnósticos por parte de los profesionales en un estudio previo, se concluía que las estrategias no debían basarse únicamente en la formación de los profesionales, sino en la implicación de los responsables, a través de estrategias específicas de gestión (Mañá & Mesas, 2002). En el estudio, se destacaba cómo los diagnósticos de enfermería explican las cargas de trabajo de los enfermeros en el hospital y en atención primaria, en porcentajes muy superiores a cómo la explican los diagnósticos médicos, coincidiendo con los resultados alcanzados por Teixidor en este sentido, según los que la prescripción médica, explicaría únicamente el 26% de la carga de trabajo de los cuidados de enfermería (Teixidor, 2002).

La ruptura que se venía produciendo entre el desarrollo a nivel teórico de los diagnósticos de enfermería y su aplicación por los profesionales en la práctica asistencial, parece estar reduciéndose de forma sustancial, determinado por los hitos producidos en algunas de las causas que se han presentado como limitantes del empleo práctico:

- El ajuste a la realidad de los fenómenos detectados y manejados en la clínica. Los nuevos canales de información y los mecanismos para la revisión de los componentes de los sistemas enfermeros, facilitan una revisión dinámica y la incorporación de las inquietudes de los profesionales.
- La formación específica de los futuros profesionales. La inclusión de la metodología enfermera en los planes de estudio de Enfermería y la relevancia que se le ha otorgado en los actuales títulos de Grado, coloca en el centro del proceso formativo, el desarrollo en este ámbito competencial de la enfermería. En la Orden Ministerial que establecía los requisitos para la verificación de los nuevos títulos de Enfermería⁹³ se enfatiza en “aplicar

⁹³ Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero.

la metodología científica en el proceso de cuidar, desarrollando los planes de cuidados correspondientes”.

- El impulso de las Administraciones Públicas. La apuesta de la Administración por disponer de elementos sistemáticos que faciliten el conocimiento de los datos y la gestión eficiente basada en resultados, ha incidido en la potenciación de los diagnósticos e intervenciones de enfermería, como elementos que permiten cuantificar el producto enfermero, parte integrante del producto sanitario (Frías, Anguera, Rius & Martínez, 2005). Las distintas administraciones con competencia en materias de salud, han implantado herramientas informáticas que recogen esta información.
- La simplificación que ha supuesto para el proceso diagnóstico el avance de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y de los registros electrónicos. A través de las TIC se introduce la posibilidad de mejorar la eficiencia de los recursos dedicados a la salud, reduciendo el tiempo en los procesos administrativos y facilitando la continuidad asistencial y el intercambio de conocimiento (Galimany et al., 2012), contribuyendo a la estandarización en el uso de los lenguajes enfermeros.

Las herramientas informáticas que soportan las historias clínicas y que incorporan las clasificaciones diagnósticas, fomentan su empleo por los profesionales al facilitar la compatibilización de su uso con la práctica asistencial.

6.3. EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO REGIONAL DE BIENESTAR SOCIAL.

La implantación y la estandarización del uso de los diagnósticos de enfermería en el SRBS están muy relacionadas con el desarrollo de la Historia Informática del Residente (HIRE) que se ha descrito en el capítulo relativo a la valoración de la dependencia. Como indicaba Gordon en una revisión sobre el presente, pasado y futuro de los diagnósticos de enfermería: *“La Historia clínica informatizada del paciente supone un factor facilitante que influencia la incorporación de diagnósticos de Enfermería dentro de la práctica clínica”* (Gordon, 2000: 132).

Los sistemas de clasificación de la información en ese tipo de herramientas informáticas dirigen hacia el empleo de términos concisos y homogéneos, incluidos en categorías y catálogos, que posibiliten su explotación posterior, permitiendo su cuantificación, comparación y análisis. Esa sistematización y homogeneización en la recogida de estos juicios facilita la comunicación y ayuda a evidenciar la contribución específica de las enfermeras en el cuidado (Villerejo & Pancorbo, 2011).

La modificación de la estructura y de los contenidos del módulo de la Historia de Enfermería a finales del año 2011, supuso la inclusión efectiva de los diagnósticos de enfermería y de las Intervenciones y Resultados enfermeros⁹⁴, en la práctica cotidiana de los profesionales de enfermería de los centros del SRBS. Previamente a este hito, existían experiencias de uso de diagnósticos de enfermería en el SRBS, bien a través de la Historia clínica anterior, o a través de sistemas desarrollados por los equipos de los Centros, que no alcanzaron la estandarización en su uso y documentación. Para la puesta en funcionamiento de la nueva historia de enfermería se siguió una estrategia de formación masiva de los profesionales de enfermería de todos los centros y turnos, estableciéndose un calendario de 12 sesiones formativas, en el que participaron un total de 220 enfermeros del SRBS.

Manteniendo la estructura de clasificación fundamentada en las necesidades básicas de Virginia Henderson⁹⁵, en cada una de las necesidades, los profesionales tienen la posibilidad de identificar y registrar las etiquetas diagnósticas de esa dimensión, al mismo tiempo que pueden seleccionar las intervenciones y los resultados de enfermería.

El modelo teórico de Virginia Henderson, situado dentro de los modelos de Necesidades Humanas, es uno de los modelos más aceptados y empleados por los profesionales, especialmente por la aplicabilidad práctica y su compatibilidad con el proceso enfermero (Bellido & Lendínez, 2011). El modelo, y más concretamente

⁹⁴ Clasificadas según las taxonomías estandarizadas, NIC: Nursing Interventions Classifications (Clasificación de intervenciones de Enfermería) y NOC: Nursing Outcomes Classification (Clasificación de resultados de enfermería).

⁹⁵ No existe una definición específica de "Necesidad" formulada por Henderson que identificó 14 necesidades Básicas que integran los elementos del cuidado enfermero (The nature of nursing: Reflections after 25 years. NY: National League for Nursing Press).

las 14 necesidades básicas, proporcionan una estructura sencilla para la observación y recogida de datos de la persona, motivo por el que se decidió su selección en el desarrollo inicial de la Historia de Enfermería del SRBS, manteniéndose en las revisiones y modificaciones posteriores. La valoración enfermera realizada según la estructura de necesidades básicas planteada por Henderson, en la que se evalúa la independencia y la dependencia⁹⁶ de la persona en cada una de ellas, incorpora la propia esencia de la valoración geriátrica integral, dirigiéndose a todas las esferas de la persona: física, funcional, psicológica y social (Venet, 2009), contribuyendo a un cuidado holístico en el que no se obvian aspectos importantes para el individuo.

La peculiaridad del cuidado desarrollado en el entorno de las Residencias de Mayores, en el que las personas viven con carácter continuo y no episódico, así como las propias características de los mayores, confieren una especial dificultad a la formulación diagnóstica enfermera en este tipo de centros. La interdependencia entre las necesidades, la multicausalidad, la comorbilidad y la cronicidad son algunas de las características de la persona anciana y de la forma de presentación de la enfermedad (García & Martínez, 2012), que dificultan ese proceso diagnóstico y el propio enfoque del mismo, al presentarse simultáneamente numerosos problemas que se interrelacionan, con factores etiológicos similares y que constituyen un riesgo, en sí mismos, para la aparición de otras situaciones. Para Vernet, la formulación diagnóstica en el ámbito gerontológico puede plantearse desde varios prismas:

- Desde la patología.
- Desde la autonomía funcional.
- Desde los aspectos conductuales.
- Desde las hipótesis emocionales.

Cualquiera de los enfoques, permite una aproximación que determinará el resultado, o al menos parte del impacto, del plan de cuidados, al marcar la focalización y la dirección del mismo. Concluye la autora, que “la formulación

⁹⁶ Dependencia en el Modelo de Virginia Henderson, hace referencia a “Inadecuación y/o insuficiencia, real o potencial de las acciones que la persona lleva a cabo por sí misma, para satisfacer las necesidades básicas, teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de salud en la que se encuentra.

diagnóstica estará orientada por los objetivos terapéuticos y los recursos tecnológicos del contexto específico, donde tiene lugar la atención de la persona anciana: agudos, crónicos, paliativos, larga estancia, domicilio, centros de día, centros residenciales” (Vernet, 2009: 80). Esta realidad, debe ser considerada en la interpretación de los resultados de cualquier estudio diagnóstico, en los que el análisis debe incorporar las características de la formulación diagnóstica y el enfoque empleado por los profesionales de enfermería de los entornos en los que se lleva a cabo, que dirigirán la priorización y el abordaje de los problemas identificados.

La relevancia del entorno y las características de salud de las personas mayores se reflejan en las competencias específicas que deben alcanzar los futuros enfermeros especialistas en geriatría en el conocimiento y capacidad para la identificación de diagnósticos de enfermería. La orden que regula el programa formativo, indica como competencia explícita que deben adquirir los especialistas: *“Conocimiento exhaustivo de teorías, modelos de enfermería y práctica de enfermería avanzada mediante diagnósticos, intervenciones y resultados esperados en el cuidado de la persona anciana y capacidad para su aplicación”⁹⁷.*

La investigación sobre diagnósticos de enfermería en el ámbito de residencias de mayores es incipiente, estando especialmente dirigida a la descripción de la prevalencia de diagnósticos o como variables en el seno de estudios sobre síndromes o entidades patológicas.

En un estudio sobre diagnósticos en una unidad sociosanitaria de atención psicogeriátrica, en el que se revisaron 88 historias clínicas, los diagnósticos más prevalentes fueron los relativos al déficit de autocuidado, estreñimiento y trastornos de la movilidad física (Frías et al., 2005). Un estudio similar metodológicamente al anterior, pero realizado en un entorno hospitalario, sitúa al déficit de autocuidado como el diagnóstico más prevalente, seguido de desequilibrios en la nutrición, riesgo de infección y patrón respiratorio ineficiente (De Abreu et al., 2008). Estos resultados aproximan la priorización y focalización realizada por los profesionales y la influencia destacada anteriormente del entorno en la identificación de diagnósticos enfermeros.

⁹⁷ Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica.

Estudios sobre diagnósticos de enfermería en áreas específicas de salud de los ancianos institucionalizados, ofrecen nuevas posibilidades de investigación en la descripción de las respuestas a problemas concretos y en el desarrollo de intervenciones. En un estudio sobre diagnósticos e intervenciones enfermeras en ancianos con depresión en instituciones de larga estancia, se llegaba a intervenciones para el tratamiento de enfermería de los diagnósticos que caracterizaban estas situaciones: disposición para el bienestar aumentado, proceso de pensamiento perturbado, desesperanza y riesgo de soledad (Santos et al., 2010). Este tipo de estudios pone de manifiesto la relevancia del uso de los diagnósticos de enfermería para la identificación y desarrollo de intervenciones y cuidados de enfermería específicos.

6.3.1 Estructura y metodología diagnóstica en el SRBS.

Como se ha descrito anteriormente, el módulo de la Historia de Enfermería del SRBS está estructurado en varios apartados relacionados con la valoración y el diagnóstico, la planificación de cuidados y la evolución del residente, bajo el prisma del modelo de Henderson. En cada una de los apartados correspondientes a las Necesidades Básicas, se incluyen parámetros y atributos de valoración enfermera, un catálogo con las etiquetas diagnósticas incluidas en la clasificación internacional de la NANDA 2012-2014, de entre las que los profesionales pueden seleccionar las etiquetas relacionadas directamente con esa necesidad, así como sendos catálogos con las taxonomías NIC y NOC.

De la Taxonomía II de NANDA Internacional, se han retirado aquellas etiquetas diagnósticas relativas a problemas no susceptibles de aparición en la población que conforma el tipo de usuario de estos centros:

- Etiquetas diagnósticas relativas a problemas pediátricos.
- Etiquetas diagnósticas relativas a situaciones relacionadas con el embarazo y la lactancia.

Durante el proceso continuado de valoración y diagnóstico, los profesionales seleccionan la etiqueta diagnóstica del problema que han identificado, marcando la fecha de diagnóstico y la clasificación del mismo como: activo o inactivo, posibilitando el conocimiento del histórico de los diagnósticos

de cada residente. A cada etiqueta, se le relaciona un factor etiológico y la referencia de las manifestaciones que lo evidencian.

El grupo de descripción de diagnósticos, entidad con la que se clasifican, coincide con la Necesidad Básica, de tal forma, que se presentan 14 grupos de clasificación de diagnósticos, que equivaldrían al nivel de los dominios de la Taxonomía II de la NANDA-I. En la siguiente tabla se muestra el número de diagnósticos incluidos en cada grupo, permitiendo la comparación con la clasificación por patrones. A su vez, permite la aproximación a los grupos que potencialmente deberían albergar más diagnósticos identificados por los profesionales:

Tabla 14-Cap.6. Número de diagnósticos en la clasificación del SRBS

Grupo de Clasificación de Diagnósticos	Número diagnósticos
1. Necesidad de Respiración.	5
2. Necesidad de Nutrición.	11
3. Necesidad de Eliminación.	17
4. Necesidad de Movilidad.	10
5. Necesidad de Reposo y Sueño.	3
6. Necesidad de Vestirse.	1
7. Necesidad de Mantener la Temperatura	4
8. Necesidad de Higiene y cuidados de la piel.	9
9. Necesidad de Seguridad.	30
10. Necesidad de Comunicación.	7
11. Necesidad de Religión y creencias.	2
12. Necesidad de Trabajar y realizarse	4
13. Necesidad de actividades lúdicas.	1
14. Necesidad de aprender.	1

La clasificación en función de las Necesidades Básicas, implica alguna diferencia respecto a los dominios de la clasificación de la NANDA, relacionada

con el alcance conceptual de ambas entidades de clasificación. La especificidad de alguna de las necesidades ha requerido el traslado de etiquetas diagnósticas directamente relacionadas con la actividad, como las etiquetas relativas a los déficit de autocuidado, que se han clasificado en función de la necesidad sobre la que impactan (vestido, alimentación, higiene), o las etiquetas relacionadas con la necesidad de respiración y oxigenación.

6.3.2 Planes de cuidados de enfermería en el SRBS

El resultado del proceso de valoración y diagnóstico que se ha venido describiendo, es el plan de cuidados individualizado del residente, integrado por varios documentos, electrónicos y en soporte papel, que recogen los principales parámetros para garantizar la continuidad de la atención y la calidad de la misma.

En el alcance del presente estudio, se destaca aquí el plan de cuidados de enfermería y el plan de cuidados básicos de enfermería, éste último, como elemento de comunicación imprescindible con el equipo de auxiliares de enfermería, categoría profesional que ejecuta una parte muy importante de los cuidados básicos diarios planificados por los enfermeros. El plan de cuidados básicos de enfermería, cumple también funciones de registro de los cuidados realizados y seguimiento de parámetros como la diuresis o la ingesta.

Desde una óptica gerontológica, por la peculiaridad que este hecho le confiere, los objetivos del plan de cuidados deben enfocarse hacia (Vernet, 2009: 82):

- Potenciar y mantener las capacidades residuales.
- Evitar complicaciones y la cronificación de los procesos.
- Rehabilitación y reinserción sociales.
- Atención y control de los procesos crónicos y agudos.
- Atención y acompañamiento en la etapa final de la vida y en los procesos de muerte y duelo.

Los planes de cuidados de enfermería recogidos en la Historia Integral del Residente, incorporan todos los elementos detallados en los otros apartados de este capítulo, recogiendo aquellos cuidados especializados que deben ser

ejecutados por profesionales enfermeros. El sistema permite la clasificación y el registro de la actividad, con la individualización a través de la firma electrónica del profesional que lo ejecuta. En este ámbito del plan de cuidados especializado, se incluyen intervenciones relacionadas con los sondajes nasogástricos y vesicales, curas y seguimiento de lesiones, administración de medicación parenteral, seguimiento de constantes, etc.

El plan de cuidados básicos de enfermería, se nutre de la información sobre el nivel de autonomía funcional y necesidad de ayuda del instrumento CFR, orientando al equipo de auxiliares de enfermería sobre el perfil del residente y la necesidad de profesionales para el desarrollo de cada actividad básica. En cada una de las necesidades y protocolos, desde la Historia Informática, los enfermeros prescriben los cuidados básicos que deben ejecutar las auxiliares de enfermería:

- Grado de ayuda y cuidados básicos en el baño e higiene personal: incluye la actividad específica de ducha, corte y cuidado de las uñas, cuidado del cabello, cuidado y limpieza de los dientes y de las prótesis.
- Grado de ayuda y cuidados básicos en el vestido: participación del residente, supervisión del vestido, solicitud de ropa, etc.
- Grado de ayuda, nivel de independencia en la eliminación: continencia de esfínteres, ritmo miccional, control de deposiciones, ayuda en la colocación de absorbentes, cuidado de la piel, cuidados de sondas vesicales, ostomías, etc.
- Grado de ayuda y cuidados en la deambulación y transferencias: necesidad y tipo de ayudas técnicas, programas de fisioterapia y terapia ocupacional, prescripción de movilizaciones.
- Grado de ayuda y cuidados en la alimentación: tipo de dieta y complementos alimenticios, valoración de la ración consumida, ingesta programada de líquidos.
- Grado de ayuda y cuidados en el sueño y reposo: seguimiento del sueño, horarios especiales.
- Cuidados preventivos de la piel: materiales de protección local, superficies de presión alternante, cuidados de la piel, cambios posturales.
- Cuidados secundarios al empleo de sujeciones: tipo de sujeción y horarios de colocación, cuidados de movilización, eliminación y seguridad.

En el marco de cada actividad básica o protocolo de los que aparecen en el plan de cuidados básicos, los enfermeros planifican también los objetivos a conseguir, enfocados, de forma prioritaria, a los descritos anteriormente en relación a la conservación de la máxima autonomía o implicación en el autocuidado de esa actividad, a minimizar la progresión de la dependencia o a evitar la aparición de problemas secundarios.

CAPÍTULO VII: METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.

7.1. DESCRIPCIÓN DEL DISEÑO DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

Para dar respuesta a los objetivos planteados en el estudio, se ha empleado **metodología cuantitativa y cualitativa**, considerando que la **triangulación** entre métodos, como *“combinación de métodos de investigación no similares en la medición de la misma unidad de análisis”* (Cea D’Ancona, 2001: 52), facilita una mejor descripción del objeto de estudio, adicionando datos estadísticos resultado de la valoración y seguimiento de cada caso, y datos cualitativos reportados por los propios sujetos de estudio a través de sus discursos y de la simbología del entorno que habitan.

El diseño del estudio de investigación ha sido eminentemente **descriptivo y longitudinal**, diferenciándose tres fases principales, interrelacionadas entre sí, en función de los objetivos perseguidos en cada una.

Fase I. Estudio del nivel de Dependencia y del Perfil de Usuario.

En la primera fase de la investigación, dirigida a conocer el perfil de ingreso de los nuevos residentes, el diseño del estudio ha sido fundamentalmente **descriptivo**, mostrándose los datos relativos al nivel de dependencia alcanzado por los sujetos de estudio, obtenidos tras la aplicación de los sistemas de valoración estudiados: BVD (Baremo de Valoración de la Situación de Dependencia), CFR (Instrumento de Clasificación Funcional del Residente) e Índice de Barthel. Tras la descripción del nivel de dependencia alcanzado con los diferentes instrumentos, se procedió al desarrollo de un estudio comparativo, comprobando cómo se comporta cada instrumento de valoración respecto a la detección del nivel de dependencia y los resultados de cada uno.

En esta misma fase del estudio se llevó a cabo la revisión de los diagnósticos de enfermería seleccionados por los profesionales en los sujetos de estudio, y su posible relación con los niveles de dependencia establecidos y con los resultados obtenidos a través de distintas escalas de valoración, permitiendo conocer el

impacto de la identificación diagnóstica. En el ámbito de los diagnósticos de enfermería de déficit de autocuidado y en aquellos relacionados directamente con las respuestas frente a las Actividades Básicas de la Vida Diaria, se han analizado también los cuidados prescritos por los enfermeros, en busca de su asociación con la identificación de los diagnósticos.

Para concluir el estudio del perfil de ingreso de los usuarios se han descrito otras variables que caracterizan ese perfil y que pueden comportarse como elementos influyentes en el nivel de dependencia de los residentes y, consecuentemente, en la elección de la institucionalización como el programa más adecuado de intervención. Esas variables se han dividido en:

- Variables sociodemográficas: relacionadas con la formación previa y el desarrollo laboral, tipo de familia, causa de ingreso y lugar de origen.
- Variables de salud: principales diagnósticos médicos potencialmente generadores de dependencia.

Si atendemos a la propia definición de los estudios descriptivos, que indica que *“buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis”* (Hernández, Fernández & Baptista, 2007: 60), podríamos destacar que con el desarrollo de esa fase del estudio se pretendió buscar e identificar las características de un grupo concreto de individuos, de los que se analizaron las características que presentaban al ingresar en una institución común, a la que accedían tras el cumplimiento de unos estándares previamente definidos, indagando en las variables sociales y otras situaciones que podían incidir en los resultados del nivel de dependencia que ofrecen las herramientas empleadas.

Fase II. Impacto de la institucionalización en la dependencia.

Como segunda fase del estudio, se analizó la evolución del nivel de dependencia de la **cohorte** al año de institucionalización, en todos los sujetos que mantenían los criterios de inclusión que se describirán en el siguiente punto. Esta fase pretendía constatar el potencial impacto de la institucionalización, al año del ingreso, en los diferentes perfiles de usuarios que integran el estudio, especialmente entre el grupo de sujetos con resultados de valoraciones más discordantes y el resto de participantes, mostrando si las hubiese, las diferencias

potenciales en función de variables como el tipo de centro, el sexo, la edad o el grado de dependencia inicial.

Fase III. Estudio Etnográfico.

Por la especificidad y la dificultad de abordaje del objeto de estudio, para el desarrollo de la última fase del trabajo, se estimó la inclusión del enfoque cualitativo, a través de un **estudio etnográfico** con los sujetos de estudio que no hubieran resultado clasificados de forma adecuada inicialmente por el BVD, en los que potencialmente el recurso “Residencia de Mayores Dependientes”, no sería el más ajustado a sus necesidades reales. En estos supuestos, la aproximación se condujo a la esencia de su vivencia de la institución, es decir, a su experiencia individual desde su propio punto de vista y el contexto en el que se producen las relaciones (San Román, 2009). En esta fase del diseño, a través de entrevistas semiestructuradas y de la observación participante, se intentó indagar fundamentalmente en dos fenómenos desde la perspectiva Emic de los protagonistas (Amezcuá, 2000):

- Los motivos personales que desencadenaron la distorsión en la valoración de dependencia y su ingreso en la Residencia.
- El impacto de la institucionalización desde un enfoque personal y de interrelación social, profundizando en el discurso de los sujetos seleccionados.

Para el estudio de los fenómenos sociales, deben emplearse aproximaciones sociales que contemplen las normas, los valores y el imaginario del grupo investigado, como explicación de la acción social (Callejo, 2002). La observación participante, como forma de acercamiento a la realidad (Amezcuá, 2000), se vuelve esencialmente útil en el estudio de las instituciones, de las que las residencias de mayores, son un ejemplo característico. En palabras de Callejo sobre la observación participante: *“su uso es especialmente interesante para el estudio profundo de la vida cotidiana de organizaciones, instituciones y grupos sociales que ocupan un lugar periférico en la sociedad”* (Callejo, 2002: 413). En las residencias de mayores, los sujetos adquieren la doble realidad de pertenecer al grupo social que les caracterizaba y al nuevo grupo constituido en el seno de la institución. La observación permite el conocimiento del sujeto en su espacio. Aquel que le

atribuye parte de su singularidad y que influye en su propia selección por el interés que presenta para el estudio.

La dimensión de esta fase del estudio y la incorporación de informantes se basó en la aportación singular que realizaran sobre el objeto de estudio, aplicando el criterio de saturación teórica, toda vez que los nuevos sujetos interrogados no proporcionaban nuevas interpretaciones ni dimensiones inéditas en las categorías que se estudiaban (Glaser y Strauss, 1967).

Tabla 15-Cap.7. Resumen de las Fases del Estudio

Fase	Alcance del estudio y aproximación	Marco temporal
I	Estudio descriptivo de la población	Ingresos entre 01-01-2012 y 31-12-2012
	<ul style="list-style-type: none"> - Descripción de las variables sociodemográficas. - Descripción del nivel de dependencia. - Comparación del nivel de dependencia entre sistemas de valoración. - Descripción de variables de salud. - Descripción de los diagnósticos de enfermería. 	
II	Estudio longitudinal de la cohorte	Seguimiento a los 6 meses y al año del ingreso
	<ul style="list-style-type: none"> - Evolución del nivel de dependencia al año del ingreso, en el conjunto de sujetos y en el grupo con mayor distorsión en la valoración inicial. - Variables con potencial repercusión en el nivel de dependencia. 	
III	Estudio etnográfico	Cuarto trimestre 2013 a primer trimestre 2014
	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas y observación a sujetos autónomos con mayor distorsión en la clasificación de dependencia. - Motivos de ingreso y experiencia de la institucionalización en un entorno de mayores dependientes. 	

7.2. MARCO TEMPORAL. DURACIÓN DEL ESTUDIO.

La selección de casos para la Fase I del estudio, en la que se analizaron y compararon los resultados obtenidos entre los niveles asignados con la aplicación del baremo de valoración de dependencia de la Ley, y la clasificación de la dependencia realizada por los profesionales de las Residencias de Mayores del SRBS, así como el perfil de general de ingreso de los nuevos residentes, se llevó a cabo con todos los ingresos producidos entre el **1 de enero y el 31 de diciembre de 2012**, que cumplían los criterios de inclusión establecidos.

Para el desarrollo de la fase de análisis del impacto de la institucionalización en el nivel de dependencia y su potencial asociación con otras variables, se requirió el transcurso de un año desde el ingreso de los sujetos de estudio, situación que, en el caso de los últimos ingresos, se produjo a **31 de diciembre de 2013**. Independientemente del último cierre, durante el estudio se han realizado aproximaciones temporales sucesivas a determinadas variables de salud y dependencia, facilitando a su vez, la detección de aquellos sujetos que mantenían los criterios de selección para su incorporación a la fase cualitativa del estudio.

El trabajo de campo específico para la obtención de datos etnográficos, se realizó desde el último trimestre de 2013, una vez que se disponía de los primeros datos concluyentes de la evolución de los sujetos ingresados en la primera mitad del año 2012. Esta fase se prolongó durante el **primer trimestre del año 2014**, momento en el que había transcurrido, al menos, un año desde el ingreso de los últimos sujetos participantes.

El marco temporal y el número de centros que se sometieron a la primera fase del estudio, ofrecen un amplio número de casos, permitiendo, a posteriori, el establecimiento de estrategias de zonificación, que evidencien la realidad de los ingresos en las residencias de mayores públicas de la Comunidad de Madrid.

La elección temporal del estudio, coincide con un momento en que todos los ingresos de usuarios dependientes en las Residencias de Mayores de la Comunidad de Madrid provienen en su totalidad de los mecanismos contemplados en la Ley de Dependencia y de la asignación de recursos contemplada en la misma, ya que durante los primeros años de su puesta en funcionamiento, han subsistido los sistemas previos al desarrollo de la Ley a

través de los que accedían los usuarios, con los nuevos sistemas que se han implantado.

De esta forma se asegura que todos los residentes ingresados en las plazas para dependientes de la Comunidad de Madrid, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2012, lo hayan hecho a través de la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, órgano a nivel autonómico en la Comunidad de Madrid, que articula los diferentes aspectos de la Ley, desde la recepción de las solicitudes y la valoración del individuo, hasta el reconocimiento de la situación de dependencia y la asignación del programa individual de asistencia. Los residentes que ingresaron en plazas destinadas para "No dependientes", habrían accedido todos a través de la Dirección General del Mayor.

7.3. LOCALIZACIÓN DEL ESTUDIO.

Para el desarrollo del estudio, se ha incluido a todas las Residencias de Mayores pertenecientes al Servicio Regional de Bienestar Social de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid⁹⁸, independientemente de la oferta de plazas y del perfil de sus residentes. Atendiendo a la evolución y situación actual, descritas en el capítulo IV del presente trabajo, se han incorporado al estudio las 24 Residencias de Mayores gestionadas directamente por el SRBS.

La elección de centros, todos de titularidad y gestión pública, buscaba el aseguramiento de que los criterios de proveniencia eran homogéneos, no contemplando otro acceso, que el reconocimiento de la situación de dependencia por parte de la Dirección General de Coordinación de la Dependencia o la asignación de una plaza para "no dependientes" a través de la Dirección General del Mayor. El resto de Centros con plazas concertadas por la Comunidad de Madrid, disponen a su vez de una oferta de plazas de gestión privada, lo que obligaría a desestimar parte de los ingresos, al no serles aplicables los criterios que se han establecido.

⁹⁸ Consejería de Asuntos Sociales por Decreto 11/2011, de 16 de junio, que establece el número y denominación de las Consejerías de la Comunidad de Madrid. Al tratarse de una modificación reciente, a lo largo del texto aparecen otros nombres para designar a la Consejería al tratar sobre aspectos normativos o de gestión establecidos previamente.

A su vez, al ser uno de los objetivos fundamentales de la investigación la comparación del Baremo de Valoración de Dependencia con otras herramientas de valoración, se consideró oportuno desarrollar el estudio en Centros en los que se empleaban previamente instrumentos validados de valoración, en especial el RAI-NH y el Índice de Barthel, como referentes en el ámbito de la valoración y clasificación de la dependencia. A esta circunstancia se une la experiencia acumulada de los profesionales de los centros en la valoración geriátrica integral.

Las residencias objeto de estudio están distribuidas geográficamente por todo el territorio de la Comunidad de Madrid, en zonas rurales como Torrelaguna, San Martín de Valdeiglesias o Navacarnero; pueblos grandes o ciudades de la periferia como San Fernando de Henares, Alcobendas o Las Rozas y en distritos y barrios del municipio de Madrid como Manoteras, O'Donnell o Carabanchel. Aunque los criterios de acceso y asignación del recurso son semejantes para toda la Comunidad, esta situación permitirá conocer si existe alguna diferencia influenciada por el área geográfica en el que están situados los centros.

A través del estudio multicéntrico se consigue una muestra de las distintas tipologías de residencias de mayores en función de variables como, el número de plazas ofertadas o el perfil de la casuística atendida, permitiendo conocer su impacto potencial en la evolución del nivel de dependencia y en la adaptación de los residentes.

7.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Fase I.

Para el desarrollo de la primera fase de la investigación, la población de estudio incluyó a todos los residentes ingresados en las residencias de mayores del SRBS, entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2012, independientemente de su procedencia y situación de dependencia.

El número total de ingresos producidos en el tiempo establecido, coincidente con la población de estudio, fue de 1.292 residentes. Para ajustar el perfil y las características básicas que aseguraran la pertinencia de cada sujeto con

los objetivos perseguidos en el estudio, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

Los criterios que marcaron la inclusión, y la consecuente selección de los sujetos de estudio, son los que se enumeran a continuación:

- Sujetos ingresados en cualquier residencia del SRBS durante el tiempo de estudio (1 de enero de 2012 a 31 de diciembre de 2012).
- Residentes con valoración integral realizada en los Centros.
- Edad. Al estar valorando el nivel de dependencia y el impacto de la institucionalización en relación al envejecimiento, se incluyó a todos los residentes **mayores de 65 años**, facilitando un requisito de homogeneización del grupo y la eliminación de sesgos potenciales de selección, que podrían obedecer a otras variables condicionadas por la edad.

Criterios de exclusión

Se han considerado diferentes criterios que podrían distorsionar los resultados del estudio o dificultar el desarrollo de la propia investigación, tratándolos como factores cuya presencia supuso la exclusión del estudio de aquellos sujetos que los presentaban:

- Traslado anterior al 31 de diciembre de 2012. Los residentes pueden solicitar traslado de centro al transcurrir cuatro meses desde su ingreso. Estos traslados pueden producirse entre Centros de diferente adscripción o entre las Residencias que integran el SRBS. Esta última situación supondría que un mismo sujeto de estudio, podría ser valorado en dos

centros distintos, duplicando toda la información relativa a su caso. Los traslados que habían sido efectivos desde el 1 de enero de 2013, sí que fueron considerados en el estudio, al no plantearse esta situación de potencial duplicidad.

- Ingresos producidos por programas de emergencia social que no impliquen la institucionalización definitiva. Con este criterio se excluyó a aquellos usuarios que ingresan temporalmente mientras se aborda la causa que genera esa situación de emergencia o mientras se les asigna el dispositivo más adecuado a sus necesidades. La falta de permanencia en la institución inhabilita el estudio de numerosas variables de las que se pretenden analizar.

- Residentes que causen baja antes de la valoración inicial. Se planteó la exclusión de todos los residentes que causaran baja en el Centro asignado por cualquier motivo, básicamente fallecimiento o renuncia, antes de que se concluyera la valoración inicial. Se fijó como criterio la exclusión de los residentes que no permanecieran al menos un mes (30 días) en el Centro⁹⁹.

Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión que se han descrito, el número total de sujetos de estudio ascendió a 1.147, tras producirse un 11,2% de exclusiones que obedecen a las causas que se muestran en la siguiente tabla:

⁹⁹ Las instrucciones emitidas por la Gerencia del SRBS indican la obligatoriedad de concluir una valoración integral en los 30 días siguientes al ingreso (Instrucción n°1 IC/2014 “procedimiento de valoración y seguimiento asistencial de los usuarios de los centros del SRBS”). A su vez, la valoración con el instrumento CFR requiere al menos 15 días para ser valorados determinados ítems, como la continencia.

Tabla 16-Cap.7. Ingresos en periodo de estudio y causas de exclusión

	N	%
Ingresos		
Incluidos	1.147	88,8
Excluidos	145	11,2
Total	1.292	100,0
Causas de exclusión		
< 65 años	24	16,6
Fallecimiento antes del mes	20	13,8
Fin de emergencia antes del mes	20	13,8
Renuncia antes del mes	7	4,8
Traslado antes de 31 dic 2012	74	51,0
Total	145	100,0

Fase II.

En el estudio longitudinal realizado para conocer el impacto de la institucionalización en el nivel de dependencia durante el primer año del ingreso, se incluyó a todos los sujetos que permanecían en los Centros a los 6 y 12 meses de su ingreso, momentos en los que se revisó su estado. Para su participación efectiva en esta fase del estudio, debían presentar totalmente cumplimentadas las valoraciones con los dos instrumentos analizados, CFR e Índice de Barthel, considerando como pérdidas, a aquellos sujetos con valoraciones incompletas, especialmente por no encontrarse en los Centros en los momentos establecidos (ingresos hospitalarios, vacaciones).

En el año posterior al ingreso, causaron baja por renuncia, traslado o fallecimiento, 268 sujetos, por lo que concluyeron el estudio un total de **879** sujetos.

Las frecuencias y porcentajes de las causas de abandono se introducen en el capítulo de resultados, ya que facilitan una descripción sobre las tasas de mortalidad.

Fase III.

Para la fase de estudio etnográfico, una vez analizados los resultados de la situación y concordancia del nivel de dependencia, así como de las diferentes variables que posibilitan la descripción de los sujetos participantes, se han realizado entrevistas semiestructuradas, a la vez que observaciones a los participantes, sus relaciones y sus entornos más próximos; hasta la saturación teórica (Glaser y Strauss, 1967), situación en la que los discursos de los participantes y el resultado de las observaciones, no ofrecían nueva información ni comprensiones adicionales.

La selección de los participantes fue intencional, buscando la participación de aquellos sujetos que, cumpliendo los requisitos de gran discordancia en la clasificación de dependencia, presentaran diferentes características sociales o personales, relevantes para los objetivos del estudio, especialmente relacionadas con los motivos de ingreso alegados y las situaciones que condujeron al mismo.

El objetivo en la selección de los informantes clave fue, por tanto, la aproximación al mayor número de situaciones socio-personales diferentes, que posibilitaran conocer su influencia potencial en el ingreso y su impacto en la adaptación posterior al centro, no persiguiendo la representatividad estadística o la generalización de la comunidad estudiada, sino la peculiaridad de cada caso de los incluidos (Rodríguez, Gil & García, 1996). El proceso de selección ha sido progresivo, en función de la información que se iba obteniendo, no programando de inicio, una muestra mínima de participantes. Se ha considerado el denominado muestreo teórico (Glaser & Strauss, 1967), seleccionando los testimonios y unidades más pertinentes con el fin del estudio, buscando captar la mayor profundidad del fenómeno de estudio, con la mayor documentación de hechos y situaciones.

En la selección colaboraron los trabajadores sociales de los centros elegidos, corroborando previamente la capacidad cognitiva actual del sujeto para participar en la fase de entrevistas y su adecuación inicial al objetivo de la misma, poniéndolos, a su vez, en contacto con el investigador. De esta forma, la preselección realizada por el investigador en base a resultados de las variables analizadas en el estudio cuantitativo, se confirmó, especialmente con la ayuda de las trabajadoras sociales, y con la revisión documental de los expedientes individuales en los que figuraban las valoraciones del ingreso.

Por tanto, las principales características personales que dirigieron la selección de los participantes del estudio, empleadas a su vez para realizar la segmentación de los mismos, fueron:

- Sujetos con menor nivel de dependencia según el instrumento CFR respecto al asignado por el BVD y la conservación de un nivel cognitivo intacto que les permitiera una comunicación consciente y efectiva. Todos los sujetos que han participado estaban clasificados como “autónomos” según el CFR.
- Estado civil. Tras haber observado la presencia de un número importante de “casados” entre los sujetos con mayores desviaciones en las clasificaciones de dependencia, se consideró fundamental incluir sujetos casados, solteros y en otras situaciones.
- Género. Se creyó relevante conocer el impacto previo del sexo en la potencial solicitud de la plaza residencial, así como su influencia en la vivencia posterior del proceso de institucionalización.
- Perfiles de ingreso. Al tratarse de uno de los aspectos más trascendentales en el estudio, se seleccionaron sujetos con resultados de clasificación de dependencia muy discordantes, que hubieran manifestado distintas causas iniciales de ingreso: soledad, dependencia del cónyuge, conflictividad familiar o problemas de salud.
- Sujetos residentes en centros de diferente localización y características, para conocer el impacto de algunas de ellas, en la vivencia de la institucionalización.

El número de sujetos que han participado en esta fase del estudio han sido **38**, de los que 24 eran mujeres y 14 eran hombres, tras eliminarse dos testimonios por evidenciarse una alteración cognitiva leve durante la entrevista y la observación. Los sujetos se localizaban en 14 centros diferentes, en el municipio de Madrid y en otras localidades periféricas de la Región.

Como se ha descrito al comienzo de este apartado, el número total de participantes se alcanzó por “saturación teórica”, toda vez que los discursos y las observaciones no hacían emerger nueva información relevante para el estudio.

En la siguiente tabla, se muestra el mapa de perfiles de los sujetos de estudio participantes en esta fase de la investigación, presentados en función del orden cronológico de la primera entrevista mantenida con ellos, el centro en el que habitaban y el grado de dependencia según el BVD.

Tabla 17-Cap.7. Perfiles sociales de los participantes en el estudio etnográfico

Número Entrevista	Sexo / N° sujeto	Principales características personales	Centro	Grado BVD
1	M/01	Casada. Marido dependiente. Con hijos. Ama de casa. Sin formación.	1	III
2	H/01	Casado. Mujer dependiente. Con hijos. Formación básica.	1	III
3	M/02	Casada. Marido dependiente. Con hijos. Trabajadora externa.	1	III
4	M/03	Viuda joven. Con hijos. Trabajadora externa. Institucionalización previa.	2	III
5	M/04	Soltera. Con hijos. Institucionalización previa. Trabajadora sin formación.	2	II
6	M/05	Viuda. Sin relación con los hijos. Ama de casa. Sin formación. Institucionalización previa.	3	II
7	M/06	Viuda. Con hijos. Institucionalización previa por salud. Zona marginal de Madrid.	3	III
8	H/02	Soltero, sin hijos. Analfabeto. Entorno rural con hermanos. Institucionalización previa.	4	III
9	H/03	Separado, sin hijos. Exclusión social. Procede de albergues y pensiones.	4	III
10	M/07	Separada con hijos. Inmigrante. Estudios primarios. Mujer joven. Varias instituciones.	4	III

Número Entrevista	Sexo / N ^o sujeto	Principales características personales	Centro	Grado BVD
11	H/04	Casado, mujer dependiente. Hijos. Estudios secundarios. Empresario. No institucionalización previa.	2	III
12	M/08	Viuda, hijo fallecido. Sin familia, amigos como cuidadores. Institucionalización previa.	5	III
13	M/09	Viuda reciente. Hijos. Estudios universitarios. Madrid capital. Comparte habitación	6	II
14	M/10	Soltera, sin hijos ni familia directa. Interna en una familia. Problemas de salud. Institucionalización previa.	6	III
15	M/11	Viuda reciente, con hijos. Problema de salud. Vivienda propia. Sin estudios. Ama de casa.	6	III
16	M/12	Soltera sin hijos. Hermanos. Trabajó en casa con sus padres. Institucionalización previa. Religiosa	6	III
17	M/13	Soltera. Conflictividad familiar. Vida previa en pensiones. Joven. Emergencia social.	7	III
18	H/05	Casado, con mujer dependiente. Estudios universitarios y empresa. Madrid capital. Relación con hijos.	7	II
19	M/14	Separada legalmente, con hijos. Analfabeta, ama de casa. Zona suburbial de Madrid.	1	III
20	H/06	Viudo. Rotación domicilio de hijos. Vida militar. Problema salud.	8	III
21	M/15	Viuda en la juventud, con hijos. Educación universitaria. Procedencia fuera de Madrid.	8	III
22	H/07	Soltero, sin hijos. Residencia con hermanos. Sin trabajo ni estudios.	8	III

Número Entrevista	Sexo / N° sujeto	Principales características personales	Centro	Grado BVD
23	M/16	Viuda en juventud. Hijos. Trabajo externo no cualificado. Institucionalización previa.	9	II
24	M/17	Soltera, sin hijos. Hermanos. Procedencia rural, trabajos variados. Vivía sola en domicilio particular.	9	III
25	H/08	Soltero, joven. Hermanos. Problema agudo de salud. Vivía solo. Comparte habitación.	9	III
26	M/18	Casada, con marido dependiente. Aproximación a los hijos. Institucionalización previa.	9	II
27	H/09	Casado, con mujer dependiente. Estudios secundarios. Vida religiosa Sin hijos. No institucionalización.	10	III
28	H/10	Separado, con hijos (sin relación). Emergencia social. Vida en albergues. Joven.	10	III
29	M/19	Casada, con marido dependiente. Sin hijos. Vivienda rural deteriorada. Institución previa. Ama de casa.	11	III
30	H/11	Soltero, sin hijos. Procede de domicilio de hermanos. Origen y trabajo rural. Sin estudios.	11	II
31	H/12	Casado, con mujer dependiente. Vida Militar. Procede de vivienda particular. Madrid capital	12	III
32	H/13	Soltero, sin hijos. Falta de recursos económicos. Procede de vivienda de alquiler.	12	III
33	M/20	Viuda con hijos. Falta de recursos materiales desde viudedad. Sin estudios.	7	II
34	M/21	Soltera sin hijos. Programa de teleasistencia previa. Problemas de salud. Madrid capital.	13	III

Número Entrevista	Sexo / N° sujeto	Principales características personales	Centro	Grado BVD
35	M/22	Viuda sin hijos. Trabajadora en una empresa. Estudios secundarios.	13	III
36	M/23	Viuda con hijos. Trabajadora en empresa. Proviene de vivienda particular.	14	III
37	H/14	Separado, sin hijos. Proviene de su domicilio. Estudios primarios.	14	III
38	M/24	Viuda con hijos. Problemas de salud. Institucionalización previa.	5	III

7.5. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO.

7.5.1 Variables del nivel de dependencia.

En la primera fase del estudio, las principales variables que se describieron y sobre las que se vertebró el resto de la investigación, fueron las variables relativas a la clasificación del nivel de dependencia de cada uno de los instrumentos de valoración, reflejando en sí mismas, la distribución de los usuarios en categorías de dependencia, según la codificación establecida por cada uno de los sistemas.

Con objeto de facilitar desde el comienzo el seguimiento y la interpretación de los resultados, se muestra la siguiente descripción de las variables centrales del estudio:

- Dependencia según el BVD. Se trata de una variable que refleja el grupo o categoría de dependencia en el que se clasificará a los usuarios con la aplicación del Baremo de Valoración de Dependencia contemplado por la Ley. Incluye los siguientes valores, asignados en función de la puntuación alcanzada en el BVD:

Gran dependencia.

Dependencia grave.

Dependencia moderada.

Dependencia leve/no dependencia.

- Dependencia según el CFR (ingreso). Variable que refleja el grupo o categoría de dependencia asignado a cada residente tras la aplicación del Sistema de Clasificación Funcional del Residente (CFR). Las categorías son las siguientes:

Autónomo.

Dependencia leve.

Dependencia moderada.

Dependencia severa.

- Dependencia según el Índice de Barthel (ingreso). Variable que muestra el grupo o categoría de dependencia al que se ha asignado a cada residente tras la aplicación del Índice de Barthel. Las categorías son las siguientes:

Independencia.

Dependencia leve.

Dependencia moderada.

Dependencia severa.

Dependencia total.

- Índice de BVD. Variable que muestra la puntuación global obtenida tras la aplicación del BVD. Presenta valores entre "0", indicativo de ausencia total de dependencia; y "100", indicativo de la máxima dependencia. A los residentes que han ingresado a través de una plaza de "No dependiente" y no habían solicitado la valoración de dependencia, se les otorgó una puntuación de "0".
- Índice de AVD (ingreso). Variable que muestra el nivel específico de afectación y la necesidad de ayuda en las Actividades de la Vida Diaria, según el instrumento CFR. Presenta valores entre 4 y 18. (4 = mayor autonomía, 18 = dependencia total).
- Índice de Barthel (ingreso). Variable que refleja la puntuación global, en función de la capacidad del individuo para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria según la Escala de Barthel. Presenta

valores entre “0”, suponiendo una dependencia total y “100”, suponiendo la independencia funcional.

- Nivel Cognitivo (N-COG). Clasificación del estado cognitivo del residente que influye en la clasificación final de CFR y en el grupo RUG III. Incluye valores desde “0”, que indica nivel cognitivo intacto; a “6”, que refleja un deterioro cognitivo muy severo.
- Grupo RUG-III. Grupo de clasificación de isoconsumo de recursos que ofrece una clasificación de los residentes en grupos homogéneos. Tercera variable del CFR, que influye en la asignación de la categoría de dependencia. Existen 7 grupos principales: funciones físicas reducidas, problemas de conducta, deterioro cognitivo, complejidad clínica, cuidados especiales, cuidados extensivos y rehabilitación especial.

7.5.2 Variables sociodemográficas y descriptivas del perfil sociocultural.

Aparte de las variables específicas para la medición y clasificación del nivel de dependencia, en la primera fase, y desde la metodología cuantitativa, se analizaron otras variables secundarias para conocer su posible relación con el resultado de los instrumentos de valoración y/o describir los resultados más representativos en cuanto a su frecuencia. Entre las principales variables se destacan: edad, por su relación con el envejecimiento (IMSERSO, 2006b), el nivel cognitivo, sexo, lugar de procedencia, o el nivel de educación y el tipo de trabajo, estos últimos considerados como potencialmente influyentes en la discapacidad (Puyol & Abellán, 2006; Domínguez & García, 2011). Por resultados de otras investigaciones y del propio trabajo de máster desarrollado previamente a este estudio, también se analizó específicamente la variable “soledad”, que por sí misma, es causa de inclusión en el grupo de ancianos de riesgo en porcentajes importantes: 14,3% (Mussoll et al., 2002); 17,4% (Valderrama & Pérez, 1998).

- Sexo. Variable nominal, con valores hombre y mujer. Numerosos estudios epidemiológicos muestran la mayor prevalencia en dependencia funcional que sufren las mujeres, relacionándose por los autores, con la mayor esperanza de vida (Gázquez, Pérez, Mercader & Molero, 2011).

- Estado civil. El tipo de familia y el sistema de relaciones externas de la persona, contribuyen a acelerar o retrasar el ingreso en la institución, pudiendo actuar en algunos casos como variable independiente que distorsione la valoración o precipite el acontecimiento. Incluyó los valores de:
 - Casado/a, soltero/a o viudo/a.

- Familiar de referencia en el ingreso. Como complemento de la variable anterior, se introdujo el familiar de referencia comunicado al ingreso, independientemente del estado civil del residente. Esta variable profundiza en la red inmediata de relaciones del residente y facilita la descripción de diversa problemática social. Los valores son:
 - Cónyuge. Conviva o no con el residente en el centro.
 - Hijos. Incluye hijos naturales, yernos, nueras e hijos de parejas.
 - Hermanos. Incluye al resto de relaciones de 2º grado por afinidad o consanguinidad (cuñados).
 - Sobrinos. Directos o del cónyuge.
 - Nietos.
 - Sin familiar. Incluye todas las demás relaciones, que no pueden clasificarse en ninguna de las relaciones familiares anteriormente codificadas, o la ausencia de una persona de referencia.

- Nivel de estudios. Con la variable se pretende detectar la potencial influencia del nivel de formación, en el desarrollo de la situación de dependencia o en su prevención. En otros estudios se ha descrito la correlación negativa del mayor nivel de estudios con la aparición de dependencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (Puga, 2002; Gazquez et al., 2008). A su vez, se persigue analizar la posible influencia del nivel de estudios en la elección del recurso asistencial. La variable presenta los siguientes valores excluyentes:
 - Sin Estudios.

- Estudios Primarios.
 - Formación profesional.
 - Bachiller o equivalente.
 - Estudios Universitarios.
-
- Profesión más relevante en la vida laboral. Describe la tipología de trabajo desarrollado en una vida laboral extensa, focalizando especialmente en los aspectos relacionados con la carga física y psicológica soportada o la reiteración de posturas forzadas. Para la codificación se ha empleado la “Clasificación de clase social basada en la ocupación” propuesta por el grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología (Regidor, 2001), a la que se ha añadido, por su relevancia en el estudio, la profesión de “ama de casa” y “sin profesión”. La clasificación sería excluyente, de tal forma, que un residente únicamente podría clasificarse en una categoría laboral. Las categorías de la variable se describen en el ANEXO I.

 - Motivo principal del ingreso. Esta variable adquiere una especial relevancia al señalar directamente la causa inmediata que dirigió a la solicitud de la valoración y al posterior ingreso en la institución. Cada motivo es excluyente del resto, por lo que cada residente presentará un motivo único. Los motivos seleccionados son:
 - Sobrecarga del cuidador. Motivos relacionados con el aumento de la dependencia física y/o psíquica del residente, y el incremento de necesidad de cuidados. Incluye la sobrecarga por la dificultad de compaginar la situación de cuidado con la actividad laboral.
 - Enfermedad del cuidador. Situación en la que el cuidador principal de la persona, presenta cualquier episodio en su estado salud, que le imposibilita mantener el cuidado prestado.
 - Pérdida del cuidador. Desaparición del cuidador principal, habitualmente por fallecimiento.

- Soledad. Situación en la que el residente no dispone de una red suficiente para el cuidado informal, las relaciones familiares son pobres o habitualmente permanece solo en el domicilio. Por tanto, incluye una soledad objetiva y una soledad subjetiva (Rodríguez, 2009).
 - Abandono. Situación en que el residente presenta una carencia en la red de cuidado informal, a pesar de disponer de familiares directos. Para su selección, la situación tiene que desencadenarse de manera consciente e intencionada por parte de los familiares.
 - Conflicto familiar. Problemas relacionados con la desestructuración familiar o problemas continuos de convivencia, caracterizados por una situación mantenida de tensión y conflicto entre los miembros de la familia.
 - Decisión del residente. Cuando una persona que conserva gran parte de su autonomía, así como suficiencia económica, decide ingresar en un centro residencial. Se excluye en este código, el ingreso del cónyuge autónomo de un residente, que actuaba como cuidador principal del mismo.
 - Cónyuge dependiente. Situación producida cuando el residente ingresa como cuidador principal de un residente dependiente, siendo su pareja.
 - Dificultad de convivencia. Situación planteada especialmente por el estado mental del residente o secundaria a la falta de condiciones óptimas en el domicilio. La situación no se caracteriza por el conflicto entre los miembros de la familia.
 - Emergencia social. Situación, no clasificada en los otros motivos, aunque pueda ser secundaria a alguno de los mismos, en la que la necesidad de ingreso es imperiosa y urgente, siendo éste el criterio de selección y diferenciación.
-
- Lugar de procedencia. Con esta variable se pretende describir la situación de vida previa de los residentes ingresados, así como el potencial impacto

de la ley en la reasignación y utilización de recursos, mostrando la movilidad de los residentes. Cada lugar es excluyente del resto, por lo que cada residente presentará solo un resultado coincidente con el lugar en el que residía inmediatamente anterior a la Residencia del SRBS.

- Domicilio particular. Domicilio propio y habitual del residente, independientemente del tipo de ayuda que pudiera recibir en el mismo y de quién se la proporcionara.
- Domicilio de un familiar. Domicilio de hijos, hermanos, sobrinos.
- Residencia de Mayores Privada. Residencia no perteneciente al SRBS, cuyas plazas sean privadas, cofinanciadas o en régimen de concierto con la Comunidad de Madrid.
- Residencia de Mayores del Servicio Regional de Bienestar Social. Se incluye esta categoría por la homogeneidad en los criterios de valoración internos empleados en todos los centros adscritos al SRBS.
- Otra Institución. Hace referencia a cualquier otro recurso, dispositivo o formato de vivienda, distinto a los anteriores (albergue, piso tutelado, hospital, pensión, etc.).

7.5.3 Variables descriptivas de los centros de estudio.

Se han incluido variables básicas que permitieran conocer la clasificación de los centros y el estudio de su potencial influencia en la evolución del grado de dependencia:

- Tamaño del centro. Atendiendo a la clasificación descrita en el capítulo de Residencias, los centros se han dividido en función del número de plazas: ≤ 120 plazas, 121 a 374 plazas y ≥ 375 plazas.
- Tipología de centro según casuística atendida. Hace referencia a la consideración de las plazas ofertadas por los centros. Incluye centros para “no dependientes”, “mixtos” y “dependientes”.
- Localización del centro. En relación a su ubicación en Madrid capital o en otra localidad distinta de la Comunidad Autónoma.

7.5.4 Variables descriptivas de la situación de salud.

Este conjunto de variables está constituido por diferentes episodios patológicos potencialmente generadores de dependencia. Cada variable integra patologías médicas, diagnosticadas con anterioridad a la conclusión del estudio, codificadas según la clasificación CIE-9¹⁰⁰. Un mismo residente puede presentar varias patologías de las que se incluyen en el estudio, codificándose como "1" la presencia de la entidad patológica, y como "0" la ausencia del diagnóstico específico.

- Alteraciones cerebrovasculares. Se incluyen los episodios recogidos relativos a procesos con afectación cerebral, excluyendo las alteraciones cognitivas:
 - Incluye los procesos codificados como: 430. Hemorragia subaracnoidea; 431. Hemorragia intracerebral; 432. Otra hemorragia intracraneal y hemorragia intracraneal no especificada; 433. Oclusión y estenosis de arterias precerebrales; 434. Oclusión de arterias cerebrales; 435. Isquemia cerebral transitoria; 436. Enfermedad cerebrovascular aguda mal definida. 437. Otra enfermedad cerebrovascular y enfermedad cerebrovascular mal definida; 438. Efectos tardíos de enfermedad cerebrovascular.
- Síndrome depresivo. Se incluyen los episodios codificados como 311 (síndrome depresivo).
- Procesos osteoartrosicos. Se incluyen todos los procesos codificados en el CIE-9 con el código 715. Osteoartrosis y trastornos conexos: (715.0 Osteoartrosis generalizada, 715.1 Osteoartrosis localizada primaria, 715.2 Osteoartrosis localizada secundaria, 715.8 y 715.9).
- Demencias. La variable incluye cualquier tipo de alteración cognitiva diagnosticada como demencia u otras degeneraciones cerebrales según los criterios de CIE-9:

¹⁰⁰ Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª edición. Información y estadísticas sanitarias 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.

- 290. Demencias (290.0 Demencia senil sin complicaciones, 290.1 Demencia presenil, 290.2 Demencia senil con características delirantes o depresivas, 290.4 Demencia vascular, 290.8 Otros estados psicóticos seniles especificados, 290.9 Estado psicótico senil no especificado).
- 331. Otras Degeneraciones cerebrales (331.0 Enfermedad de Alzheimer, 331.1 Demencia frontotemporal, 331.2 degeneración cerebral senil, 331.8 Otra degeneración Cerebral, 331.9 Degeneración cerebral no especificada).
- Fracturas de fémur. Incluye las lesiones clasificadas dentro del código 820. Fracturas del cuello de fémur (transcervical, pertrocantérea o no especificada) y 821. Fracturas de otras partes y de partes no especificadas del fémur.
- Enfermedad de Parkinson. Se incluye la Enfermedad de Parkinson y otras enfermedades extrapiramidales con movimientos anormales:
 - 332. Enfermedad de Parkinson (332.0 Parálisis agitante, 332.1 Parkinsonismo secundario).
 - 333. Otra enfermedad extrapiramidal y con movimientos anormales (333.1 Temblor esencial y otras formas especificadas de temblor, 333.9 otras enfermedades extrapiramidales, trastornos con movimientos anormales y los no especificados).
- Alteraciones que generen déficit visual. Por la relevancia en la población de estudio, se han seleccionado dos variables. Una específica para las cataratas y otra que recoja otras patologías que inciden en la capacidad de visión:
 - 366. Catarata.
 - Trastornos del ojo: 361. Desprendimiento y defectos de retina; 362. Otros trastornos retinianos (Degeneraciones maculares, retinianas), 365. Glaucoma.

7.5.5 Variables descriptoras de los problemas de salud de enfermería.

Otro grupo de variables son las relativas a los problemas diagnosticados por los profesionales de enfermería, permitiendo la descripción de la respuesta al estado de salud de los residentes, así como el análisis del comportamiento de diferentes etiquetas diagnósticas en relación a la predicción del nivel de dependencia. Para la selección de estas variables, se eligieron las etiquetas diagnósticas más relacionadas con la dependencia funcional y el autocuidado, incluidas en la Taxonomía-II de diagnósticos de enfermería de la NANDA. También se analizaron los principales cuidados prescritos para dar respuesta a los problemas detectados.

- Número de diagnósticos de enfermería. Se estudió la frecuencia y distribución de la totalidad de diagnósticos de enfermería identificados en los sujetos de estudio.
- Etiquetas diagnósticas relacionadas con déficits de autocuidado y con alteraciones en las Actividades Básicas de la Vida Diaria. Estos diagnósticos se incluyen de forma específica por su relevancia en el estudio, al incidir sobre aspectos relacionados con el autocuidado y la satisfacción de las ABVD, ambos componentes fundamentales de la dependencia. Cada variable fue codificada como "1", cuando estaba presente, ó "0" cuando no estaba diagnosticada. El código numérico es el establecido en la taxonomía de la NANDA.
 - Déficit de Autocuidado: alimentación (00102).
 - Déficit de Autocuidado: baño (00108).
 - Déficit de Autocuidado: uso del inodoro (00110).
 - Déficit de Autocuidado: vestido (00109).
 - Deterioro de la ambulación (00088).
 - Deterioro de la habilidad de traslación (00090).
 - Deterioro de la movilidad en la cama (00091).
 - Deterioro de la movilidad en silla de ruedas (00089).
 - Deterioro de la movilidad física (00085).
 - Incontinencia urinaria funcional (00020).

- Incontinencia fecal (00014).

En el marco del estudio del potencial impacto de los diagnósticos enfermeros relacionados con la alteración de la integridad de la piel, en la prevención de aparición de úlceras por presión, se estudiaron las siguientes variables:

- Escala de Norton. Herramienta de valoración empleada para determinar el riesgo de desarrollo de úlceras por presión, atendiendo a aspectos como la movilidad o la continencia. Asume valores entre 20 y 5, siendo 20 la ausencia de riesgo y 5, el mayor riesgo de desarrollo de una úlcera por presión (Moreno et al., 2007).
- Deterioro de la integridad cutánea (00046).
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047).
- Deterioro de la integridad tisular (00044).

En el marco del estudio sobre la prevalencia de caídas en el primer año de ingreso y el impacto de los diagnósticos de enfermería específicos sobre la predicción de episodios y la instauración de cuidados, se contemplan las siguientes variables:

- Test de Tinetti. Escala para la valoración de la marcha, equilibrio y riesgo de caídas. Sus valores oscilan entre 28-0, siendo 28 la situación más favorable, 19 a 24 riesgo de caídas, < 19 riesgo alto de caídas.
- Riesgo de caídas (155).
- Sujeciones. Se incluye esta variable para observar la influencia de la identificación de los diagnósticos de riesgo con la prescripción de estos dispositivos, así como su comportamiento frente a la prevención de caídas. Se codificó como "1" la prescripción de una sujeción y como "0" la ausencia de la misma. Los tipos de sujeción incluidos son:
 - Barandillas.
 - Cinturón en cama + barandillas.
 - Cinturón en cama + pijama fantasma + barandillas.
 - Cinturón pélvico en silla + barandillas.

- Cinturón pélvico en silla + chaleco torácico + barandilla.
- Sujeción en cama + silla + barandillas.
- Ayuda prescrita en transferencias. Incluye las siguientes opciones: supervisión, ayuda física de 1 persona, ayuda física de 2 personas y grúa de transferencia.
- Ayuda prescrita en deambulación. Incluye dos variables:
 - Ayuda técnica sin cuidado: bastón, muleta, andador, silla de ruedas autopropulsada.
 - Tipo de ayuda: supervisión, muletas y supervisión, andador y supervisión, ayuda de 1 persona, ayuda de 2 personas, silla de ruedas con ayuda.

Para el desarrollo del estudio descriptivo de los cuidados prescritos a los residentes en algunas de las Actividades Básicas de la Vida Diaria y de su potencial relación con el nivel de dependencia y con la identificación de diagnósticos de enfermería, se incorporan las siguientes variables:

- Ayuda prescrita en alimentación. (0=No; 1=Sí). En caso afirmativo presenta los siguientes valores: Control de ingesta y rechazo, dar de comer en boca.
- Ayuda prescrita en el baño. (0=No; 1=Sí). Supervisión, ayuda parcial, ayuda total.
- Ayuda prescrita en la higiene corporal. (0=No; 1=Sí). Supervisión, ayuda parcial, ayuda total.
- Ayuda prescrita en la Incontinencia Urinaria. (0=No; 1=Sí). Supervisión, dar absorbente, cuidados del absorbente, sonda vesical/absorbente, estomas.

7.5.6 Variables de seguimiento del impacto funcional de la institucionalización.

Para analizar la potencial influencia de la institucionalización en el nivel de dependencia de los residentes, según sus perfiles de ingreso, se han estudiado las variables del grado de dependencia de los instrumentos Barthel y CFR; así como

la relación con otras variables sociodemográficas y de características de los centros.

- Dependencia según el CFR II (A los 6 meses del ingreso). Es la variable que refleja el grupo o categoría de dependencia asignado a cada residente tras la aplicación del Sistema de Clasificación Funcional del Residente (CFR), transcurridos 6 meses desde el ingreso en la Residencia.
- Dependencia según el CFR III (Al año del ingreso). Es la variable que refleja el grupo o categoría de dependencia, asignado a cada residente, tras la aplicación del Sistema de Clasificación Funcional del Residente (CFR), transcurrido 1 año desde el ingreso en la Residencia.
- Dependencia según el Índice de Barthel II (Al año de ingreso). Variable que muestra el grupo o categoría de dependencia al que se ha asignado a cada residente tras la aplicación del Índice de Barthel al año del ingreso.
- Índice de AVD II (A los 6 meses del ingreso). Variable que muestra el nivel específico de afectación de las Actividades de la Vida Diaria, según el instrumento CFR a los seis meses del ingreso. Presenta valores entre 4 y 18. (4 = autonomía, 18 = dependencia total).
- Índice de AVD II (Al año del ingreso). Variable que muestra el nivel específico de afectación de las Actividades de la Vida Diaria, según el instrumento CFR, al año del ingreso. Presenta valores entre 4 y 18. (4 = autonomía, 18 = dependencia total).
- Índice de Barthel II (Al año del ingreso). Variable que refleja la capacidad del individuo para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria según la Escala de Barthel al año del ingreso en el Centro. Presenta valores entre "0", suponiendo una dependencia total y "100", suponiendo la independencia funcional.

7.5.7 Categorías iniciales planificadas en el estudio etnográfico.

Los resultados de la tercera fase del estudio, de marcado carácter cualitativo, se fueron clasificando en función de la categorización previa diseñada

y del propio discurso de los sujetos estudiados, al haber emergido información susceptible de clasificarse en otras subcategorías.

Las categorías iniciales en las que se ha ordenado la información, configurando la estructura del guión mínimo para las entrevistas, son las relativas a:

- Motivo de ingreso en el Centro. Para profundizar en las causas que cada participante visualiza como precipitantes de la solicitud de plaza y del ingreso en la Residencia.
- Condiciones de valoración de la dependencia. Incluye los testimonios relacionados con cualquier fase del proceso de solicitud y realización de la valoración de dependencia y su papel en el mismo.
- Necesidades de cuidado expresadas. Autopercepción de su situación funcional y de estado de salud, de su autonomía y de la necesidad de ayuda para cualquier actividad básica.
- Significación de la dependencia en la institución. Visión de los participantes sobre la dependencia de los demás y la suya propia, sus temores sobre este fenómeno y las repercusiones en la cotidianidad.
- Percepción sobre la vida en la Residencia. La categoría incluye las referencias de los participantes sobre los modos de vida en los centros, los rituales, la generación de algún tipo de subcultura, el impacto que perciben de la institucionalización.
- Relaciones sociales establecidas en la institución. Identificación de roles y de interrelaciones entre los actores sociales que confluyen en los centros.

7.6. OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Para la obtención y explotación de los datos se cursó solicitud de permiso a la Coordinación Médico-Asistencial del Servicio Regional de Bienestar Social, órgano competente en esta materia dentro de la Organización en la que se ha llevado a cabo la investigación.

Las características del estudio, en el que se conjugan aproximaciones transversales y longitudinales, y el empleo simultáneo de diferentes metodologías de investigación, han dirigido a la necesidad de acceso a distintas fuentes de

información, así como al uso de diferentes herramientas para su tratamiento y análisis.

Se describen a continuación las principales fuentes y herramientas de información empleadas, así como los criterios de acceso a las mismas.

7.6.1 Obtención de los datos para el estudio cuantitativo.

Herramientas de valoración empleadas.

La descripción de las principales herramientas de valoración de la dependencia, empleadas en el desarrollo del estudio, se ha realizado en el capítulo V del trabajo, relativo a la valoración de la dependencia.

En este punto, se destacan esquemáticamente las principales características y propiedades de los tres instrumentos con los que se ha codificado la dependencia.

a. Baremo de Valoración de la Situación de Dependencia (BVD).

Se trata del instrumento de valoración de dependencia contemplado por la Ley 39/2006, con el que se valora y reconoce, en su caso, el grado de dependencia de los solicitantes.

El BVD incluye una valoración, in situ, de 4 actividades de autocuidado clasificadas en 8 grupos de actividades más generales, 4 actividades domésticas, 8 relativas a la toma de decisiones y 5 al mantenimiento de la salud; según la estructura y conceptualización de la CIF. La puntuación total oscila entre 0 (menor nivel de dependencia) y 100 (máximo nivel de dependencia).

El instrumento mostró resultados favorables de validez de constructo y de fiabilidad interna, en los estudios de campo realizados para su evaluación e implantación¹⁰¹ (Rivero & Salvá, 2011).

b. Clasificación Funcional del Residente (CFR).

¹⁰¹ El propio RD 174/2011, de 11 de febrero por el que se aprueba el Baremo para Valoración de la Situación de dependencia, hace referencia explícita a los resultados de validez y fiabilidad.

El CFR, es el instrumento de valoración y clasificación de la dependencia, empleado en las Residencias de Mayores del SRBS.

El cuestionario incorpora el CMBD del RAI, incluyendo más de 250 ítems de valoración, integrados en 12 áreas que contemplan a la persona de forma integral: cognición, comunicación, conducta, estado nutricional, autonomía y ayuda en las ABVD, continencia, patologías, problemas de salud o tratamientos.

El sistema ofrece una triple clasificación del usuario:

- Dependencia en las AVD. En un rango de valores que oscila entre 4 (menor dependencia) y 18 (máxima dependencia en AVD).
- Grupo RUG-III. El usuario es clasificado en uno de los 44 subgrupos de isocomplejidad e isoconsumo de recursos, que se agrupan en 7 categorías clínicas o principales. Las propiedades de fiabilidad y sensibilidad han sido reflejadas en numerosos estudios (Alastuey et al, 2000).
- Nivel Cognitivo. El sistema incluye la valoración y clasificación del estado cognitivo a través de la Escala de capacidad cognitiva (MDS), validada con el Mini Mental State Examination (Morris et al, 1993).

Ha sido muy extensa la investigación para evidenciar la fiabilidad (Hawes et al., 1995) y la validez del RAI. También han resultado muy positivos los estudios de la consistencia interna de cada escala que integra el conjunto de datos (Hirdes et al., 2013).

c. Índice de Barthel.

El índice de Barthel es una escala de valoración de la capacidad del individuo para realizar 10 Actividades Básicas de la Vida Diaria: comer, vestirse, aseo personal, bañarse, deposición, micción, ir al retrete, traslado cama-sillón, deambulación, subir y bajar escaleras (Trigás, Ferreira & Mejide, 2011).

El resultado de la valoración alcanza valores entre 0 (máxima dependencia) y 100 (independencia), con categorización de los niveles de dependencia.

Su reproductividad inter e intraobservador, presentó resultados de 0,88 y 0,98 respectivamente (Cid & Damián, 1997), confirmando los buenos resultados de los estudios anteriores. Atendiendo a su validez, se trata de un buen predictor de mortalidad, superando a otras escalas (Torres et al., 2009); necesidad de institucionalización, uso de recursos sociosanitarios o predicción de caídas (Cabañero et al., 2008), mostrando su pertinencia en el presente estudio de investigación.

Criterios para la obtención de los datos.

Los datos de las principales variables de estudio, clasificadas fundamentalmente en variables de la situación de dependencia, del estado de salud, socio demográficas y de necesidades de cuidados, han sido obtenidos a través de varias revisiones programadas, de la Historia Clínica Individual de cada Residente y del Instrumento de Clasificación Funcional del Residente, según los siguientes criterios:

- Los resultados relativos al Baremo de Valoración de Dependencia (BVD) y a la clasificación del grado de dependencia determinado por el mismo, se obtuvieron de una revisión inicial de la herramienta informática de Gestión y Control de Plazas y del módulo de Trabajo Social de la Historia Integral del Residente. Aquellos casos en los que no se disponía del resultado, se revisaron en los expedientes individuales de los sujetos y a través de las notificaciones de la Dirección General de Coordinación de la Dependencia.
- La obtención de los datos relativos a la clasificación del nivel de dependencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria según el Índice de Barthel, se realizó a través de varias revisiones al módulo de escalas de valoración de la historia Integral, para monitorizar su evolución a lo largo del estudio.
- Para la obtención de los datos de clasificación de los residentes, según la herramienta específica del SRBS, se consultó, al menos en tres momentos diferenciados (ingreso, seis meses y doce meses), el Conjunto Mínimo de Datos de cada residente, extrayendo la

clasificación del Grupo RUG-III, las Actividades Básicas afectadas y el estado cognitivo.

- Los datos de otras variables de perfil socio demográfico o de salud, fueron obtenidos de distintos módulos y registros de la Historia Integral del Residente. Para la aproximación y seguimiento de la evolución de los residentes en el periodo de estudio, se ha revisado cada historia individual hasta en cuatro ocasiones (ingreso, seis meses, doce meses y cierre del estudio). Se describen brevemente algunas de las fuentes de datos:
 - Datos sobre procesos patológicos. Se revisaron los diagnósticos identificados por los médicos de las residencias y los antecedentes médicos y quirúrgicos de cada sujeto de estudio.
 - Diagnósticos de Enfermería. Se revisaron en tres ocasiones, para contemplar la totalidad de los problemas diagnosticados por los enfermeros durante el periodo de estudio. En algunas etiquetas diagnósticas, seleccionadas por su relevancia para el estudio, se investigó sobre los factores etiológicos que motivaban el problema, indagando en las necesidades básicas que los encuadran.
 - Datos sociodemográficos. Se obtuvieron del módulo de la Historia Social de cada residente. En los casos en que una situación no estaba codificada, se procedió a la consulta de otras fuentes para su obtención: ingresos, evolutivos sociales y de enfermería y consulta directa a los trabajadores sociales de los centros.
 - Las necesidades de ayuda de cada residente, se revisaron al comienzo y final de la inclusión del sujeto en el estudio, contemplando las de mayor indicación de dependencia. Los datos fueron obtenidos de los cuidados básicos prescritos por los profesionales de enfermería y de las ayudas para la deambulación y transferencia pautadas en los módulos de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de cada residente.

- La evaluación de los episodios de caídas y de úlceras por presión, se realizó a través del seguimiento del registro individual de caídas de cada residente y del registro de seguimiento de lesiones cutáneas de cada residente, durante el primer año tras el ingreso.
- Plan de cuidados básicos de enfermería de cada residente.

7.6.2 Obtención de los datos para el estudio cualitativo.

La aproximación a la cosmovisión y al discurso de los sujetos de estudio sobre determinados aspectos de su ingreso y sobre su significado y percepción individual de la institución, se realizó a través del paradigma del método etnográfico, especialmente mediante entrevistas semiestructuradas, con carácter de profundidad, desarrolladas en el escenario del estudio, situación que permitía la observación directa de la interacción del sujeto con el mismo y la visualización de otros aspectos relevantes del entorno y de las relaciones surgidas.

La planificación y el desarrollo del Trabajo de Campo para la obtención y recogida de la información de esta fase del estudio, tras la preselección inicial de los sujetos participantes, siguió la siguiente estructura:

1. Vagabundeo. Inicialmente, en todos los centros incluidos en esta fase, a pesar de tratarse de escenarios conocidos para el investigador, se realizaron visitas para preparar el acceso al campo, especialmente a las zonas comunes (salones, comedores, zonas de rehabilitación, cafeterías) y a las zonas de habitaciones destinadas a albergar a los sujetos dependientes.

La facilidad de acceso del investigador al campo, especialmente desde el nivel organizacional y de aproximación a los participantes, podría tipificar el escenario como "ideal" (Taylor y Bogdan, 1990), no considerando, sin embargo, que se dieran las circunstancias para la aparición de los problemas que los mismos autores imputan a los entornos sobre los que existe una directa relación, personal o profesional.

Las primeras incursiones, además de facilitar la entrada en el campo y el conocimiento de las principales rutinas en cada escenario, permitieron la

descripción del contexto, la disposición física y el inicio de contactos informales (Rodríguez, Gil & García, 1996). A su vez, la aproximación permitió el inicio de la construcción de un mapa de participantes y entornos.

2. Acercamiento formal a los participantes. El contacto formal inicial con los sujetos, tras las fases anteriores, fue facilitada por los trabajadores sociales, los jefes de área técnico asistencial y/o los directores de los centros, que ejercían los roles de “porteros” (Rodríguez, Gil & García, 1996), al ser los encargados de facilitar el acceso y el contacto, así como la información inicial sobre los participantes.

El contacto con los participantes fue individual y, en numerosos casos, coincidió con la primera entrevista o la primera visita a la habitación del sujeto. Todos los participantes asumían el rol de informantes clave, no atribuyéndoles otro tipo de roles.

a) Planificación y desarrollo de entrevistas a los sujetos seleccionados.

Para conocer la explicación y el significado personal de los sujetos de estudio sobre el fenómeno estudiado, se realizaron entrevistas en las que se indagaba sobre los temas en los que se sustentaban las categorías iniciales de investigación planificadas (recogidas en el apartado de variables del estudio) y otras emergentes que surgieron en el desarrollo del estudio.

- Las entrevistas se realizaron en los centros en los que residía cada sujeto, en salas o despachos aislados, previa citación con cada participante según su disponibilidad.
- La duración media de las entrevistas planificadas, fue aproximadamente de una hora, manteniendo otras entrevistas espontáneas con los sujetos durante la observación, especialmente en sus habitaciones. Las entrevistas fueron grabadas en formato electrónico, para su posterior transcripción y codificación.
- La flexibilidad en las entrevistas, permitió la aproximación a las perspectivas de los informantes sobre sus vidas y experiencias (Taylor

& Bogdan, 1990), aflorando aspectos que no se habían considerado en el diseño de las mismas.

b) Planificación y desarrollo de la observación de los participantes.

A lo largo de los más de dos años de duración de la totalidad de las fases del estudio, se han realizado diferentes visitas al conjunto de los 24 centros, con objeto de conocer los escenarios, contactar con los responsables y profesionales de cada uno, así como revisar documentación e información sobre los sujetos de estudio, de la que se disponía únicamente en formato papel.

Para la fase del estudio etnográfico y, específicamente, de la observación de sus participantes y del contexto en el que habitan, se diseñó una planificación inicial de, al menos, 4-5 visitas a cada una de las 14 Residencias en las que se encontraban los participantes en el estudio.

La secuenciación de las observaciones programadas, facilitó la familiarización de los participantes con el investigador e incrementaron las ocasiones de visualizar comportamientos, relaciones sociales y cualquier otro elemento de la cotidianidad en la Residencia con relevancia para los objetivos del estudio.

La planificación inicial de las visitas de observación en cada escenario, incluía:

- Visita inicial de aproximación al escenario, a través de técnica de vagabundeo.
- Dos visitas para el desarrollo de las entrevistas planificadas y para la observación de los entornos individuales en los que se desenvuelven los participantes.
- Una visita para la observación de la vida cotidiana del grupo en los espacios y actividades comunes, especialmente: comedores, salas de terapia, cafeterías y salas de televisión.
- Una visita de cierre para revisar aspectos relevantes detectados y posibilidad de revisar las transcripciones con los participantes.

El plan establecido para la obtención de información, incluía un guión para la observación de aspectos de la cotidianidad de los participantes que fueran surgiendo durante los contactos, focalizando, al menos, en la observación de los siguientes fenómenos o elementos:

- Características personales de los participantes. Especialmente en cuanto a su aspecto físico y a su autonomía personal.
- Entornos inmediatos: estado de las habitaciones, elementos de personalización en las mismas y otra imageriea.
- Relaciones y comportamientos de los participantes en las zonas comunes y en el contexto de las entrevistas.
- Rituales, valores, actividades cotidianas y modos de convivencia en los entornos más frecuentados.

El registro de las notas se realizó en un cuaderno de campo, después de cada observación (Amezcuca, 2000), procediendo a la apertura de una ficha individualizada para cada sujeto de estudio.

7.7. ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS.

7.7.1 Tratamiento y análisis de los datos del estudio cuantitativo.

Se ha realizado un estudio de normalidad de las variables cuantitativas. Como estadísticos descriptivos en las variables cuantitativas se ha utilizado la media + desviación estándar (DE) en las variables con distribución normal y la mediana acompañada del rango intercuartílico (P_{25} y P_{75}) en las variables cuya distribución no es normal; en las variables categóricas se presenta el número de observaciones válidas y el porcentaje de cada categoría.

En los estudios de asociación entre variables, con una variable categórica de dos niveles y otra cuantitativa, si la distribución de esta última es normal se ha utilizado la *t* de Student como estadístico de contraste. Si la distribución no es normal, se ha utilizado la *U* de Mann-Whitney.

La asociación entre dos variables cuantitativas se ha estudiado mediante el coeficiente de correlación de Pearson si la distribución es normal o el coeficiente de Spearman si no tiene distribución normal.

Para medir la asociación entre dos variables categóricas se ha utilizado el chi-cuadrado de Pearson. Cuando una de las variables categóricas es ordinal con más de 2 niveles se ha utilizado el test de la chi-cuadrado de Mantel-Haenszel.

Para el estudio de la concordancia en el diagnóstico del nivel de dependencia entre los diferentes instrumentos utilizados, se ha utilizado el índice Kappa. Según el valor de este índice se consideran los siguientes niveles de concordancia¹⁰²: Menor de 0,2 = Leve; Entre 0,21 y 0,4 = Aceptable; Entre 0,41 y 0,60 = Moderada; Entre 0,61 y 0,80 = Considerable; Mayor o igual a 0,81 = Casi perfecta.

Mediante modelo de ANOVA de medidas repetidas se ha estudiado la evolución de AVD y del Índice de Barthel durante el año de seguimiento. Los dos factores del modelo han sido: "Edad del residente" y "Momento de la evaluación". Las medidas repetidas son las del test de dependencia (BVD o Índice de Barthel) en el factor "Momento de la evaluación". En el caso de AVD hay medida basal, a los 6 y a los 12 meses, en el Índice de Barthel únicamente hay medida basal y a los 12 meses.

Con estos modelos de ANOVA se ha investigado:

- Las diferencias de puntuación en el test (CFR o Índice de Barthel) según la edad del residente, para cada momento del estudio (diferencias entre grupos). Para el cálculo de las diferencias significativas se ha utilizado la corrección de Bonferroni. Con ello se pretende averiguar si dentro de un momento determinado del estudio (basal, 6 meses o 12 meses) la puntuación obtenida es diferente según sea la edad del residente.

¹⁰² Landis J, Koch G: *The measurement of observer agreement for categorical data*. Biometrics 1977; 33:159-74.

- Las diferencias de puntuación de cada grupo de edad en los diferentes momentos evaluados (diferencias intra grupo). En el cálculo de las diferencias significativas se ha utilizado la corrección de Bonferroni.

- La existencia de interacción entre la edad del residente y el momento de la evaluación. Es decir, si la evolución es diferente según el grupo de edad del residente. Por ejemplo, habría interacción si los más jóvenes empeoraran a lo largo del año mientras que los más mayores mejoraran.

En todos los casos, los contrastes de hipótesis se han realizado a dos colas, con un nivel de significación del 5% ($\alpha=0,05$) y un poder estadístico del 80% ($1-\beta=0,8$). Los análisis se han realizado con el programa estadístico IBM SPSS versión 20.

7.7.2 Tratamiento y análisis de los datos del estudio cualitativo.

El comienzo de la fase analítica de los datos obtenidos en el estudio cualitativo, aunque cíclica y continua a lo largo del mismo, puede situarse en el proceso de transcripción literal de las entrevistas y de las notas de la observación, permitiendo la interpretación inicial de los datos y la asignación de significados a cada categoría (Hernández et al., 2007). El propio tipo de estudio, fundamentalmente descriptivo, conduce a que el objetivo se centre en ofrecer la descripción de los testimonios de los participantes y sus vidas, en el escenario en que se producen; marcando el alcance de la propia interpretación de los resultados (Amezcuca & Gálvez, 2002).

Sin pretender mostrar un proceso estrictamente secuencial, ni describir cada una de las actividades que la conforman, la fase de análisis que se viene describiendo, podría estructurarse en los subprocesos que Miles y Huberman (1994) denominan: reducción de datos, presentación de datos y elaboración y verificación de conclusiones.

- Reducción de datos. En esta fase se procedió a la simplificación y selección de aquella información relevante para el estudio, en base al desarrollo de un sistema de categorías para codificar los datos (Polit & Hungler, 1997).
 - o Categorización. Como se ha descrito anteriormente, se partía de unas categorías iniciales, como base para las entrevistas y la observación, a las que se fueron uniando otras categorías y subcategorías que emergieron como consecuencia de la codificación de los testimonios de los participantes y de la observación.
 - o Codificación. El proceso de codificación consistió en extraer y fragmentar los datos en función de su significación, agrupándolos en unidades analizables. La codificación se realizó sin ayuda de programas informáticos, siguiendo criterios numéricos y de colores, permitiendo la asignación de las unidades discursivas y de observación, a las distintas categorías, y la reformulación de las mismas cuando era preciso. Para la selección de las unidades se priorizó de entre las que estaban codificadas en cada categoría, en función de su pertinencia con los objetivos y su capacidad para dar significado a las categorías emergentes, pudiendo encuadrarse en el denominado muestreo teórico, al intentar maximizar la información recogida para documentar los diferentes hechos y situaciones investigadas.

- Informe de los resultados. Los principales hallazgos del trabajo de campo han sido presentados en función de las categorías y subcategorías, reforzados por fragmentos narrativos de los participantes, que ejemplifican su significación. La inclusión de éstas, se ha realizado según el orden cronológico de desarrollo de la primera entrevista formal con cada informante (Ent-X) y la identificación correlativa de los sujetos en función de su sexo (H: hombre y M: mujer).

- Criterios de calidad. Atendiendo a los criterios de credibilidad, transferencia, consistencia y confirmabilidad establecidos por Guba y Lincoln (1995) para fundamentar la calidad de la investigación cualitativa,

se diseñaron algunas de las estrategias descritas en la obtención de información, como la triangulación de técnicas o el muestreo teórico, incorporando otras específicas como las comprobaciones con algunos de los participantes, a los que se les mostró el resultado de las transcripciones y del informe, así como la contrastación con la información recogida por las trabajadoras sociales en la historia social y su revisión de los resultados.

7.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El estudio se ha realizado respetando en todo momento el anonimato de los residentes incluidos, no interviniendo en ningún aspecto de la valoración o el cuidado, al tratarse de un estudio no experimental. En este sentido se han cumplido todos los criterios y principios bioéticos aplicables a la investigación en salud, a destacar, los de autonomía, beneficencia y no maleficencia.

Para la obtención y tratamiento de los datos personales de los sujetos de estudio, se contemplaron los requisitos establecidos por la Ley Orgánica de Protección de Datos (Ley Orgánica 15/1999) y por la Ley de Protección de datos de carácter personal de la Comunidad de Madrid (Ley 8/2001), llevados a cabo habitualmente en los centros dependientes del SRBS, haciendo especial hincapié en la protección y custodia, ficheros, calidad de los datos, deber de secreto de los datos protegidos incluidos en las historias clínicas informáticas y en la diversa documentación en formato papel que integra el expediente personal de cada residente, con los que se ha trabajado (Davara, 2011).

Los individuos seleccionados, se codificaron alfanuméricamente de forma inmediata, eliminando cualquier característica que pudiera facilitar su reconocimiento posterior: se retiraron nombres y apellidos, al igual que las fechas de ingreso y los lugares concretos de procedencia. El resto de los datos, al estar previamente codificados y en categorías numéricas, serían de imposible reconocimiento y por sí mismos, no proporcionarían ninguna información.

También se han eliminado las referencias explícitas a los diferentes centros, ya que en algunos casos, su reducida capacidad de plazas condiciona un limitado número de ingresos anuales, circunstancia que podría facilitar la identificación de algún sujeto de estudio.

Para la realización de las entrevistas, y a pesar de que no se emplearon datos que permitieran la identificación posterior de ningún sujeto, se solicitaron consentimientos verbales tras la información individualizada de las condiciones de anonimato y los objetivos del estudio de investigación, según el esquema de información que figura como ANEXO II.

Un requisito previo, establecido como criterio de inclusión en esta fase del estudio, era el mantenimiento íntegro del nivel cognitivo, y por tanto, las plenas facultades mentales y de decisión de los residentes seleccionados. Desde esta perspectiva, los sujetos que han participado en el estudio etnográfico, lo han realizado de manera voluntaria y desinteresada.

CAPÍTULO VIII: RESULTADOS.

La presentación de los resultados del estudio se realizará siguiendo la estructura de fases planteada en el capítulo de metodología de investigación, si bien, se ha optado por aglutinar las fases I y II, de marcado perfil cuantitativo, facilitando su exposición y el orden lógico de presentación de los datos.

La exposición de los resultados del estudio etnográfico, que a nivel cronológico coincide que son los últimos en haberse obtenido, se presentan a continuación de las dos fases anteriores, posibilitando la presentación de los resultados de los discursos y las observaciones, según las características propias de la metodología cualitativa.

8.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO Y SITUACIÓN DEL ESTUDIO.

Con carácter inicial, se ofrece una breve descripción de los participantes y de su distribución en los diferentes centros al inicio del estudio, contribuyendo a situar el contexto en el que se desarrolla el mismo.

Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se alcanzaron 1.147 sujetos de estudio. Las principales características sociodemográficas de los participantes se describen a continuación.

Género.

Prácticamente 2 de cada 3 participantes es de sexo femenino, suponiendo las mujeres, 726 sujetos de estudio.

Tabla 18-Cap.8. Género de los sujetos de estudio

	N	%
Hombre	421	36,7
Mujer	726	63,3
Total	1.147	100,0

Edad de los participantes

Como puede apreciarse en la tabla 19, la edad media de los sujetos de estudio fue de 82,8 años, coincidiendo la edad mínima con un criterio de inclusión en el estudio, 65 años, y la máxima con 102 años. El grupo de edad más numeroso es el comprendido entre los 85 y 89 años, suponiendo un 28,8% del total.

El grupo de mayores de 80 años, alcanza los 806 sujetos, representando un porcentaje del 70,3% del total de los participantes.

Tabla 19-Cap.8. Edad de los sujetos de estudio

	N	%
Edad en años (media: 82,8; DE: 7,2; Min: 65; Max:102)		
65 -74 años	171	14,9
75 - 79 años	170	14,8
80 - 85 años	286	24,9
85 - 89 años	330	28,8
≥ 90 años	190	16,6
Total	1.147	100,0

DE: Desviación estándar; Min: mínimo; Max: máximo.

Nivel de estudios

El grupo mayoritario es el formado por los sujetos sin estudios, que incluye a los individuos analfabetos y a aquellos que saben leer a pesar de no haber alcanzado una titulación primaria. Este grupo supone un porcentaje del 62,7% del total, seguido por el grupo que ha desarrollado estudios primarios.

Del total de los participantes, únicamente el 7,5% han cursado estudios secundarios o universitarios.

Tabla 20-Cap.8. Nivel de estudios

	N	%
Sin estudios	719	62,7
Estudios primarios	342	29,8
Formación profesional	14	1,2
Bachiller o equivalente	45	3,9
Universitarios	27	2,4
Total	1.147	100,0

Profesión principal

La profesión más frecuente entre los participantes es la de “ama de casa”, desempeñada en su totalidad por mujeres. El siguiente grupo profesional es el clasificado como trabajadores manuales (cualificados y no cualificados), con un porcentaje de 31,8%. Es muy representativo el grupo formado por aquellos sujetos de estudio que no aludían a ninguna ocupación en especial o con diferentes discapacidades instauradas a edades tempranas, que les imposibilitaron desarrollar una profesión.

Tabla 21-Cap.8. Clase social según ocupación

	N	%
Ama de casa	479	41,8
I	8	0,7
II	21	1,8
III	48	4,2
IVa	201	17,5
IVb	164	14,3
V	102	8,9
Otras/sin profesión	124	10,8
Total	1.147	100,0

Lugar de procedencia

El lugar de procedencia hace referencia a la ubicación del sujeto, inmediatamente anterior al ingreso en uno de los centros del estudio.

Más de la mitad de los sujetos de estudio ingresaron procedentes de otras Residencias de Mayores, privadas o del Servicio Regional de Bienestar Social. La Residencia Privada, que incluye a las residencias con plazas concertadas, se convierte en el principal lugar de origen de los nuevos residentes, con un porcentaje del 46,4%, seguido por el domicilio personal del residente, con un porcentaje del 25,7%, en el que se incluía cualquier tipo de convivencia; y el domicilio de hijos, que supone la tercera fuente de ingresos.

Tabla 22-Cap.8. Lugar de Procedencia

	N	%
Residencia privada	532	46,4
Residencia del SRBS	121	10,5
Institución	46	4,0
Domicilio personal	295	25,7
Domicilio de hijos	128	11,2
Otros domicilios	25	2,2
Total	1.147	100,0

Estado civil.

El mayor porcentaje de sujetos de estudio están “viudos”, suponiendo un 46,6% del total. El siguiente grupo en proporción es el de casados, que alcanza el 29,4%.

Tabla 23-Cap.8. Estado civil al ingreso

	N	%
Casados	337	29,4
Viudos	534	46,6
Solteros	200	17,4
Separados	76	6,6
Total	1.147	100,0

En el caso de los sujetos autónomos, los porcentajes de cada situación de estado civil son: casados 18,5%, viudos 25,4%, solteros 35,3% y separados 20,7%.

Persona de Referencia

Como se describía en el apartado de variables del estudio, la persona de referencia, es aquella que figura como responsable del seguimiento y de la cobertura de necesidades afectivas del residente, independientemente de que existan relaciones familiares de mayor grado de consanguinidad o afinidad.

En el estudio, el principal grupo de familiares de referencia está constituido por hijos/yernos, suponiendo el 60,5%. El segundo grupo es el de los sobrinos, que representan un porcentaje del 11,8%.

Tabla 24-Cap.8. Persona de Referencia al ingreso

	N	%
Sin familia	96	8,4
Cónyuge	113	9,9
Hijos/Yernos	694	60,5
Hermanos	100	8,7
Nietos	9	0,8
Sobrinos	135	11,8
Total	1.147	100,0

Motivo de ingreso

El principal motivo de ingreso, alegado para un porcentaje del 46,6% de los sujetos de estudio, hace referencia a la “sobrecarga del cuidador”, entendida como la situación en que el nivel de dependencia presenta altos requerimientos de cuidado. El segundo motivo, con un porcentaje del 22,6%, es el relativo a la “soledad”. Ambos motivos concentran el 69,2% del total de los alegados por los sujetos, convirtiéndose en las causas fundamentales del ingreso.

La enfermedad del cuidador principal se convierte en la tercera causa, suponiendo un porcentaje del 7,7%. El resto de los motivos presentan, de forma

individualizada, unos porcentajes reducidos, que en algunos casos como “emergencia social” o “pérdida del cuidador”, son prácticamente situaciones aisladas.

Cabe destacar el porcentaje que supone el motivo denominado como “cónyuge dependiente”, seleccionado por 54 sujetos de estudio, en el que se encuadran sujetos que acceden acompañando a su pareja.

Tabla 25-Cap.8. Motivo de ingreso

	N	%
Abandono	25	2,2
Conflicto familiar	53	4,6
Cónyuge dependiente	54	4,7
Enfermedad del cuidador	88	7,7
Pérdida del cuidador	12	1,0
Sobrecarga del cuidador	535	46,6
Deseo de independencia	33	2,9
Dificultad de convivencia	46	4,0
Emergencia social	15	1,3
Sin recursos	27	2,4
Soledad	259	22,6
Total	1.147	100,0

Distribución de los sujetos según las características de los Centros.

El 60,2% de los sujetos de estudio ingresaron en centros de la periferia de la Comunidad de Madrid, escenario en el que se ubican 15 de las 24 Residencias de Mayores.

Atendiendo a criterios de la casuística atendida en función de la dependencia, el mayor porcentaje de sujetos, un 57,1%, ingresaron en centros destinados en su totalidad a usuarios dependientes, en los que se incluyen 11 de las 24 Residencias.

En relación a la dimensión de los centros en función de su oferta de plazas, éstos se distribuyen en tres grupos integrados por 8 centros cada uno. El grupo de centros grandes, con una oferta superior a las 375 plazas cada uno, acogió el 65,4% del total de los ingresos producidos en el periodo de estudio.

Tabla 26-Cap.8. Distribución de los sujetos según las características de los centros estudiados

	Centros		Residentes	
	N	%	N	%
Localización				
Madrid capital	9	37,5	456	39,8
Otras poblaciones	15	62,5	691	60,2
Total	24	100,0	1.147	100,0
Tipología según casuística atendida				
No dependientes	7	29,2	92	8,0
Mixta	6	25,0	400	34,9
Dependientes	11	45,8	655	57,1
Total	24	100,0	1.147	100,0
Tamaño del centro				
≤ 120 plazas	8	33,3	147	12,8
121 a 374 plazas	8	33,3	250	21,8
≥ 375 plazas	8	33,3	750	65,4
Total	24	100,0	1.147	100,0

8.2. ESTUDIO DEL NIVEL DE DEPENDENCIA.

Los resultados relativos al nivel de dependencia obtenido según los diferentes instrumentos de valoración analizados, se presentan inicialmente de forma individual, describiendo los resultados según cada sistema, para ofrecer posteriormente las relaciones observadas que se producen entre los mismos.

8.2.1. Nivel de dependencia según el Baremo de Valoración de la dependencia

La variable I-BVD, alcanza una media en el total de los casos estudiados de 64,3 puntos, sin establecer subclasificaciones entre residentes que ingresan como autónomos o como dependientes.

Atendiendo a la clasificación de dependencia según los criterios de la variable D-BVD, obtenemos como resultados principales:

- El 20,2% de los sujetos son dependientes leves o no dependientes.
- El 79,9% de los sujetos presentan dependencia moderada, grave o gran dependencia.

Cabe destacar el grupo clasificado como “gran dependencia”, que alcanza un porcentaje del 63% sobre el total de sujetos. Este porcentaje se eleva al 78,9%, al estudiar únicamente a aquellos sujetos que tienen un grado de dependencia reconocido (moderado, grave, gran dependiente).

Tabla 27-Cap.8. Dependencia según el BVD (D-BVD)

		N	%
(Media: 64,3; DE: 33,8; Mediana: 80,0; P ₂₅ : 46,8; P ₇₅ : 89,2)			
Grado de dependencia	Dependencia leve/No dependencia	231	20,2
	Dependencia moderada	61	5,3
	Dependencia grave	132	11,5
	Gran dependencia	723	63,0
Total		1147	100

DE: Desviación estándar; P₂₅: Percentil 25; P₇₅: Percentil 75

8.2.2. Nivel de dependencia según el CFR.

Los niveles de dependencia según la clasificación del instrumento CFR (D-CFR), arrojan como resultados más destacables:

- Los sujetos de estudio clasificados como autónomos o dependientes leves, suponen el 30,9% del total.
- El grupo más numeroso es el integrado por los sujetos clasificados como dependientes severos, que suponen un 57,2% del total.

Tabla 28-Cap.8. Dependencia según el CFR (D-CFR) al ingreso

		N	%
Grado de dependencia	Autónomo	249	21,7
	Dependencia leve	106	9,2
	Dependencia moderada	136	11,9
	Dependencia severa	656	57,2
Total		1147	100

El nivel cognitivo según CFR (N-COG) es una variable que influye en la clasificación del nivel de dependencia global de la variable D-CFR. Los resultados más destacables del nivel cognitivo al ingreso son:

- El grupo más numeroso de sujetos está clasificado con un nivel cognitivo "íntacto", representando un 22,7% del total.
- La suma de los grupos "íntacto" e "íntacto límite", que aglutinan a aquellos sujetos en los que no existe deterioro cognitivo, alcanza un porcentaje del 34,9%.
- El 31,4% de los sujetos está clasificado con un deterioro severo o muy severo.

Tabla 29-Cap.8. Nivel cognitivo al ingreso según CFR. (N-COG)

	N	%
Intacto	260	22,7
Intacto límite	140	12,2
Deterioro cognitivo ligero	128	11,2
Deterioro cognitivo moderado	208	18,1
Deterioro cognitivo moderado-severo	50	4,4
Deterioro cognitivo severo	225	19,6
Deterioro cognitivo muy severo	136	11,8
Total	1.147	100,0

Atendiendo a los resultados de la variable I-CFR, que contempla el número de AVD afectadas, se destaca:

- El grupo más numeroso, con un porcentaje del 38,5%, es el que presenta "4 AVD", tratándose del grupo de menor dependencia física. Si se agrupan los sujetos de los grupos con "4, 5 y 6 AVD", que corresponden con los de menor dependencia, el porcentaje se incrementa hasta alcanzar un 44,3% del total de sujetos de estudio.

Tabla 30-Cap.8. Índice de AVD afectadas al ingreso según CFR (I-CFR)

AVD	N	%
4	442	38,5
5	10	0,9
6	56	4,9
7	50	4,4
8	42	3,7
9	42	3,7
10	77	6,7
11	42	3,7
12	43	3,7
13	68	5,9
14	48	4,2
15	91	7,9
16	35	3,1
17	47	4,1
18	54	4,7
Total	1.147	100,0

El grupo de clasificación RUG-III, es la última variable que incide en la clasificación del nivel global de dependencia según CFR. Los grupos que presentan un mayor porcentaje de sujetos clasificados son “Funciones Físicas Reducidas” (40,7%) y “Complejidad Clínica” (22,0%).

Tabla 31-Cap.8. Grupo RUG-III (CFR)

	N	%
Funciones Físicas Reducidas	467	40,7
Problemas de Conducta	19	1,6
Deterioro Cognitivo	167	14,6
Complejidad Clínica	252	22,0
Cuidados Especiales	114	9,9
Tratamientos Extensivos	18	1,6
Rehabilitación Especial	110	9,6
Total	1.147	100,0

8.2.3. Nivel de dependencia según el Índice de Barthel

La media al ingreso de la variable I-Barthel, ha sido de 51,0 puntos, aproximándose al valor de la moda. Si se discrimina entre los residentes que han accedido con algún grado de dependencia y los que no, los resultados son:

- Residentes que acceden sin grado. Media I-Barthel: 96,16
- Residentes que acceden con cualquier grado: Media I-Barthel: 39,37

De la clasificación de los niveles de dependencia según la variable D-Barthel, puede destacarse:

- El grupo más numeroso es el de “dependencia total”, suponiendo un porcentaje de 27,5% del total.
- Los grupos de “independencia” y “dependencia leve”, suponen en conjunto un porcentaje del 42,5% del global, incluyendo a 487 sujetos.

**Tabla 32-Cap.8. Índice y Nivel de Dependencia según Índice de Barthel (I-
Barthel, D-*Barthel*)**

		N	%
(Media: 51,0; DE: 36,8; Mediana: 50,0; P ₂₅ : 15,0; P ₇₅ : 90,0)			
Grado de dependencia	Independiente	203	17,7
	Dependencia leve	284	24,8
	Dependencia moderada	177	15,4
	Dependencia severa	167	14,6
	Dependencia total	316	27,5
Total		1.147	100,0

DE: desviación estándar; P₂₅: percentil 25; P₇₅: percentil 75.

8.2.4. Comparación entre BVD y CFR.

La correspondencia entre las clasificaciones del nivel de dependencia de las variables D-BVD y D-CFR, permite identificar diferencias en todas las categorías de las mismas.

Para el análisis de la correspondencia se han mantenido todas las categorías de cada variable, comparando aquellas que agrupan con criterios similares en los dos modelos. En la Tabla 33 aparecen, sobre fondo verde, los casos en que se ha producido coincidencia entre los instrumentos de clasificación, y sobre fondo amarillo, los casos en que se observan diferencias en la clasificación. Los resultados más destacables del análisis son:

- En 870 casos, se produce una coincidencia entre ambos instrumentos en la clasificación del nivel de dependencia de los sujetos.
- El BVD clasifica a los sujetos en categorías de mayor dependencia que el CFR en 257 casos, representando un porcentaje del 22,4% del total. En 140 casos, sujetos clasificados como autónomos o dependientes leves según el CFR, son clasificados como dependientes moderados, graves o grandes dependientes por el BVD.
- El CFR clasifica a 20 sujetos en grupos de mayor dependencia que el BVD, suponiendo el 1,74%.

Tabla 33-Cap.8. Correspondencia entre la clasificación BVD y CFR al ingreso

Grado de Dependencia			CFR				Total
			Autónomo	Leve	Moderada	Severa	
BVD	Leve/No dependencia	N	168	47	13	3	231
		%	14,6	4,1	1,1	0,3	20,1
	Moderada	N	37	14	6	4	61
		%	3,2	1,2	0,5	0,3	5,3
	Grave	N	25	18	30	59	132
		%	2,2	1,6	2,6	5,1	11,5
	Gran dependencia	N	19	27	87	590	723
		%	1,7	2,4	7,6	51,4	63,0
	Total	N	249	106	136	656	1.147
		%	21,7	9,2	11,9	57,2	100,0

Para analizar la concordancia entre la clasificación de dependencia de ambas herramientas, se ha empleado el índice de Kappa, tras asociar los grupos de grado de dependencia en tres categorías en cada variable. El resultado es un Índice de Kappa: 0,520; indicando una fuerza de concordancia moderada.

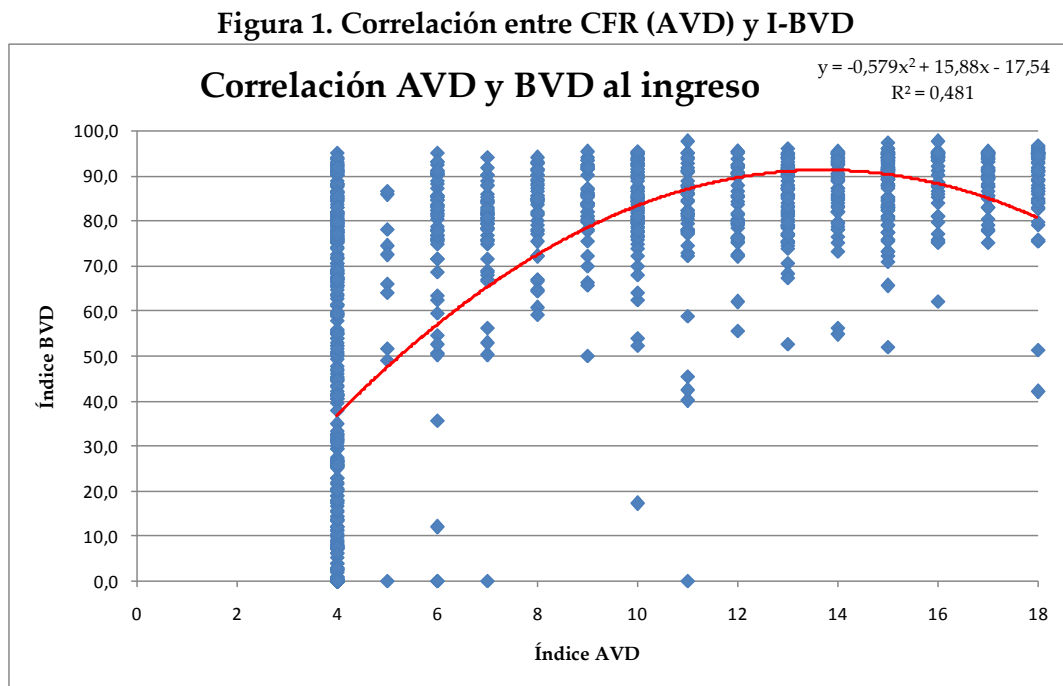
Tabla 34-Cap.8. Concordancia entre dependencia con BVD y con CFR

Grado de Dependencia			CFR			Total
			Autónomo/ Leve	Moderada	Severa	
BVD	Leve/No dependencia	N	215	13	3	231
		%	18,7	1,1	0,3	20,1
	Moderada	N	51	6	4	61
		%	4,4	0,5	0,3	5,3
	Grave/Gran dependencia	N	89	117	649	855
		%	7,8	10,2	56,6	74,5
	Total	N	355	136	656	1.147
		%	31,0	11,9	57,2	100,0

Concordancia	N	%
Sí	870	75,9
No	277	24,1
Kappa*: 0,520 (Moderada)		

*Altman DG. Practical statistics for medical research. New York: Chapman and Hall; 1991.

Para analizar la correlación entre los dos instrumentos de valoración estudiados, CFR (I-AVD) y I-BVD, se ha empleado el coeficiente de correlación de Spearman, obteniéndose un resultado de: 0,686; significativo estadísticamente ($p < 0,001$), lo que indica una correlación moderada.



Coefficiente de correlación de Spearman: 0,686; $p < 0,001$

8.2.5. Comparación entre BVD e Índice de Barthel.

El análisis de los resultados de la comparación entre la clasificación alcanzada con cada modelo de valoración de dependencia, muestra diferencias en todas las categorías de las variables D-BVD y D-Barthel.

Para describir la correspondencia en la clasificación del nivel de dependencia entre los dos instrumentos, se han mantenido las categorías de cada variable, estableciendo la comparación entre aquellas que agrupan a los sujetos con criterios similares.

En la Tabla 35 aparecen, sobre fondo verde, los casos en que se produce coincidencia en la clasificación, y sobre fondo amarillo, los casos en que se producen diferencias en la clasificación del nivel de dependencia.

Los resultados más destacables de esta comparativa son:

- En 548 casos se produce una coincidencia entre ambos instrumentos en la clasificación del nivel de dependencia de los sujetos.
- El BVD clasifica a los sujetos en categorías de mayor dependencia que el Índice de Barthel en 585 casos, representando un porcentaje del 51,0% sobre el total.
 - o En 257 de esos casos, sujetos clasificados como independientes o dependientes leves según el Índice de Barthel, son clasificados como dependientes moderados, graves o grandes dependientes por el BVD.
- El Barthel clasifica a los sujetos en categorías de mayor nivel de dependencia que el BVD, en 14 casos.

Tabla 35-Cap.8. Correspondencia entre la clasificación BVD e Índice de Barthel

Grado de Dependencia			Índice de Barthel					Total	
			Independiente	Leve	Moderada	Severa	Depen Total		
BVD	Leve/No dependencia	N	157	73	0	1	0	231	
		%	68,0	31,6	0,0	0,4	0,0	20,1	
	Moderada	N	27	31	2	0	1	61	
		%	44,3	50,8	3,3	0,0	1,6	5,3	
	Grave	N	11	68	28	13	12	132	
		%	8,3	51,5	21,2	9,8	9,1	11,5	
	Gran dependencia	N	8	112	147	153	303	723	
		%	1,1	15,5	20,3	21,2	41,9	63,0	
	Total		N	203	284	177	167	316	1.147
			%	17,7	24,8	15,4	14,6	27,6	100,0

Para analizar la concordancia entre los dos instrumentos de valoración, se ha empleado el Índice de Kappa, obteniéndose un resultado de 0,270; lo que indica que la fuerza de concordancia entre ambos es débil.

Tabla 36-Cap.8. Concordancia entre dependencia con BVD y con I. Barthel

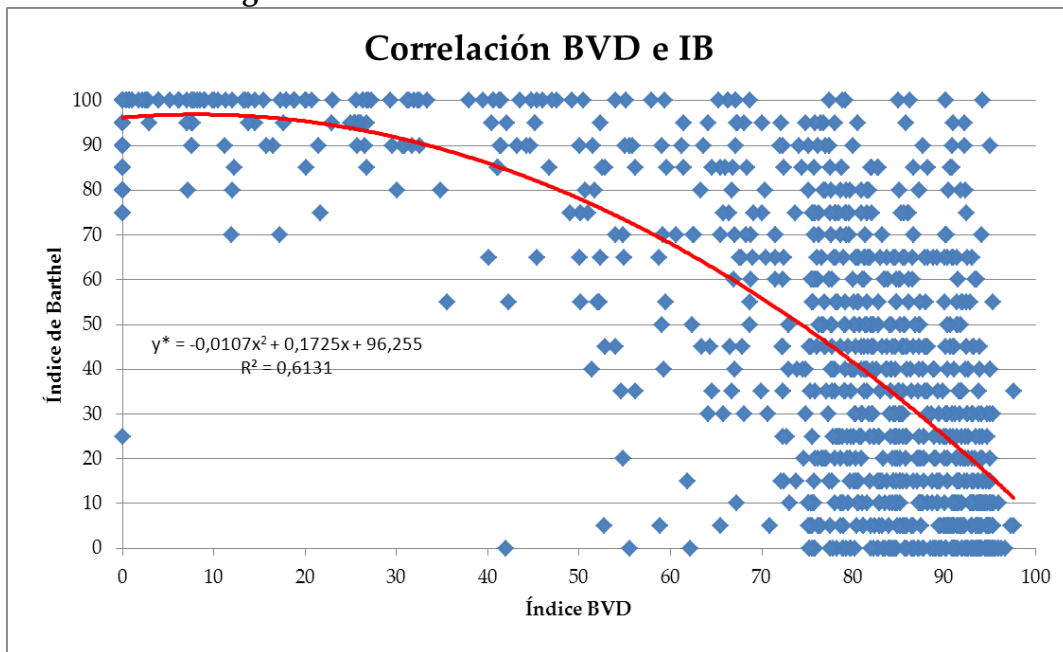
Grado de Dependencia			Índice de Barthel				Total	
			Independiente/Leve	Moderada	Severa	Dependencia total		
BVD	Leve/No dependencia	N	230	0	1	0	231	
		%	99,6	0,0	0,4	0,0	20,1	
	Moderada	N	58	2	0	1	61	
		%	95,1	3,3	0,0	1,6	5,3	
	Grave	N	79	28	13	12	132	
		%	59,8	21,2	9,8	9,1	11,5	
	Gran dependencia	N	120	147	153	303	723	
		%	16,6	20,3	21,2	41,9	63,0	
	Total		N	487	177	167	316	1.147
			%	42,5	15,4	14,6	27,6	100,0

Concordancia	N	%
Sí	548	47,8
No	599	52,2
Kappa*: 0,270 (Débil)		

*Altman DG. Practical statistics for medical research. New York: Chapman and Hall; 1991.

Para analizar la correlación entre los dos instrumentos de valoración se ha empleado el coeficiente de correlación de Spearman, obteniéndose un coeficiente de correlación de: -0,753; estadísticamente significativo ($p < 0,001$), que indica una correlación inversa y moderada.

Figura 2. Correlación entre BVD e Índice Barthel



Coeficiente de correlación de Spearman: -0,753; $p < 0,001$

8.2.6. Comparación entre CFR e Índice de Barthel.

La comparación entre los dos instrumentos de valoración empleados en las Residencias de Mayores, muestra diferencias en las categorías de ambas variables,

especialmente observadas en los grupos más próximos de clasificación. Los principales resultados son los siguientes:

- Los resultados se corresponden en 733 casos, suponiendo un porcentaje del 63,9%.
- EL CFR clasifica a 310 casos en categorías de mayor nivel de dependencia que el Barthel.
- El Barthel clasifica 104 casos en grupos de mayor dependencia que el CFR.

Tabla 37-Cap.8. Correspondencia entre la clasificación CFR e Índice Barthel

Grado de Dependencia		Índice de Barthel					Total	
		Independiente	Leve	Moderada	Severa	Dependencia total		
CFR	Autónomo	N	571	82	3	0	2	249
		% del total	14,1	7,1	0,3	0,0	0,2	21,7
	Leve	N	35	66	4	0	1	106
		% del total	3,1	5,8	0,3	0,0	0,1	9,2
	Moderada	N	5	82	37	11	1	136
		% del total	0,4	7,1	3,2	1,0	0,1	11,9
	Severa	N	1	54	133	156	312	656
		% del total	0,1	4,7	11,6	13,6	27,2	57,2
	Total	N	203	284	177	167	316	1147
		% del total	17,7	24,8	15,4	14,6	27,6	100,0

Para analizar la correspondencia entre los dos sistemas de valoración se ha empleado el Índice de Kappa, que presenta un valor de 0,469; indicando una concordancia moderada.

Tabla 38-Cap.8. Concordancia entre la clasificación CFR e Índice Barthel

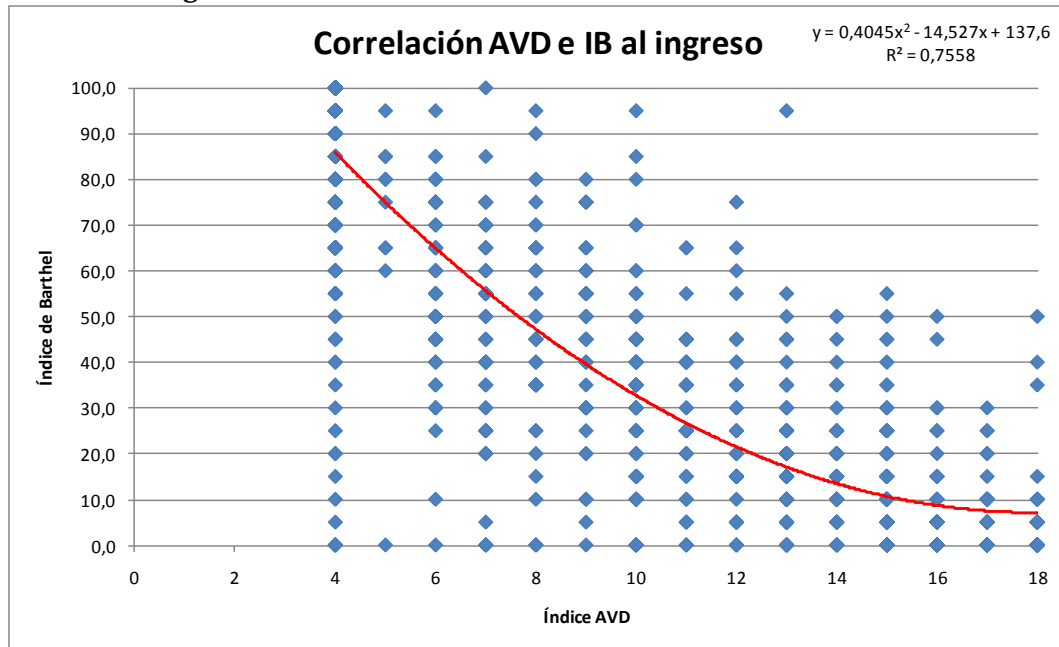
Grado de Dependencia		IB				Total	
		Independiente	Leve	Moderada	Severa/Dependencia total		
CFR	Autónomo	N	162	82	3	2	249
		% del total	14,1	7,1	0,3	0,2	21,7
	Leve	N	35	66	4	1	106
		% del total	3,1	5,8	0,3	0,1	9,2
	Moderada	N	5	82	37	12	136
		% del total	0,4	7,1	3,2	1,0	11,9
	Severa	N	1	54	133	468	656
		% del total	0,1	4,7	11,6	40,8	57,2
	Total	N	203	284	177	483	1.147
		% del total	17,7	24,8	15,4	42,1	100,0

Concordancia	N	%
Sí	733	63,9
No	414	36,1
Kappa*: 0,469 (Moderada)		

*Altman DG. Practical statistics for medical research.
New York: Chapman and Hall; 1991.

Para analizar la correlación entre los dos instrumentos de valoración se ha empleado el coeficiente de correlación de Spearman, obteniéndose un coeficiente de correlación de: -0,880; estadísticamente significativo ($p < 0,001$), que indica una correlación inversa y fuerte.

Figura 3. Correlación entre CFR (I-AVD) e Índice Barthel



Coefficiente de correlación de Spearman: -0,880; $p < 0,001$

8.2.7. Variables que pueden incidir en la mayor discordancia de los sujetos entre BVD y CFR.

En los 126 sujetos que presentaban una valoración en los máximos grados de dependencia según el BVD mientras que figuraban como autónomos o dependientes leves según CFR, no se han observado asociaciones estadísticamente significativas con relación a las variables: género, edad, nivel de estudios, lugar de procedencia o estado civil.

La discordancia en la clasificación obtenida entre los dos sistemas, ha mostrado una asociación significativa estadísticamente con las variables “motivo de ingreso” y “familiar de referencia”, según se refleja en la tabla 39.

- Motivo de ingreso (CFR/BVD), $p < 0,001$. Los mayores porcentajes en los 126 sujetos con valoraciones más discordantes entre BVD y CFR respecto al resto de sujetos de estudio son: cónyuge dependiente (44,4%), deseo de independencia (18,2%) y soledad (18,1%).

- Familiar de referencia (CFR/BVD), $p < 0,05$. Hijos (12,8%), hermanos (12,0%) y sin familia (11,5%).

Tabla 39-Cap.8. Circunstancias sociales al ingreso según clasificación de dependencia al ingreso con BVD mayor que con CFR

	Clasificación de dependencia BVD al ingreso > CFR				P
	NO (n=1.021)		SÍ (n=126)		
	N	% de la fila	N	% de la fila	
Motivo de ingreso					
Abandono	22	88,0	3	12,0	
Conflicto familiar	45	84,9	8	15,1	
Cónyuge dependiente	30	55,6	24	44,4	
Enfermedad del cuidador	81	92,0	7	8,0	
Pérdida del cuidador	12	100,0	0	0,0	
Sobrecarga del cuidador	514	96,1	21	3,9	<0,001
Deseo de independencia	27	81,8	6	18,2	
Dificultad de convivencia	42	91,3	4	8,7	
Emergencia social	13	86,7	2	13,3	
Sin recursos	23	85,2	4	14,8	
Soledad	212	81,9	47	18,1	
Familiar de referencia					
Sin familia	85	88,5	11	11,5	
Cónyuge	109	96,5	4	3,5	
Hijos/Yernos	605	87,2	89	12,8	<0,05
Hermanos	88	88,0	12	12,0	
Nietos	9	100,0	0	0,0	
Sobrinos	125	92,6	10	7,4	
Total	1.021	89,0	126	11,0	

El valor de p corresponde al de la chi-cuadrado de Pearson; NS: no significativo.

Momento de desarrollo de la valoración de dependencia.

Como se ha comentado anteriormente, en febrero de 2012 se produjo la entrada en vigor del nuevo Baremo para Valoración de la Situación de Dependencia (BVD). En este apartado, se describen los momentos de valoración de los residentes con mayor discordancia en la clasificación entre BVD y CFR, frente al resto de residentes, visualizando la potencial influencia de este factor.

De los 126 sujetos que presentan una mayor discordancia en la valoración, un porcentaje del 27,0%, fueron valorados con el nuevo BVD. En el resto de participantes, el porcentaje de valorados con el nuevo BVD fue de un 26,5%.

Los resultados no muestran una asociación significativa estadísticamente entre el tipo de BVD y momento de valoración y la mayor discordancia en la valoración.

Tabla 40-Cap.8. Momento de la valoración de dependencia y discordancia en los resultados de clasificación BVD/CFR

	Clasificación de dependencia BVD al ingreso > CFR				P
	NO		SÍ		
	N	%	N	%	
Fecha de la valoración					
Actual	231	26,5	34	27,0	NS
Antigua	642	73,5	92	73,0	
Total	873	100,0	126	100,0	

El valor de p corresponde al de la chi-cuadrado de Pearson; NS: no significativo.

8.3. PRINCIPALES PROCESOS PATOLÓGICOS GENERADORES DE DEPENDENCIA.

Para dar respuesta a este objetivo del estudio se identificaron varios grupos de patologías con impacto potencial en el nivel de autonomía, sobre las que se estudió su prevalencia al ingreso y la asociación entre su presencia y el nivel de dependencia obtenido en cada uno de los instrumentos de valoración estudiados.

8.3.1. Procesos patológicos y dependencia al ingreso.

De las entidades patológicas analizadas, las dos que han resultado más prevalentes en los sujetos de estudio son las demencias de cualquier etiología, con un porcentaje de 48,6% y los procesos osteoartrósicos, con un porcentaje de 47,6% sobre el total de participantes.

Alteraciones cognitivas – demencias.

- 557 sujetos de estudio tenían diagnosticada alguna alteración cognitiva o demencia, suponiendo un 59,3% de los sujetos dependientes y un 6,1% de los sujetos autónomos.
- La patología más frecuente es la “Enfermedad de Alzheimer” con N=251 y un porcentaje de 45,1% del total de sujetos con demencias.
- Las siguientes entidades con mayor prevalencia han sido la “Demencia senil sin complicación” N=84 y la “Demencia vascular” N=62.
- La asociación entre las demencias y la dependencia al ingreso es estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Procesos osteoartrósicos.

- Un total de 546 sujetos, presentaba algún diagnóstico de osteoartritis, independientemente de su localización o tipo. Esta frecuencia supone un porcentaje de 47,6% de los participantes en el estudio.
- La asociación entre estos procesos y la dependencia al ingreso no ha resultado estadísticamente significativa.

Parkinson.

- Un total de 127 sujetos han sido diagnosticados de Parkinson, representando un porcentaje de 13,1% en los clasificados como dependientes y del 3,0% en los clasificados como autónomos.
- La asociación entre la patología y la dependencia al ingreso es estadísticamente significativa $p:<0,001$.

Estado depresivo.

- 194 sujetos presentaban algún tipo de cuadro depresivo diagnosticado, suponiendo un porcentaje del 16,9% del total. Atendiendo a la clasificación de dependencia, el porcentaje es de 18,1% en sujetos dependientes y 12,1% en autónomos.
- La asociación entre el estado depresivo y la dependencia al ingreso, es estadísticamente significativa $p:<0,05$.

Afecciones cerebrovasculares.

- 278 residentes han sido diagnosticados de alguna de las patologías que integran esta entidad, de los que 252 estaban clasificados en el grupo de dependientes al ingreso.
- Los porcentajes de estas afecciones son del 27,5% en los sujetos dependientes y de 11,3% en los autónomos.
- La asociación entre la enfermedad cerebrovascular y la dependencia al ingreso es estadísticamente significativa, $p:<0,001$.

Alteraciones visuales.

- 33,8% de los sujetos (N=388) presentaban un diagnóstico compatible con cataratas y un 13,0% (N=149) algún trastorno ocular generador de déficit visual.
- Las frecuencias y porcentajes fueron similares entre los grupos de dependientes y autónomos, mostrando una asociación no significativa estadísticamente.

8.3.2. Asociación entre procesos patológicos y grados de dependencia en cada instrumento de valoración.

En este apartado se estudia la asociación entre cada entidad patológica de las consideradas en el estudio y los grados de dependencia obtenidos tras la valoración con cada instrumento de los seleccionados.

Asociación procesos patológicos y BVD

En la clasificación según el BVD, Tabla 41, puede comprobarse que 5 entidades patológicas presentan una asociación significativa estadísticamente con los grados de dependencia.

- El proceso en el que se observa una mayor diferencia entre los diferentes grupos de dependencia es la “demencia”, que afecta a un porcentaje del 67,5% de los clasificados como “gran dependencia”, frente a 6,1% en los “Leve/no dependiente”.

Esas diferencias también son constatables en otros procesos como:

- Parkinson (3% leve/no dependientes y 14,1% en gran dependencia).
- Fracturas de Fémur (8,2% en leves/no dependientes y 19,5% en Gran dependencia).
- Afecciones cerebrovasculares (11,3% En leves/no dependientes y 28,1% en Gran dependencia).

Frente a éstos, los procesos que no han presentado una asociación significativa con el grado de dependencia según BVD son: osteoartrosis, depresión y trastornos oculares.

Tabla 41-Cap.8. Asociación entre patologías generadoras de dependencia y grado de dependencia según BVD

	Grado de dependencia según BVD								P
	Leve/No dependencia (n=231)		Moderada (n=61)		Grave (n=132)		Gran dependencia (n=723)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Fractura F.									<0,001
No	212	91,8	57	93,4	109	82,6	582	80,5	
Sí	19	8,2	4	6,6	23	17,4	141	19,5	
Osteoartrosis									NS
No	124	53,7	30	49,2	63	47,7	384	53,1	
Sí	107	46,3	31	50,8	69	52,3	339	46,9	
Parkinson									<0,001
No	224	97,0	59	96,7	116	87,9	621	85,9	
Sí	7	3,0	2	3,3	16	12,1	102	14,1	
Demencias									<0,001
No	217	93,9	55	90,2	83	62,9	235	32,5	
Sí	14	6,1	6	9,8	49	37,1	488	67,5	
Depresión									NS
No	203	87,9	46	75,4	111	84,1	593	82,0	
Sí	28	12,1	15	24,6	21	15,9	130	18,0	
A.Cerebrales									<0,001
No	205	88,7	48	78,7	96	72,7	520	71,9	
Sí	26	11,3	13	21,3	36	27,3	203	28,1	
Cataratas									<0,05
No	143	61,9	34	55,7	86	65,2	496	68,6	
Sí	88	38,1	27	44,3	46	34,8	227	31,4	
T. Oculares									NS
No	200	86,6	53	86,9	113	85,6	632	87,4	
Sí	31	13,4	8	13,1	19	14,4	91	12,6	

El valor de p corresponde al test de tendencia lineal de la chi-cuadrado de Mantel-Haenszel

Asociación entre procesos patológicos y CFR

En el caso de la asociación de los procesos patológicos respecto a la clasificación de los grados de dependencia según el instrumento CFR, como puede observarse en la Tabla 42, cinco procesos presentan una asociación significativa estadísticamente.

- La mayor diferencia se observa en el grupo de "Demencia" que está presente en un porcentaje de 67,8% de los dependientes severos y un 61,8% de los dependientes moderados, frente al 5,2% de los clasificados como autónomos.

Otros procesos con una diferencia importante entre los grados de dependencia más alejados son:

- Parkinson (15,7% en dependencia severa y 1,6% en autónomos).
- Afecciones cerebrovasculares (30,2 % en dependencia severa y 13,3% en autónomos).
- Fracturas de fémur (20,9% en dependencia severa y 7,2% en autónomos).

En dos de los procesos patológicos, "Osteoartrosis" y "Cataratas", se observa la circunstancia inversa, siendo más frecuentes en sujetos clasificados como autónomos que en los dependientes severos.

En tres procesos patológicos: osteoartrosis, depresión y trastornos oculares, no se produce una asociación significativa con los grados de dependencia codificados según este instrumento de valoración.

Tabla 42-Cap.8. Asociación entre patologías generadoras de dependencia y grado de dependencia según CFR.

	Grado de dependencia según CFR								P
	Autónomo (n=249)		Leve (n=106)		Moderada (n=136)		Severa (n=656)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Fractura F.									<0,001
No	231	92,8	95	89,6	115	84,6	519	79,1	
Sí	18	7,2	11	10,4	21	15,4	137	20,9	
Osteoartrosis									NS
No	118	47,4	59	55,7	63	46,3	361	55,0	
Sí	131	52,6	47	44,3	73	53,7	295	45,0	
Parkinson									<0,001
No	245	98,4	95	89,6	127	93,4	553	84,3	
Sí	4	1,6	11	10,4	9	6,6	103	15,7	
Demencias									<0,001
No	236	94,8	91	85,8	52	38,2	211	32,2	
Sí	13	5,2	15	14,2	84	61,8	445	67,8	
Depresión									NS
No	214	85,9	83	78,3	112	82,4	544	82,9	
Sí	35	14,1	23	21,7	24	17,6	112	17,1	
A. Cerebrales									<0,001
No	216	86,7	89	84,0	106	77,9	458	69,8	
Sí	33	13,3	17	16,0	30	22,1	198	30,2	
Cataratas									<0,05
No	149	59,8	69	65,1	87	64,0	454	69,2	
Sí	100	40,2	37	34,9	49	36,0	202	30,8	
T. Oculares									NS
No	212	85,1	94	88,7	111	81,6	581	88,6	
Sí	37	14,9	12	11,3	25	18,4	75	11,4	

El valor de p corresponde al test de tendencia lineal de la chi-cuadrado de Mantel-Haenszel

Asociación entre procesos patológicos y Barthel

Al analizar la asociación entre los procesos patológicos incluidos en el estudio con los grados de dependencia establecidos por el Índice de Barthel, se obtiene una asociación significativa estadísticamente en 7 procesos.

- El porcentaje más alto se encuentra en las "Demencias", que en el grupo de "Dependencia total" afecta al 75,9% de los sujetos, mientras que en el grupo de "Independientes" supone un 5,4%.

Otros tres procesos patológicos que presentan diferencias importantes en los porcentajes de presencia entre los grupos más alejados en grado de dependencia, son:

- Afecciones cerebrovasculares (34,5% en Dependencia total y 12,8% en Independencia).
- Parkinson (16,5% en Dependencia total y 2,0% en Independencia).
- Fracturas de Fémur (19,6% en Dependencia total y 4,9% en Independencia).

En tres procesos patológicos, Osteoartrosis, cataratas y trastornos oculares; la frecuencia es mayor en el grupo de "Independientes" que en el de "Dependencia total".

El único proceso patológico que no presenta una asociación significativa estadísticamente con los grupos de dependencia es la "depresión".

Tabla 43-Cap.8. Asociación entre patologías generadoras de dependencia y grado de dependencia según Barthel.

	Grado de dependencia según Índice de Barthel										P
	Independiente (n=203)		Leve (n=284)		Moderada (n=177)		Severa (n=167)		Dependencia total (n=316)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Fractura F.											<0,001
No	193	95,1	243	85,6	135	76,3	135	80,8	254	80,4	
Sí	10	4,9	41	14,4	42	23,7	32	19,2	62	19,6	
Osteoartrosis											<0,01
No	106	52,2	137	48,2	77	43,5	90	53,9	191	60,4	
Sí	97	47,8	147	51,8	100	56,5	77	46,1	125	39,6	
Parkinson											<0,001
No	199	98,0	264	93,0	156	88,1	137	82,0	264	83,5	
Sí	4	2,0	20	7,0	21	11,9	30	18,0	52	16,5	
Demencias											<0,001
No	192	94,6	185	65,1	74	41,8	63	37,7	76	24,1	
Sí	11	5,4	99	34,9	103	58,2	104	62,3	240	75,9	
Depresión											NS
No	179	88,2	226	79,6	142	80,2	138	82,6	268	84,8	
Sí	24	11,8	58	20,4	35	19,8	29	17,4	48	15,2	
A. Cerebrales											<0,001
No	177	87,2	223	78,5	142	80,2	120	71,9	207	65,5	
Sí	26	12,8	61	21,5	35	19,8	47	28,1	109	34,5	
Cataratas											<0,01
No	128	63,1	175	61,6	104	58,8	119	71,3	233	73,7	
Sí	75	36,9	109	38,4	73	41,2	48	28,7	83	26,3	
T. Oculares											<0,05
No	176	86,7	241	84,9	143	80,8	149	89,2	289	91,5	
Sí	27	13,3	43	15,1	34	19,2	18	10,8	27	8,5	

El valor de p corresponde al test de tendencia lineal de la chi-cuadrado de Mantel-Haenszel

8.4. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y CUIDADOS.

El estudio específico sobre los diagnósticos de enfermería identificados en los sujetos de estudio, presenta un triple alcance en función de los objetivos perseguidos.

- Resultados de la Prevalencia de diagnósticos de enfermería de cada dominio de la NANDA, y asociación en función de la clasificación del residente como autónomo o dependiente por el BVD.
- Resultados de la relación entre los diagnósticos de enfermería seleccionados y la clasificación de dependencia obtenida con cada instrumento de valoración.
- Ayuda prescrita en las actividades básicas de la vida diaria.

Resultados globales de prevalencia de diagnósticos de enfermería.

A lo largo del estudio se han identificado 4.669 diagnósticos de enfermería en los sujetos de estudio, lo que supone una media de 4,07 diagnósticos por cada residente. Los sujetos a los que se les identificó al menos un diagnóstico de enfermería fueron 935, lo que representa un porcentaje del 81,5% sobre el total de los sujetos de estudio.

La distribución de diagnósticos de enfermería en función de la clasificación de los residentes como autónomos o con cualquier grado de dependencia según el BVD es:

- 397 diagnósticos de enfermería fueron identificados en residentes clasificados como autónomos en el ingreso según el BVD.
- 4272 diagnósticos de enfermería fueron identificados en residentes clasificados como dependientes en el ingreso según el BVD.

Los dominios en los que se identificaron un mayor número de diagnósticos de enfermería fueron el 4, el 3 y el 11; concentrando entre los tres, el 89,0% del total de diagnósticos identificados:

- Dominio 4. Actividad y Reposo: 2415 diagnósticos.
- Dominio 3. Eliminación e intercambio: 958 diagnósticos.

- Dominio 11. Seguridad y Protección: 783 diagnósticos.

No se identificó ningún diagnóstico de enfermería en el dominio 8, relativo a la sexualidad; ni en el dominio 13, relativo al crecimiento y desarrollo.

Tabla 44-Cap.8. Prevalencia de Diagnósticos de Enfermería por dominio

Dominio	Autónomos	Dependientes	Total
1	25	97	122
2	43	178	221
3	74	884	958
4	124	2.291	2.415
5	6	76	82
6	3	19	22
7	1	3	4
9	14	28	42
10	2	7	9
11	103	680	783
12	2	9	11
Total	397	4.272	4.669

Se han encontrado registradas un total de 98 etiquetas diagnósticas de enfermería diferentes en todo el estudio. Los diez diagnósticos más identificados por los profesionales también pertenecen a los dominios 4, 3 y 11, suponiendo un 63,2% del total de diagnósticos del estudio.

- El diagnóstico "Déficit de autocuidado: baño", es el que presenta una mayor frecuencia, con 674 casos, lo que representa un porcentaje del 58,8% del total de residentes.
- El diagnóstico "Déficit de autocuidado: vestido", es el segundo en prevalencia, con 490 casos y un porcentaje del 42,7%.

Tabla 45-Cap.8. Diez diagnósticos de enfermería más prevalentes

Diagnóstico	Autónomos	Dependientes	Total
Déficit de autocuidado: baño	30	644	674
Déficit de autocuidado: vestido	10	480	490
Incontinencia urinaria funcional	6	316	322
Riesgo de caídas	30	238	268
Deterioro de la deambulaci3n	18	206	224
Incontinencia fecal	5	206	211
Déficit de autocuidado: alimentaci3n	2	203	205
Deterioro de la movilidad f3sica	7	197	204
Riesgo deterioro integridad cut3nea	7	185	192
Trastorno del patr3n del sue1o	30	132	162
Total	145	2807	2952

Al estudiar la prevalencia de cada diagn3stico de enfermer3a seg3n el perfil del residente, aut3nomo o dependiente, se ha encontrado una asociaci3n significativa en 31 de los 98 diagn3sticos diferentes que han sido identificados.

Se muestran a continuaci3n los diagn3sticos con m3s de 50 casos y con una asociaci3n significativa, seg3n Chi-cuadrado de Pearson, seg3n el perfil de residente "Aut3nomo/Dependiente" al ingreso, empleando el instrumento BVD (Las prevalencias y asociaciones del total de las 98 etiquetas diagn3sticas identificadas, se detallan en el ANEXO III).

- En los Dominios 1, 2, 7, 10 y 12 no existe ning3n diagn3stico que presente una asociaci3n significativa con el grado de dependencia.
- En los Dominios 5 "Percepci3n/Cognici3n", 6 "Autoconcepto" y 9 "Afrontamiento/tolerancia al estr3s", a pesar de haberse identificado diagn3sticos, 5 de ellos con asociaci3n significativa, ninguno alcanza una $N > 50$.
- En el Dominio 3 "Eliminaci3n e intercambio", del total de 17 diagn3sticos identificados, aparecen dos diagn3sticos con $N > 50$ en el total de los residentes y una $p < 0,001$.

Tabla 46-Cap.8. Prevalencia de diagnósticos de enfermería del dominio 3

	Autónomo (n=231)		Dependiente (n=916)		Total de residentes (n=1.147)		P
	N	%	N	%	N	%	
Incontinencia urinaria funcional	6	2,6	316	34,5	322	28,1	<0,001
Incontinencia fecal	5	2,2	206	22,5	211	18,4	<0,001

El valor de p corresponde al de la ch-cuadrado de Pearson.

- En el Dominio 4 "Actividad y reposo", se han identificado un total de 25 diagnósticos diferentes; ocho presentan $p:<0,01$; tres $p:<0,05$ y uno $p:<0,01$. Seleccionando únicamente aquellos diagnósticos con $N>50$, se obtienen 8 etiquetas diagnósticas.

Tabla 47-Cap.8. Prevalencia de diagnósticos de enfermería del dominio 4

N> 50	Autónomo (n=231)		Dependiente (n=916)		Total de residentes (n=1.147)		P
	N	%	N	%	N	%	
Deterioro de la deambulación	18	7,8	206	22,5	224	19,5	<0,001
Deterioro de la habilidad de traslación	2	0,9	91	9,9	93	8,1	<0,001
Deterioro de la movilidad en silla de ruedas	0	0,0	56	6,1	56	4,9	<0,001
Deterioro de la movilidad física	7	3,0	197	21,5	204	17,8	<0,001
Déficit de autocuidado: Alimentación	2	0,9	203	22,2	205	17,9	<0,001
Déficit de autocuidado: Baño	30	13,0	644	70,3	674	58,8	<0,001
Déficit de autocuidado: Uso del inodoro	3	1,3	151	16,5	154	13,4	<0,001
Déficit de autocuidado: Vestido	10	4,3	480	52,4	490	42,7	<0,001

El valor de p corresponde al de la ch-cuadrado de Pearson.

- En el Dominio 11 "Seguridad y protección", del total de 19 diagnósticos identificados, 9 presentan una correlación significativa y 4 de ellos con una N>50.

Tabla 48-Cap.8. Prevalencia de diagnósticos de enfermería del dominio 11

	Autónomo (n=231)		Dependiente (n=916)		Total de residentes (n=1.147)		P
	N	%	N	%	N	%	
Riesgo de caídas	30	13,0	238	26,0	268	23,4	<0,001
Deterioro de la dentición	38	16,5	100	10,9	138	12,0	<0,05
Deterioro de la integridad cutánea	6	2,6	65	7,1	71	6,2	<0,05
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	7	3,0	185	20,2	192	16,7	<0,001

El valor de p corresponde al de la ch-cuadrado de Pearson.

8.4.1. Estudio de diagnósticos de enfermería relacionados con actividades básicas de la vida diaria.

Otro elemento que se ha considerado para estudiar la clasificación del nivel de dependencia ofrecido por los tres elementos, BVD, CFR y Barthel, son aquellos diagnósticos de enfermería directamente relacionados con la capacidad de autocuidado o con el desarrollo de las Actividades básicas de la vida diaria.

Para este objetivo se han estudiado 11 etiquetas diagnósticas, que albergan 2667 del total de diagnósticos de enfermería identificados en el estudio.

Prevalencia de diagnósticos con impacto en ABVD y categorías según BVD

Atendiendo a la clasificación de los diagnósticos de enfermería seleccionados con respecto a los grados de dependencia según el BVD, se observa:

- 2319 diagnósticos aparecen en la categoría de “Gran Dependencia”, suponiendo un porcentaje del 86,9 respecto al total de diagnósticos seleccionados.
- El diagnóstico que alcanza la mayor prevalencia es el de “Déficit de autocuidado: baño”, con N=569 y un porcentaje de 78,7% del total de los sujetos clasificados con Gran dependencia (n=723). El siguiente diagnóstico, presente en un 59,6% de los sujetos, es el de “Déficit de autocuidado: vestido”.
- En la categoría de “Dependencia Grave” se han identificado un total de 239 diagnósticos para el global de 132 sujetos clasificados en la categoría.
 - o El diagnóstico con una mayor prevalencia es el de “Déficit de autocuidado: baño”, con N=65 y un porcentaje de 49,2%.
- En la categoría de dependencia leve/no dependencia, integrada por 231 sujetos, se han identificado 83 diagnósticos.
 - o El más prevalente es “Déficit de autocuidado: baño”, con N=30 y un porcentaje de 13,0%.
- Las medias de diagnósticos por sujeto en cada una de las categorías, muestran un aumento en función del grado de dependencia:
 - o Leve/No dependencia=0,36.
 - o Moderada=0,42.
 - o Grave=1,81.
 - o Gran dependencia= 3,20.

Tabla 49-Cap.8. Prevalencia de diagnósticos de enfermería de déficit de autocuidado y problemas en ABVD según grado de dependencia BVD

	Leve/No dependencia (n=231)		Moderada (n=61)		Grave (n=132)		Gran dependencia (n=723)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Déficit de autocuidado en alimentación	2	0,9	1	1,6	9	6,8	193	26,7
Déficit de autocuidado en baño	30	13,0	10	16,4	65	49,2	569	78,7
Déficit de autocuidado en uso del inodoro	3	1,3	0	0,0	14	10,6	137	18,9
Déficit de autocuidado en vestido	10	4,3	3	4,9	46	34,8	431	59,6
Incontinencia fecal	5	2,2	1	1,6	9	6,8	196	27,1
Incontinencia urinaria funcional	6	2,6	2	3,3	28	21,2	286	39,6
Deterioro de la movilidad física	7	3,0	5	8,2	18	13,6	174	24,1
Deterioro de la deambulación	18	7,8	4	6,6	37	28,0	165	22,8
Deterioro de la movilidad en silla de ruedas	0	0,0	0	0,0	1	0,8	55	7,6
Deterioro de la habilidad de traslación	2	0,9	0	0,0	8	6,1	83	11,5
Deterioro de la movilidad en la cama	0	0,0	0	0,0	4	3,0	30	4,1

Prevalencia de diagnósticos con impacto en ABVD y categorías según CFR

- En la categoría de “Dependencia severa” se han identificado 2275 diagnósticos para el total de sujetos que la integran (n=656). El diagnóstico con una mayor frecuencia (N=528) y un porcentaje de 80,5% es “Déficit de autocuidado: baño”, seguido por el diagnóstico “Déficit de autocuidado: vestido” con un porcentaje de 65,4%.
- 232 diagnósticos han sido identificados en la categoría de “Dependencia moderada”, alcanzando el mayor porcentaje (60,3%), el diagnóstico “Déficit de autocuidado: baño”.

- En la categoría "Autónomos", con n=249, se han identificado 101 diagnósticos.
- Las medias de diagnóstico por sujeto y grupo, son: Autónomo: 0,40; Leve: 0,55; Moderada: 1,70 y Grave: 3,46

Tabla 50-Cap.8. Prevalencia de diagnósticos de enfermería de déficit de autocuidado y problemas en ABVD según grado de dependencia CFR

	Autónomo (n=249)		Leve (n=106)		Moderada (n=136)		Severa (n=656)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Déficit de autocuidado en alimentación	4	1,6	0	0,0	13	9,6	188	28,7
Déficit de autocuidado en baño	38	15,3	26	24,5	82	60,3	528	80,5
Déficit de autocuidado en uso del inodoro	2	0,8	2	1,9	13	9,6	137	20,9
Déficit de autocuidado en vestido	11	4,4	9	8,5	41	30,1	429	65,4
Incontinencia fecal	3	1,2	2	1,9	9	6,6	197	30,0
Incontinencia urinaria funcional	7	2,8	4	3,8	25	18,4	286	43,6
Deterioro de la movilidad física	11	4,4	7	6,6	13	9,6	173	26,4
Deterioro de la deambulación	24	9,6	8	7,5	29	21,3	163	24,8
Deterioro de la movilidad en silla de ruedas	0	0,0	0	0,0	1	0,7	55	8,4
Deterioro de la habilidad de traslación	1	0,4	1	0,9	6	4,4	85	13,0
Deterioro de la movilidad en la cama	0	0,0	0	0,0	0	0,0	34	5,2

Prevalencia de diagnósticos con impacto en ABVD y categorías según IB

- En la categoría de "Dependencia Total" se registran un total de 1290 diagnósticos, para n=316. Cinco diagnósticos presentan un porcentaje superior al 40%, siendo el diagnóstico "Déficit de autocuidado: baño" el que presenta una mayor frecuencia, N=270 y un porcentaje de 85,4%.

- La categoría de “Dependencia Severa” aglutina 558 diagnósticos. Los dos diagnósticos más prevalentes son “Déficit de autocuidado: baño” y “déficit de autocuidado: vestido”, con N=138 y N=109 respectivamente.
- La categoría “Independiente” presenta 46 diagnósticos, alcanzado el más prevalente un porcentaje del 8,9%.
- Las medias de diagnóstico por sujeto y categoría muestran una tendencia de incremento: Independiente: 0,22; Leve: 1,06; Moderada: 2,65; Severa: 3,34 y Total: 4,08

Tabla 51-Cap.8. Prevalencia de diagnósticos de enfermería de déficit de autocuidado y problemas en ABVD según grado de dependencia Barthel

	Independiente (n=203)		Leve (n=284)		Moderada (n=177)		Severa (n=167)		Dependencia Total (n=316)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Déficit de autocuidado en alimentación	2	1,0	9	3,2	26	14,7	40	24,0	128	40,5
Déficit autocuidado baño	18	8,9	112	39,4	136	76,8	138	82,6	270	85,4
Déficit de autocuidado en uso del inodoro	0	0,0	17	6,0	24	13,6	32	19,2	81	25,6
Déficit de autocuidado en vestido	5	2,5	53	18,7	92	52,0	109	65,3	231	73,1
Incontinencia fecal	1	0,5	10	3,5	29	16,4	40	24,0	131	41,5
Incontinencia urinaria funcional	4	2,0	25	8,8	64	36,2	67	40,1	162	51,3
Riesgo de Síndrome por desuso	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0
Deterioro de la movilidad física	6	3,0	23	8,1	24	13,6	36	21,6	115	36,4
Deterioro de la deambulación	9	4,4	45	15,8	48	27,1	48	28,7	74	23,4
Deterioro de la movilidad en silla de ruedas	0	0,0	2	0,7	5	2,8	16	9,6	33	10,4
Deterioro de la habilidad de traslación	1	0,5	6	2,1	18	10,2	27	16,2	41	13,0
Deterioro de la movilidad en la cama	0	0,0	1	0,4	4	2,3	5	3,0	24	7,6

En los tres instrumentos de valoración se aprecia un aumento de la prevalencia de diagnósticos relacionados con problemas o necesidades en las ABVD, desde las categorías de autonomía o independencia a las de mayor grado de dependencia. En la clasificación según Barthel, la categoría de "Independiente" es la que presenta la menor prevalencia en todos los instrumentos y una media de 0,22 diagnósticos por sujeto. También se observa en este instrumento la mayor prevalencia de diagnósticos en el grupo de mayor dependencia "Dependencia total", con una media de 4,08 diagnósticos por sujeto.

Si se homogenizan las categorías de todos los instrumentos agrupándolas en tres niveles de dependencia:

- Menor dependencia o ausencia de dependencia (Autónomos, independientes o dependientes leves).
- Dependencia Media (Dependencia moderada).
- Dependencia elevada (Dependencia grave, gran dependencia, dependencia severa o dependencia total).

Se aprecia que el instrumento en el que se identifica una menor media de diagnósticos por sujeto y grupo es el BVD, especialmente en la categoría de menor dependencia o ausencia de dependencia en la que la media es 0,42.

En los instrumentos CFR y Barthel, la categoría de dependencia media/moderada presenta una media de diagnósticos por sujeto de 1,70 y 2,65 respectivamente, frente a la media de 0,42 esa categoría según la clasificación BVD.

En las categorías de mayor nivel de dependencia se observa que el grupo clasificado según BVD presenta una media de diagnóstico por sujeto de 2,99 frente a la media de 3,46 según CFR y 3,82 según Barthel.

8.4.2. Estudio del Diagnóstico "Riesgo de Caídas" y los episodios de caídas producidos en un año.

En este apartado del estudio se relacionarán el diagnóstico "Riesgo de caídas", con los resultados de la Escala de Tinetti, los episodios de caídas producidos en el primer año desde el ingreso y con algunos de los cuidados relacionados con la prevención de las caídas.

El diagnóstico de “Riesgo de Caídas” ha mostrado una frecuencia de N=268 y un porcentaje de 23,4% sobre el total de los residentes del estudio.

La escala de Tinetti, con la que se ha valorado a la totalidad de los sujetos de estudio, presenta una media de 13,9 puntos para el total de residentes. Atendiendo a la media obtenida en la escala de Tinetti en función de la identificación, o no, del diagnóstico de enfermería “Riesgo de caídas” se observa:

- La media es de 15,0 en el grupo en el que no se identifica el diagnóstico.
- La media es de 10,4 en el grupo en el que se identifica el diagnóstico.

La asociación entre la escala de Tinetti y la identificación del diagnóstico riesgo de caída, presenta una $p < 0,001$, significativa estadísticamente.

Tabla 52-Cap.8. Análisis descriptivo de la escala de Tinetti. Asociación con el diagnóstico de enfermería "Riesgo de caída"

	Total Residentes	Riesgo de caída	
		No	Sí
N	1147	879	268
Media	13,9	15,0	10,4
Desviación estándar	10,2	10,3	9,0
Mediana	16,0	17,0	10,0
P25	2,0	3,0	1,0
P75	23,0	25,0	18,0
$p: < 0,001$			

Variable sin distribución normal. El valor de p corresponde a la U de Mann Whitney

Durante el primer año de ingreso, los sujetos de estudio han sufrido 1393 caídas, representando una Media de 1,21 caídas por residente. Han sido 531 sujetos los que han sufrido alguna caída, de los que 306, presentaron dos o más.

Si se relacionan los episodios de caída con la identificación del diagnóstico “Riesgo de Caídas” se obtiene una $p: < 0,001$, significativa estadísticamente.

Tabla 53-Cap.8. Análisis descriptivo del número de caídas en el primer año de residencia. Asociación con el diagnóstico "Riesgo de caída"

	Total Residentes	Riesgo de caída	
		No	Sí
N	1147	879	268
Media	1,21	1,03	1,81
Desviación estándar	2,03	1,81	2,55
Mediana	0,00	0,00	1,00
P25	0,00	0,00	0,00
P75	2,00	1,00	2,75
p: <0,001			

Variable sin distribución normal. El valor de p corresponde a la U de Mann Whitney

Finalmente se ha estudiado la potencial relación entre la identificación del diagnóstico de Enfermería "Riesgo de Caídas" y la prescripción de ayudas/cuidados en las transferencias, la deambulación y el uso de sujeciones.

A nivel de las transferencias, 711 residentes del total de sujetos de estudio, tenían prescrito algún tipo de ayuda, incluyendo la supervisión. Atendiendo al grupo con identificación del diagnóstico "Riesgo de Caídas", un 81,3% presentaban algún tipo de ayuda o supervisión, mayoritariamente ayuda de una persona (53,2%).

Tabla 54-Cap.8. Asociación Diagnóstico Riesgo de caída y cuidados en transferencias

	Riesgo de caídas				Total de residentes		P
	No (n=879)		Sí (n=268)		Total de residentes (n=1.147)		
	N	%	N	%	N	%	
Ayuda para transferencias							<0,001
No	386	43,9	50	18,7	436	38,0	
Sí	493	56,1	218	81,3	711	62,0	
<i>Tipo de ayuda</i>							<i><0,05</i>
Supervisión	68	13,8	12	5,5	80	11,3	
Ayuda física 1 persona	240	48,7	116	53,2	356	50,1	
Ayuda física 2 personas	37	7,5	22	10,1	59	8,3	
Grúa de transferencia	148	30,0	68	31,2	216	30,4	

El valor de p corresponde al de la chi-cuadrado de Pearson.

En la actividad de deambulaci3n, 880 sujetos requieren alg3n tipo de ayuda, de los que:

- 274 emplean ayudas t3cnicas sin ayuda o supervisi3n del personal.
- 606 requieren alg3n tipo de ayuda o supervisi3n personal, independientemente del empleo de ayudas t3cnicas.

El 89,9% de los sujetos en los que se ha identificado el diagn3stico "Riesgo de caídas", requieren alg3n tipo de ayuda t3cnica y/o ayuda personal. En este grupo, el tipo de ayuda t3cnica aislada m3s frecuente (N=26) es el andador. La ayuda personal m3s prescrita, alcanzando un porcentaje de 62,2% de las ayudas, es la silla de ruedas con ayuda.

En el grupo que no presenta el diagn3stico "Riesgo de caídas" la ayuda t3cnica m3s frecuente es el bast3n (N=104) y la ayuda personal m3s prescrita la silla de ruedas (N=320).

Tabla 55-Cap.8. Asociaci3n entre Diagn3stico Riesgo de Caídas y Ayudas en deambulaci3n

	Riesgo de caídas				Total de residentes		P
	No (n=879)		Sí (n=268)		(n=1.147)		
	N	%	N	%	N	%	
Ayuda para deambulaci3n							<0,001
No	240	27,3	27	10,1	267	23,3	
Sí	639	72,7	241	89,9	880	76,7	
<i>Ayuda t3cnica sin cuidado</i>							<0,05
Bast3n	104	16,3	23	9,5	127	14,4	
Muletas	19	3,0	2	0,8	21	2,4	
Andador	90	14,1	26	10,8	116	13,2	
Silla de ruedas sin ayuda	7	1,1	3	1,2	10	1,1	
<i>Tipo de ayuda</i>							
Supervisi3n	33	5,2	7	2,9	40	4,5	
Muletas + supervisi3n	3	0,5	2	0,8	5	0,6	
Andador+ supervisi3n	14	2,2	3	1,2	17	1,9	
Ayuda 1 persona	43	6,7	20	8,3	63	7,2	
Ayuda 2 personas	6	0,9	5	2,1	11	1,3	
Silla de ruedas con ayuda	320	50,1	150	62,2	470	53,4	

El valor de p corresponde al de la chi-cuadrado de Pearson.

El 3ltimo elemento que se presenta en el estudio del diagn3stico "Riesgo de caídas" es el relativo a la prescripci3n de sujeciones, como dispositivos, que entre

otras funciones, pueden emplearse para reducir las caídas. Un porcentaje de 32,1% de sujetos del estudio (N=369), tienen prescrito algún tipo de sujeción mecánica: cinturones abdominales en silla y/o cama, cinturones pélvicos y chalecos torácicos. Otros 218 sujetos, tienen prescritas únicamente barandillas en las camas. Por tanto, 587 sujetos, tienen prescritas sujeciones mecánicas y/o barandillas.

Atendiendo a la presencia o ausencia del diagnóstico "Riesgo de caídas", se encuentra que un porcentaje del 25,36% de los sujetos que no presentan el diagnóstico, tienen prescritas sujeciones, ascendiendo al 44,5% cuando se contemplan los residentes que tienen únicamente barandillas.

Los resultados en los residentes que presentan el diagnóstico "Riesgo de caídas", muestran un porcentaje del 54,85% de sujetos con sujeción (N=147), incrementándose hasta el 73,1% si se incluyen los sujetos con prescripción única de barandillas.

La asociación entre la presencia o no de sujeciones con el diagnóstico "Riesgo de caídas", presenta una $p < 0,001$, estadísticamente significativa. Esta asociación presenta una $p < 0,01$, al comprobar la relación respecto al tipo de sujeción concreta.

Tabla 56-Cap.8. Asociación entre Diagnóstico Riesgo de Caídas y sujeciones

	Riesgo de caídas				Total de residentes		P
	No (n=879)		Sí (n=268)		(n=1.147)		
	N	%	N	%	N	%	
Sujeción							<0,001
No	488	55,5	72	26,9	560	48,8	
Sí	391	44,5	196	73,1	587	51,2	
<i>Tipo de Sujeción</i>							<0,01
Barandillas	168	43,0	49	25,0	218	37,1	
Cinturón cama+barandillas	49	12,5	40	20,4	89	15,2	
Cinturón+pijama f+barandilla	5	1,3	4	2,0	9	1,5	
Pélvico silla+barandilla	84	21,5	52	26,5	136	23,2	
Pélvico silla+chaleco+barandillas	5	1,3	1	0,5	6	1,0	
Cama+silla+barandillas	79	20,2	50	25,5	129	22,0	

El valor de p corresponde al de la chi-cuadrado de Pearson.

8.4.3. Estudio del Diagnóstico “Riesgo de alteración de la integridad cutánea” y la prevalencia de úlceras por presión en un año.

El último apartado específico sobre diagnósticos de enfermería es el relativo al estudio de la relación entre el diagnóstico “Riesgo de alteración de la integridad cutánea”, con la escala de Norton, el número de úlceras por presión aparecidas en el primer año y con los cuidados básicos específicos dirigidos a la prevención, que superen los establecidos, de forma estandarizada, para todos los usuarios dependientes.

La media de la escala de Norton, aplicada a la totalidad de los sujetos de estudio, es de 15,3; indicando un riesgo mínimo o ausencia de riesgo¹⁰³. Al clasificar a los sujetos en función de la presencia o ausencia del diagnóstico “Riesgo de alteración de la integridad cutánea” se obtienen los siguientes resultados:

- La media de la escala de Norton en los sujetos en los que no se identifica el diagnóstico, es de 15,9 puntos; indicando riesgo mínimo o ausencia de riesgo.
- La media en los sujetos con presencia del diagnóstico es de 12,5 puntos; reflejando un riesgo alto según la interpretación de la escala.

La asociación entre los resultados de la escala de Norton y el diagnóstico “Riesgo de alteración de la integridad cutánea” presenta un valor de $p < 0,001$; significativo estadísticamente.

¹⁰³ Interpretación escala de Norton: 5-9: riesgo muy alto; 10-12: riesgo alto; 13-14: riesgo medio; >14: riesgo mínimo o ausencia de riesgo.

Tabla 57-Cap.8. Análisis descriptivo de la escala de Norton. Asociación con el diagnóstico "Riesgo de alteración de la integridad cutánea"

	Total Residentes	Riesgo de alteración	
		No	Sí
N	1147	955	192
Media	15,3	15,9	12,5
Desviación estándar	3,6	3,5	3,0
Mediana	16,0	16,0	12,0
P25	12,0	13,0	10,0
P75	19,0	19,0	14,0
p: <0,001			

Variable sin distribución normal. El valor de p corresponde a la U de Mann Whitney

El número de úlceras por presión registradas durante el primer año desde el ingreso, asciende a 179 lesiones¹⁰⁴. Del total de lesiones registradas, 71 tenían un lugar de origen externo a la Residencia.

Los sujetos afectados por úlceras por presión ascendieron a 139, suponiendo un porcentaje de 12,11% sobre el total. De los residentes con úlceras por presión, 108 presentaban una sola lesión y en 31 sujetos, se registraron dos o más lesiones.

Tabla 58-Cap.8. Análisis descriptivo nº de úlceras en el primer año. Asociación con el diagnóstico de enfermería "Riesgo de alteración de la integridad cutánea"

	Total Residentes	Riesgo de alteración	
		No	Sí
N	114	955	192
Media	0,16	0,12	0,35
Desviación estándar	0,47	0,39	0,71
Mediana	0,00	0,00	0,00
P25	0,00	0,00	0,00
P75	0,00	0,00	1,00
p: <0,001			

Variable sin distribución normal. El valor de p corresponde a la U de Mann Whitney

¹⁰⁴ Se incluyen todas las úlceras por presión registradas, independientemente de su origen interno o externo y de su potencial curación antes de finalizar la recogida de datos.

Atendiendo al perfil de dependencia que presentaban los sujetos al ingreso y a la prevalencia de úlceras según la categoría, se aprecia que en un porcentaje del 94,2% de los episodios registrados de úlceras por presión, los residentes estaban clasificados como “Grandes dependientes” según el BVD (N=131).

El establecimiento de cuidados preventivos de las úlceras por presión, que exceden los cuidados estandarizados a los sujetos dependientes, muestra una asociación con $p < 0,001$, significativa estadísticamente, con la identificación del diagnóstico. En un 50,5% de los residentes en los que se identificó el diagnóstico “Riesgo de alteración de la integridad cutánea” se pautaron cuidados preventivos especiales: cambios posturales con programación específica, superficies de presión alterna o protección local. El porcentaje es de 17,4% en aquellos sujetos en los que no se diagnosticó el riesgo, independientemente del resultado de la escala de Norton.

Tabla 59-Cap.8. Asociación entre el Diagnóstico “Riesgo de alteración de la integridad cutánea” y los cuidados planificados de prevención de úlceras.

	Riesgo de úlceras				Total de residentes		P
	No (n=955)		Sí (n=192)		(n=1.147)		
	N	%	N	%	N	%	
Cuidados de prevención de úlceras							<0,001
No	789	82,6	95	49,5	884	77,1	
Sí	166	17,4	97	50,5	263	22,9	

El valor de p corresponde al de la chi-cuadrado de Pearson.

8.4.4. Cuidados en Actividades Básicas de la Vida Diaria.

El último aspecto estudiado en el entorno de los diagnósticos de enfermería y de las necesidades de los residentes, es el relativo a los cuidados reales prescritos en las principales ABVD y su asociación con el nivel de dependencia.

De cada Actividad Básica, se ha realizado un estudio global, y otro específico sobre algunas de las posibilidades de cuidado que incluye.

Actividad de Alimentación.

Para la actividad de alimentación, requieren algún tipo de ayuda 325 sujetos, suponiendo un porcentaje del 28,3%. Del total de sujetos que requieren ayuda, 323 presentan algún grado de dependencia según el BVD y 2 están clasificados como autónomos. La asociación es estadísticamente significativa, con valor de $p < 0,001$.

En cuanto a los cuidados prescritos, los 2 sujetos clasificados como autónomos tienen planificado un control de ingesta y rechazo. En los sujetos dependientes, un 39,6% tienen prescrito ese control, y un 53,3%, tienen prescrita una ayuda directa en la actividad de alimentación, denominada: "dar de comer en boca".

Tabla 60-Cap.8. Asociación entre Necesidad de ayuda en la Alimentación y la dependencia al ingreso según BVD.

	BVD				Total de residentes (n=1.147)		P
	Autónomo (n=231)		Dependiente (n=916)		N	%	
	N	%	N	%			
Necesita ayuda para alimentación							<0,001
No	229	99,1	593	64,7	822	71,7	
Sí	2	0,9	323	35,3	325	28,3	
<u>Tipo de Ayuda</u>							NS
Control de ingesta	2	100,0	128	39,6	130	40,0	
Dar de comer	0	0,0	172	53,3	172	52,9	

El valor de p corresponde al de la chi-cuadrado de Pearson.

Actividad de Baño.

En la actividad de baño tienen prescrita algún tipo de ayuda un 78,9% del total de los sujetos de estudio, aumentando hasta un porcentaje de 92,5% en los residentes clasificados como dependientes. La asociación es estadísticamente significativa ($p < 0,001$) con la dependencia.

En relación al grado de ayuda requerido, el 76,8% de los sujetos precisan ayuda total en la actividad y un 2,4% supervisión. La asociación es significativa estadísticamente ($p:<0,001$).

Tabla 61-Cap.8. Asociación entre Necesidad de ayuda en el Baño y la dependencia al ingreso según BVD.

	BVD				Total de residentes (n=1.147)		P
	Autónomo (n=231)		Dependiente (n=916)		N	%	
	N	%	N	%			
Necesita ayuda en el baño							<0,001
No	173	74,9	69	7,5	242	21,1	
Sí	58	25,1	847	92,5	905	78,9	
<i>Tipo de Ayuda</i>							<0,001
Supervisión	6	10,3	16	1,9	22	2,4	
Ayuda parcial	45	77,6	143	16,9	188	20,8	
Ayuda total	7	12,1	688	81,2	695	76,8	

El valor de p corresponde al de la chi-cuadrado de Pearson.

Actividad de Higiene Personal

En la higiene personal precisan algún tipo de ayuda un total de N=817 sujetos, porcentaje que supone el 71,2% del total de participantes en el estudio. 788 residentes dependientes, el 86%, requieren alguna ayuda.

La “ayuda total” en la actividad es la más frecuente, estando prescrita en 608 sujetos. En los sujetos autónomos, el 93,1% requieren supervisión o ayuda parcial, existiendo 2 sujetos con necesidad de ayuda total. Las asociaciones entre la necesidad o el tipo de ayuda, con el nivel de dependencia, muestran una asociación significativa estadísticamente ($p:<0,001$).

Tabla 62-Cap.8. Asociación entre Necesidad de ayuda en Higiene personal y la dependencia al ingreso según BVD.

	BVD				Total de residentes (n=1.147)		P
	Autónomo (n=231)		Dependiente (n=916)		N	%	
	N	%	N	%			
Necesidad ayuda para higiene							<0,001
No	202	87,4	128	14,0	330	28,8	
Sí	29	12,6	788	86,0	817	71,2	
<i>Tipo de Ayuda</i>							<0,001
Supervisión	8	27,6	6	0,8	14	1,7	
Ayuda parcial	19	65,5	176	22,3	195	23,9	
Ayuda total	2	6,9	606	76,9	608	74,4	
Sí	40	17,3	738	80,6	778	67,8	

El valor de p corresponde al de la chi-cuadrado de Pearson.

Actividad de Vestido.

En esta actividad, 776 sujetos requieren ayuda, alcanzando un porcentaje de 67,7% sobre el total. Al clasificar a los sujetos en función de la dependencia, un porcentaje del 83,2% de los sujetos dependientes precisa ayuda; mientras que el porcentaje es del 6,1% en los sujetos autónomos.

La “ayuda total” es la más frecuente, estando prescrita en 505 sujetos dependientes, no encontrándose ningún sujeto autónomo con este grado de ayuda.

Tabla 63-Cap.8. Asociación entre Necesidad de ayuda en Vestido y la dependencia al ingreso según BVD.

	BVD				Total de residentes (n=1.147)		P
	Autónomo (n=231)		Dependiente (n=916)		N	%	
	N	%	N	%			
Necesita ayuda para vestir							<0,001
No	217	93,9	154	16,8	371	32,3	
Sí	14	6,1	762	83,2	776	67,7	
<i>Tipo de Ayuda</i>							<0,001
Supervisión	3	21,4	13	1,7	16	2,1	
Ayuda parcial	11	78,6	244	32,0	255	32,9	
Ayuda total	0	0,0	505	66,3	505	65,1	

El valor de p corresponde al de la chi-cuadrado de Pearson.

Ayuda en Incontinencia urinaria

Los resultados en este apartado no muestran la prevalencia de la incontinencia urinaria diagnosticada, sino de la necesidad y tipo de ayuda requerido por los sujetos afectados.

Un total de 718 sujetos tenían prescrito algún tipo de supervisión o ayuda para el cuidado de la incontinencia urinaria, suponiendo un porcentaje del 62,6% del total de sujetos.

El tipo de intervención más frecuente es el "cuidado del absorbente", presente en el 84,8% de los residentes que requieren algún cuidado en la incontinencia y están clasificados como dependientes. En los sujetos autónomos, la principal intervención es "facilitarles el absorbente" para su autocuidado.

En la prescripción de ayuda y en el tipo de ayuda facilitada, existe una asociación estadísticamente significativa ($p:<0,001$).

Tabla 64-Cap.8. Asociación entre Necesidad de ayuda por Incontinencia Urinaria y la dependencia al ingreso según BVD.

	BVD				Total de residentes (n=1.147)		P
	Autónomo (n=231)		Dependiente (n=916)		N	%	
	N	%	N	%			
Necesita ayuda por incontinencia							<0,001
No	204	88,3	225	24,6	429	37,4	
Sí	27	11,7	691	75,4	718	62,6	
<i>Tipo de Ayuda</i>							<0,001
Supervisión	0	0,0	17	2,5	17	2,4	
Dar pañal	17	63,0	49	7,1	66	9,2	
Cuidados pañal	9	33,3	586	84,8	595	82,9	
Sonda vesical	0	0,0	9	1,3	9	1,3	
Sonda vesical y pañal	0	0,0	24	3,5	24	3,3	
Estomas	1	3,7	6	0,9	7	1,0	

El valor de p corresponde al de la chi-cuadrado de Pearson.

8.5. EVOLUCIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA AL AÑO DE INSTITUCIONALIZACIÓN.

El seguimiento del nivel de dependencia a lo largo del estudio se ha realizado a los seis meses y al año del ingreso, en el caso de la herramienta CFR; y al año del ingreso en el caso del Índice de Barthel.

De los sujetos iniciales, se produjeron un total de 268 pérdidas durante el estudio, debidas fundamentalmente a fallecimientos, renunciaciones o traslados. Según se indicaba en el capítulo VII, los sujetos presentes a los seis meses eran 1010 y al año 879.

Para determinar la mejoría, se han eliminado a aquellos sujetos que estaban clasificados en los grupos de menor dependencia y que no eran susceptibles de mejora. En el mismo sentido, para determinar los sujetos que han empeorado durante el estudio, se eliminaron a aquellos clasificados en los grupos de mayor dependencia, no susceptibles de empeoramiento.

8.5.1. Evolución del grado de dependencia según CFR.

La evolución se presenta en los dos momentos de valoración: 6 meses y 12 meses desde el ingreso en el Centro.

Evolución del grado de dependencia a 6 meses del ingreso.

Atendiendo a la clasificación del grado de dependencia a los 6 meses del ingreso según el instrumento CFR, se observa que 901 sujetos (89,8%), conservaban el mismo grado que al ingreso en el centro, habiendo mejorado un porcentaje de 4,5% y empeorado un porcentaje de 5,7%.

Al estudiar la evolución de cada grupo de dependencia (Tabla 65), se observa que:

- Mejoran 19 sujetos clasificados inicialmente como dependientes leves, 7 clasificados como dependientes moderados y 19 de los clasificados como dependientes severos.
- Empeoran 27 de los sujetos clasificados inicialmente como autónomos, 12 como dependientes leves y 18 como dependientes moderados.

Tabla 65-Cap.8. Evolución del grado de dependencia evaluado con CFR desde el ingreso a los 6 meses

		Grado de dependencia según CFR a los 6 meses				
		Autónomo	Dependencia leve	Dependencia moderada	Dependencia severa	
Grado de dependencia según CFR al ingreso	Autónomo	N	198	14	6	7
		%	88,0	6,2	2,7	3,1
	Dependencia leve	N	19	67	9	3
		%	19,4	68,4	9,2	3,1
	Dependencia moderada	N	1	6	96	18
		%	0,8	5,0	79,3	14,9
	Dependencia severa	N	2	1	16	540
		%	0,4	0,2	2,9	96,6
	Total	N	220	88	127	568
		%	21,9	8,8	12,7	56,6

A los 6 meses, n=1003, existiendo 7 sujetos que no presentaban valoración adecuadamente cerrada.

Evolución del grado de dependencia al año de ingreso.

A los doce meses del ingreso, 742 sujetos (85,0%) continúan con el mismo grado de dependencia, siendo 46 (5,3%) los que mejoran y 85 (9,7%) los que empeoran.

Si se analiza de forma específica la evolución en cada una de las categorías de dependencia, se observa:

- Mejoran 18 sujetos inicialmente clasificados como dependientes leves, 10 clasificados como dependientes moderados y 18 como dependientes severos.
- Empeoran 35 sujetos clasificados inicialmente como autónomos, 20 clasificados como dependientes leves y 30 como dependientes moderados.

Tabla 66-Cap.8. Evolución del grado de dependencia evaluado con CFR desde el ingreso al año

		Grado de dependencia según CFR a los 12 meses				
		Autónomo	Dependencia	Dependencia	Dependencia	
			leve	moderada	severa	
Grado de dependencia según CFR al ingreso	Autónomo	N	176	24	3	8
		%	83,4	11,4	1,4	3,8
	Dependencia leve	N	18	54	13	7
		%	19,6	58,7	14,1	7,6
	Dependencia moderada	N	3	7	74	30
		%	2,6	6,1	64,9	26,3
	Dependencia severa	N	1	2	15	438
		%	0,2	0,4	3,3	96,1
	Total	N	198	87	105	483
		%	22,7	10,0	12,0	55,3

A los 12 meses, n=873, existiendo 6 sujetos que no presentaban valoración adecuadamente cerrada.

Evolución y resultados de ANOVA para I-AVD durante el primer año de ingreso.

La evolución de la media de AVD por grupo de edad presenta los siguientes resultados:

- A los seis meses del ingreso, en el grupo de 65-69 años desciende la media de AVD afectadas, manteniéndose en el grupo de 80-84 años. En todos los demás grupos se produce un incremento de la media de AVD.
- A los doce meses del ingreso, el grupo 65-69 años presenta una media de AVD inferior al ingreso y todos los demás grupos presentan un incremento de AVD afectadas respecto al ingreso. Los incrementos más importantes se producen en el grupo de 85-89 años (media ingreso= 8,5; media 12 meses=9,3) y en el de >90 años (media ingreso=9,3; media 12 meses= 10,3).

En la Tabla 67 se describe las puntuaciones medias de AVD según el grupo de edad del residente (65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89 y ≥ 90 años) y el momento de la evaluación (Ingreso, 6 meses y 12 meses), así como los resultados del análisis de ANOVA de medidas repetidas.

Con el análisis de ANOVA de medidas repetidas se obtienen los siguientes hallazgos:

- Hay diferencias significativas en la media de AVD según el momento de la evaluación;
- Estas diferencias no son iguales en todos los grupos de edad; y
- En uno o más de los momentos evaluados, hay diferencia en la media de AVDs según el grupo de edad.

En esta tabla se describe entre qué momentos de evaluación las diferencias son significativas (tanto en la muestra global como por grupos de edad; la figura 3 también permite observar las diferencias en el tiempo en cada grupo de edad):

- En el total de los residentes, la media de AVDs al ingreso $8,3 \pm 4,7$ es significativamente ($p < 0,01$) inferior que la obtenida a los 6 meses $8,5 \pm 4,8$ y a los 12 meses $8,8 \pm 4,9$ ($p < 0,001$); a su vez, también se detectan diferencias significativas entre los 6 y los 12 meses. (Hallazgo "a" del ANOVA de medidas repetidas, sombreado en amarillo en la tabla 67).
- Si se analiza separadamente cada grupo de edad, se constata que las diferencias significativas según el momento de la evaluación se deben, exclusivamente, a las que se producen en los dos grupos de edad más avanzada (85 - 90 y ≥ 90 años), (Hallazgo "b" del ANOVA de medidas repetidas, sombreado en verde en la tabla 67), mientras que la media de AVDs permanece más o menos estable a lo largo del año de seguimiento en los residentes menores de 85 años.

También en la tabla 67 se presenta, para cada momento evaluado, las diferencias entre los grupos de edad (Hallazgo "c" del ANOVA de medidas repetidas, sombreado en azul). En el momento del ingreso las diferencias son significativas entre los dos grupos más jóvenes y los mayores de 90 años. Algo semejante ocurre en la evaluación efectuada a los 6 meses. Sin embargo, en la evaluación de los 12 meses las diferencias significativas se extienden a otros grupos de edad: los dos grupos más jóvenes con los mayores de 85 años, y los

grupos intermedios (75 – 79 y 80 – 84) con los mayores de 90 años. Estas diferencias se pueden apreciar visualmente en la figura 4.

Tabla 67-Cap.8. Media de AVD de cada grupo de edad según el momento de la evaluación (n=873)

Evaluación → Edad en años ↓	Ingreso (I)		6 meses (6m)		12 meses (12m)		Valor de p dentro de cada grupo de	Evaluación con media diferente (CM)
	Media	DE	Media	DE	Media	DE		
65 - 69 (n=56) (a)	7,1	4,9	6,9	4,7	7,0	4,8	NS	
70 - 74 (n=89) (b)	7,2	4,7	7,5	5,0	7,6	5,0	NS	
75 - 79 (n=134) (c)	8,2	4,9	8,5	5,0	8,5	5,0	NS	
80 - 84 (n=204) (d)	8,3	4,6	8,3	4,6	8,6	4,8	NS	
85 - 90 (n=252) (e)	8,5	4,6	8,8	4,7	9,3	4,8	<0,01 <0,001 <0,001 <0,001	I vs 6m I vs 12m 6m vs 12m
> = 90 (n=138) (f)	9,3	4,5	9,6	4,6	10,3	4,9	<0,001 <0,001	I vs 12m I vs 12m
Total de residentes (n=873)	8,3	4,7	8,5	4,8	8,8	4,9	<0,01 <0,001 <0,001	I vs 6m I vs 12m 6m vs 12m
Valor de p entre grupos: Grupos de edad con media diferente (CM)	<0,05: a vs f <0,05: b vs f		<0,01: a vs f <0,05: b vs f		<0,05: a vs e <0,01: a vs f <0,05: b vs e <0,01: b vs f <0,05: c vs f <0,05: d vs f			

CM: Comparaciones Múltiples. Los valores de p en las CM han sido calculados con la corrección de Bonferroni.

Fuente de variación	p	Conclusiones
Intra sujetos: Momento de evaluación	<0,001	En el conjunto de los residentes, la media de AVDs es diferente según el momento de la evaluación
Interacción: Momento de evaluación * Grupo de edad	<0,001	La variabilidad observada en la media de AVDs según el momento de la evaluación, no es semejante en todos los grupos de edad
Entre grupos: grupo de edad	<0,001	Al menos en alguno de los 3 momentos evaluados, hay diferencias en la media de AVDs según el grupo de edad

Figura 4. N° medio de AVD durante el primer año de ingreso según edad

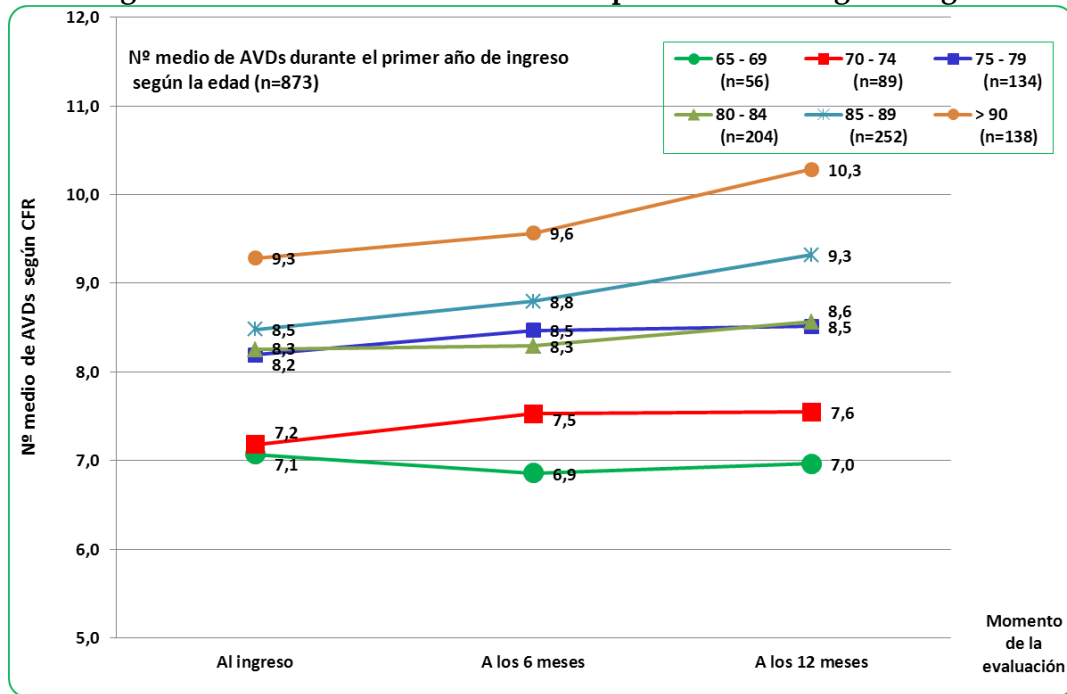
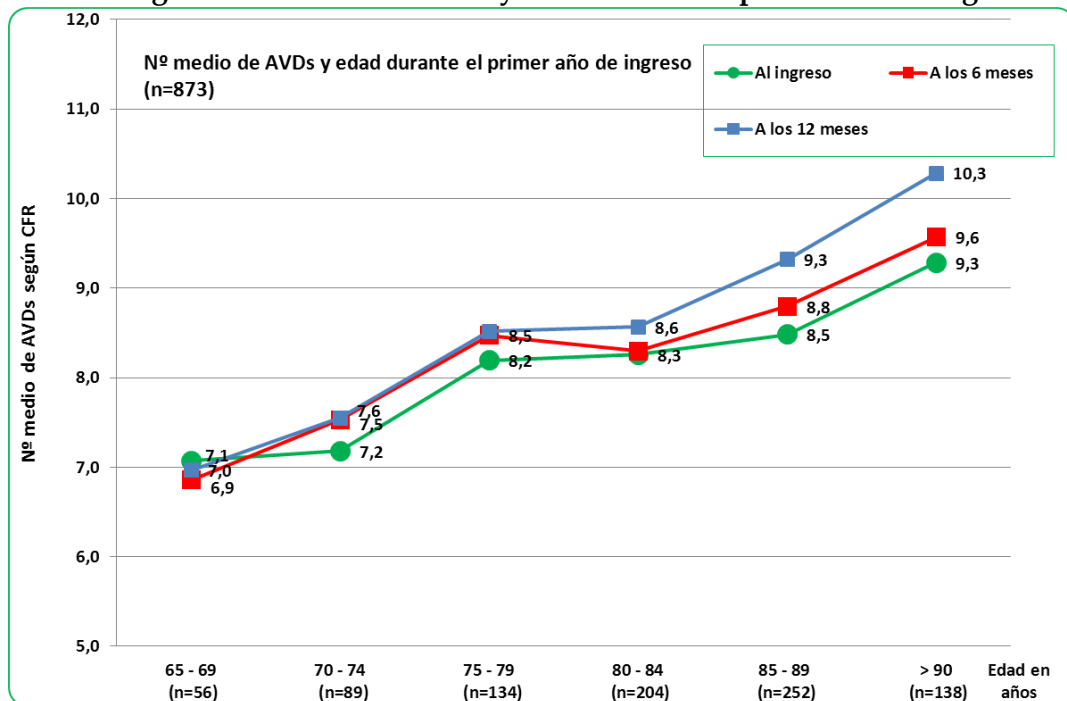


Figura 5. N° medio de AVD y edad durante el primer año de ingreso



Asociación entre diferentes características y el empeoramiento.

Al analizar determinadas características de los centros, como el tamaño o la tipología según la casuística de sus plazas, no se ha observado una asociación significativa estadísticamente con el empeoramiento de los sujetos susceptibles de empeorar (n=417).

- Al año de ingreso, el mayor porcentaje de empeoramiento se produce en los centros de “dependientes” (23,8%) y el menor en los de “no dependientes” (13,0%).
- Si se considera el tamaño de los centros, el mayor porcentaje de empeoramiento se detecta en los centros ≥ 375 plazas, alcanzando un 22,3%. En los centros ≤ 120 plazas es en los que se produce un menor porcentaje de empeoramiento (16,7%).

Las variables sexo, nivel de estudios o profesión previa, no han mostrado una asociación estadísticamente significativa con el empeoramiento, mientras que la edad del sujeto, sí que presenta una asociación significativa estadísticamente con valor de $p < 0,05$ (chi-cuadrado de Mantel-Haenszel).

- El porcentaje de empeoramiento es similar en ambos sexos, alcanzado el 20,8% en las mujeres y el 19,9% en los hombres.
- En relación al nivel de estudios, se observa un empeoramiento similar, próximo al 20% en todos los grupos, a excepción de los “universitarios”, grupo en el que ningún sujeto empeora al año de ingreso.
- El porcentaje de sujetos que empeoran va incrementándose al aumentar la edad del grupo, pasando del 14,7% en el grupo 65-69 años, hasta alcanzar un porcentaje de 29,5% en los mayores de 90 años.

Tabla 68-Cap.8. Asociación entre empeoramiento en dependencia al año y la edad y sexo. CFR

	Empeoramiento				Total de residentes*		P
	No (n=332)		Sí (n=85)		(n=417)		
	N	%	N	%	N	%	
Sexo del residente							NS
Hombre	157	80,1	39	19,9	196	100,0	
Mujer	175	79,2	46	20,8	221	100,0	
Edad del residente							<0,05**
65 -69	29	85,3	5	14,7	34	100,0	
70 - 74 años	47	81,0	11	19,0	58	100,0	
75 - 79 años	56	86,2	9	13,8	65	100,0	
80 - 85 años	82	82,8	17	17,2	99	100,0	
85 - 89 años	87	74,4	30	25,6	117	100,0	
≥ 90 años	31	70,5	13	29,5	44	100,0	

* Total de residentes que pueden empeorar (sin grado máximo de dependencia al ingreso); El valor de P corresponde al de la chi-cuadrado de Pearson, salvo el señalado con ** que corresponde al test de tendencia lineal de la chi-cuadrado de Mantel-Haenszel.

Asociación entre diferentes características y la mejoría de dependencia.

En los sujetos susceptibles de mejorar según la clasificación CFR (n=662), se detecta una asociación estadísticamente significativa entre la mejoría y el tamaño y tipo de centro.

- En los centros de "No dependientes" se aprecia una mejoría en el 25,0% de los sujetos, siendo de 6,5% en los centros "Mixtos" y para "dependientes".
- El mayor porcentaje de mejoría en el grado de dependencia se observa en los centros ≤120 plazas, suponiendo el 19,2%.

Tabla 69-Cap.8. Asociación entre mejoría en dependencia y tamaño/tipo de Residencia. CFR

	Mejoría				Total de residentes*		P
	No (n=616)		Sí (n=46)		(n=662)		
	N	%	N	%	N	%	
Tipo de Centro							<0,05
No dependientes	12	75,0	4	25,0	16	100,0	
Mixta	216	93,5	15	6,5	231	100,0	
Dependientes	388	93,5	27	6,5	415	100,0	
Tamaño del Centro							<0,001
≤ 120 plazas	59	80,8	14	19,2	73	100,0	
121 a 374 plazas	132	94,3	8	5,7	140	100,0	
≥ 375 plazas	425	94,7	24	5,3	449	100,0	

* Total de residentes que pueden mejorar (con algún grado de dependencia al ingreso); El valor de P corresponde al de la chi cuadrado de Pearson

El nivel de estudios y la profesión previa, no presentan una asociación significativa con la mejoría en el grado de dependencia, situación que se produce en la variable edad ($p < 0,01$) y sexo ($p < 0,05$).

- En los hombres se produce una mejoría en un porcentaje de 9,9% frente a 5,7% observado en las mujeres.
- El grupo de edad de 65-69 años, es el que presenta el mayor porcentaje de mejoría (26,5%), siendo el grupo de 85-89 años en el que se observa el menor porcentaje (4,5%).

Tabla 70-Cap.8. Asociación entre mejoría en dependencia y sexo y edad. CFR

	Mejoría				Total de residentes		P
	No (n=616)		Sí (n=46)		(n=662)		
	N	%	N	%	N	%	
Sexo del residente							<0,05*
Hombre	182	90,1	20	9,9	202	100,0	
Mujer	434	94,3	26	5,7	460	100,0	
Edad del residente							<0,01**
65 -69	25	73,5	9	26,5	34	100,0	
70 - 74 años	50	92,6	4	7,4	54	100,0	
75 - 79 años	94	94,9	5	5,1	99	100,0	
80 - 85 años	145	91,8	13	8,2	158	100,0	
85 - 89 años	190	95,5	9	4,5	199	100,0	
≥ 90 años	112	94,9	6	5,1	118	100,0	

* El valor de P corresponde al de la chi cuadrado de Pearson. ** El valor de P corresponde al test de tendencia lineal de la chi cuadrado de Mantel-Haenszel

8.5.2. Evolución del grado de dependencia según Índice de Barthel

El seguimiento de la clasificación del grado de dependencia al año según el Índice de Barthel, indica que 672 sujetos (78,5%) continúan en el mismo grado que al ingreso, mientras que 30 sujetos (3,5%) mejoran y 154 (18%) empeoran.

El análisis de la evolución de cada categoría de dependencia, ofrece los siguientes resultados:

- De los 30 sujetos que mejoran su grado de dependencia, 8 estaban clasificados inicialmente como dependientes leves, 8 como dependientes moderados, 7 como dependientes severos y 7 como dependientes totales.
- De los 154 sujetos que sufren empeoramiento en la clasificación de dependencia, 31 estaban clasificados inicialmente como independientes, 47 como dependientes leves, 46 como dependientes moderados y 30 como dependientes severos.

Tabla 71-Cap.8. Evolución del grado de dependencia evaluado con Barthel al año

		Grado de dependencia según Índice de Barthel a los 12 meses					
		Independiente	Dependencia leve	Dependencia moderada	Dependencia severa	Dependencia total	
Grado de dependencia según Índice de Barthel al ingreso	Independiente	N	147	29	0	1	1
		%	82,6	16,3	0,0	0,6	0,6
	Dependencia leve	N	8	182	38	8	1
		%	3,4	76,8	16,0	3,4	0,4
	Dependencia moderada	N	0	8	59	32	14
		%	0,0	7,1	52,2	28,3	12,4
	Dependencia severa	N	0	1	6	72	30
		%	0,0	0,9	5,5	66,1	27,5
	Dependencia total	N	0	0	1	6	212
		%	0,0	0,0	0,5	2,7	96,8
	Total	N	155	220	104	119	258
		%	18,1	25,7	12,1	13,9	30,1

En la tabla 72 se describe las puntuaciones medias del Índice de Barthel (IB) según el grupo de edad del residente (65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89 y ≥ 90 años) y el momento de la evaluación (Ingreso y 12 meses), así como los resultados del análisis de ANOVA de medidas repetidas.

Con el análisis de ANOVA de medidas repetidas se obtienen los siguientes hallazgos:

- Hay diferencias significativas en la media del IB según el momento de la evaluación;
- Estas diferencias no son iguales en todos los grupos de edad; y
- En uno o más de los momentos evaluados, hay diferencia en la media del IB según el grupo de edad.

En esta tabla se describe entre qué momentos de evaluación las diferencias son significativas (tanto en la muestra global como por grupos de edad; la figura 5 también permite observar las diferencias en el tiempo en cada grupo de edad):

- En el total de los residentes, la media del IB al ingreso $55,1 \pm 37,3$ es significativamente ($p < 0,001$) mayor que la obtenida a los 12 meses $50,8 \pm 37,9$. (Hallazgo "a" del ANOVA de medidas repetidas, sombreado en amarillo en la tabla 72).
- Si se analiza separadamente cada grupo de edad, se constata que las diferencias significativas, según el momento de la evaluación, ocurren en todos los grupos de edad, salvo en el de los más jóvenes (65 – 69 años) en donde el cambio de puntuación no es significativo. (Hallazgo "b" del ANOVA de medidas repetidas, sombreado en verde en la tabla 72).

También en la tabla 72 se presenta, para cada momento evaluado, las diferencias entre los grupos de edad (Hallazgo "c" del ANOVA de medidas repetidas, sombreado en azul). En el momento del ingreso las diferencias son significativas entre todos los grupos de edad y los mayores de 90 años, además entre el grupo de 70 – 74 años y los tres grupos mayores de 80 años. Un patrón semejante, aunque no idéntico ocurre en la evaluación efectuada a los 12 meses. Estas diferencias se pueden apreciar visualmente en la figura 6.

Tabla 72-Cap.8. Media del índice de Barthel de cada grupo de edad según el momento de la evaluación (n=856)

Evaluación → Edad en años ↴	Ingreso (I)		12 meses (12m)		Valor de p dentro de cada grupo de edad
	Media	DE	Media	DE	
65 - 69 (n=54) (a)	69,0	38,8	67,8	39,5	NS
70 - 74 (n=88) (b)	69,2	37,7	66,8	38,7	<0,05
75 - 79 (n=132) (c)	56,7	38,4	52,7	38,9	<0,001
80 - 84 (n=201) (d)	55,3	36,2	51,8	36,8	<0,001
85 - 90 (n=247) (e)	53,4	35,8	47,2	35,9	<0,001
> = 90 (n=134) (f)	41,6	35,1	36,8	34,7	<0,001
Total de residentes (n=856)	55,1	37,3	50,8	37,9	<0,001
Valor de p entre grupos: Grupos de edad con media diferente (CM)	<0,001: a vs f <0,05: b vs d <0,01: b vs e <0,001: b vs f <0,05: c vs f <0,05: d vs f <0,05: e vs f	a vs f b vs d b vs e b vs f b vs f c vs f d vs f d vs f	<0,01: a vs e <0,001: a vs f <0,05: b vs d <0,001 b vs e <0,001 b vs f <0,01: c vs f <0,01: d vs f	a vs e a vs f b vs d b vs e b vs f c vs f d vs f	

CM: Comparaciones Múltiples. Los valores de p en las CM han sido calculados con la corrección de Bonferroni.

Fuente de variación	p	Conclusiones
Intra sujetos: Momento de evaluación	<0,001	En el conjunto de los residentes, la media del índice de Barthel es diferente según el momento de la evaluación
Interacción: Momento de evaluación * Grupo de edad	<0,05	La variabilidad observada en la media del índice de Barthel según el momento de la evaluación, no es semejante en todos los grupos de edad
Entre grupos: grupo de edad	<0,001	En alguno de los dos momentos evaluados, hay diferencias en la media del índice de Barthel según el grupo de edad

Figura 6. Media I-Barthel durante el primer año de ingreso según edad

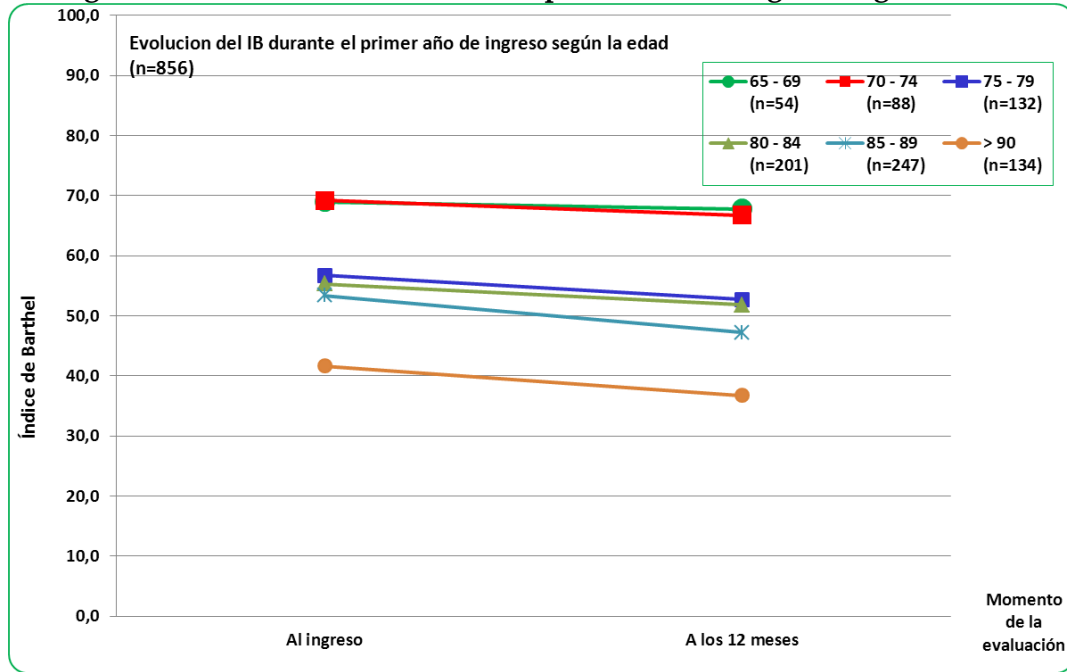
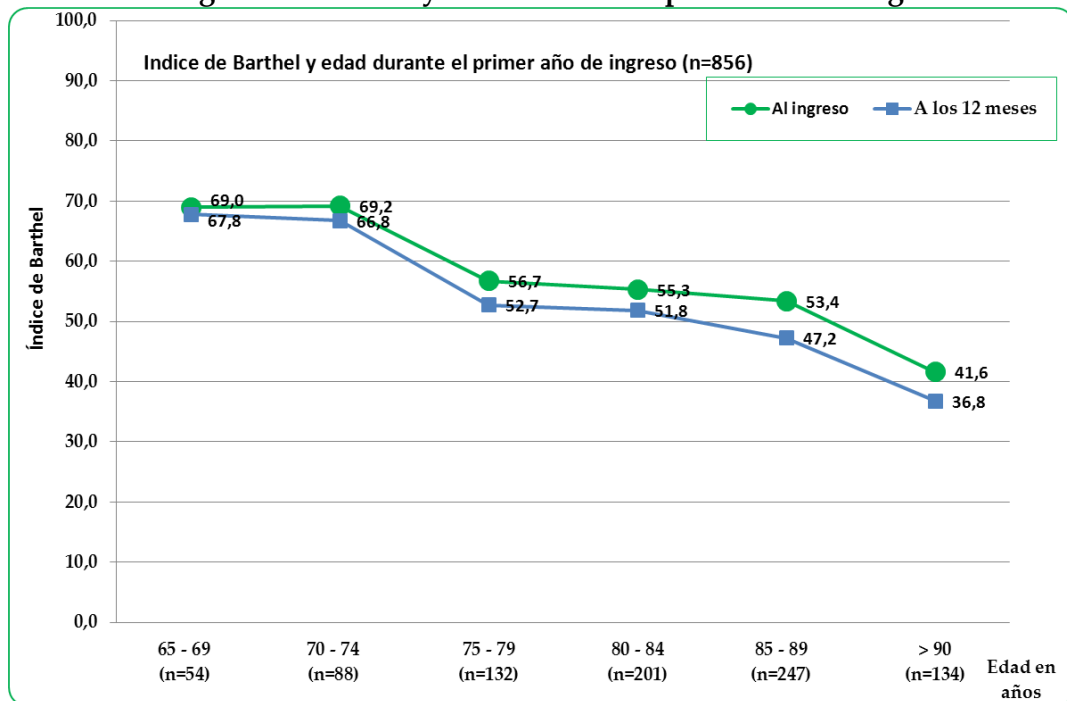


Figura 7. I-Barthel y Edad durante el primer año de ingreso



Asociación entre diferentes características y el empeoramiento (Barthel).

Al año de ingreso, 637 sujetos eran susceptibles de empeoramiento por no haber sido clasificados inicialmente en el máximo grado de dependencia.

Atendiendo a las características de los centros, la variable "Tipo de centro", presenta una asociación significativa estadísticamente con el empeoramiento de dependencia, presentando una $p < 0,001$. El "Tamaño de centro" no presenta una asociación significativa.

- El tipo de centro en el que se observa el mayor porcentaje de empeoramiento es el de "Dependientes", alcanzando un 29,5%. El menor porcentaje se aprecia en el centro para "No dependientes", suponiendo un 10,1%.
- El "tamaño de centro" en el que se detecta un porcentaje más elevado de empeoramiento, 30,1%, es el centro ≤ 120 plazas. A nivel de frecuencias, en los centros ≥ 375 plazas se producen 103 casos de empeoramiento.

Tabla 73-Cap.8. Asociación entre empeoramiento en dependencia y tipo/tamaño de centro. Barthel

	Empeoramiento				Total de residentes*		P
	No (n=483)		Sí (n=154)		residentes* (n=637)		
	N	%	N	%	N	%	
Tipo de Centro							<0,001
No dependientes	71	89,9	8	10,1	79	100,0	
Mixta	195	78,0	55	22,0	250	100,0	
Dependientes	217	70,5	91	29,5	308	100,0	
Tamaño del Centro							NS
≤ 120 plazas	58	69,9	25	30,1	83	100,0	
121 a 374 plazas	110	80,9	26	19,1	136	100,0	
≥ 375 plazas	315	75,4	103	24,6	418	100,0	

* Total de residentes que pueden empeorar (sin grado máximo de dependencia al ingreso); El valor de P corresponde al de la chi cuadrado de Pearson

Entre las características personales del sujeto, la "edad" ($p < 0,01$) y la "profesión anterior" ($p = 0,05$), presentan una asociación estadísticamente

significativa con el empeoramiento en dependencia, no siendo significativa para el sexo o el nivel de estudios.

- El porcentaje de empeoramiento va incrementándose al ir aumentando la edad del grupo, encontrándose el mayor porcentaje en el grupo de ≥ 90 años (29,8%) y el menor en el grupo de 65-69 años (7,1%).
- La profesión que presenta una mayor frecuencia de empeoramiento (N=71) es la de "ama de casa", siendo la profesión de "administrativos" en la que mayor es el porcentaje de empeoramiento (41,7%).

Tabla 74-Cap.8. Asociación entre empeoramiento en dependencia y edad y profesión. Barthel.

	Empeoramiento				Total de residentes*		P
	No (n=483)		Sí (n=154)		(n=637)		
	N	%	N	%	N	%	
Edad del residente							<0,01**
65 -69	39	92,9	3	7,1	42	100,0	
70 - 74 años	61	82,4	13	17,6	74	100,0	
75 - 79 años	73	74,5	25	25,5	98	100,0	
80 - 85 años	118	76,6	36	23,4	154	100,0	
85 - 89 años	133	71,9	52	28,1	185	100,0	
≥ 90 años	59	70,2	25	29,8	84	100,0	
Profesión							
Ama de casa	175	71,1	71	28,9	246	100,0	=0,05
I	4	80,0	1	20,0	5	100,0	
II	9	81,8	2	18,2	11	100,0	
III	14	58,3	10	41,7	24	100,0	
IVa	92	80,7	22	19,3	114	100,0	
IVb	76	74,5	26	25,5	102	100,0	
V	45	80,4	11	19,6	56	100,0	
Otras	68	86,1	11	13,9	79	100,0	

* Total de residentes que pueden empeorar (sin grado máximo de dependencia al ingreso); El valor de P corresponde al de la chi cuadrado de Pearson salvo el señalado con ** que corresponde al test de tendencia lineal de la chi cuadrado de Mantel-Haenszel.

Asociación entre mejoría en dependencia y otras características al año según el Índice de Barthel

Los 30 sujetos que mejoran al año de estudio, según la clasificación del Índice de Barthel, suponen un porcentaje de 4,42% del total de residentes susceptibles de mejorar.

Al estudiar la asociación entre la mejora en dependencia y las características del centro, se observa que es significativa en relación al “Tipo de centro” con un valor $p < 0,001$; no siendo significativa estadísticamente en relación al “Tamaño de centro”.

- El mayor porcentaje de mejora se produce en los centros de “No dependientes” (13,6%) y en los centros ≤ 120 plazas (5,6%).

Tabla 75-Cap.8. Asociación entre mejoría I- Barthel y características del centro.

	Mejoría				Total de residentes		P
	No (n=648)		Sí (n=30)		(n=678)		
	N	%	N	%	N	%	
Tipo de Centro							<0,001*
No dependientes	19	86,4	3	13,6	22	100,0	
Mixta	232	95,5	11	4,5	243	100,0	
Dependientes	397	96,1	16	3,9	413	100,0	

* El valor de P corresponde al de la chi cuadrado de Pearson

Existe una asociación significativa estadísticamente entre la mejora en el grado de dependencia y las variables: “Edad” con un valor $p < 0,01$ y “Profesión previa” con $p < 0,05$. En las variables sexo y nivel de estudios no se observa una asociación significativa.

- El mayor porcentaje de mejoría se aprecia en el grupo de 70-74 años, en el que supone un 7,8% y entre el personal de perfil “administrativo”

Tabla 76-Cap.8. Asociación entre mejoría I- Barthel y características personales.

	Mejoría				Total de residentes		P
	No (n=648)		Sí (n=30)		(n=678)		
	N	%	N	%	N	%	
Edad del residente							<0,01**
65 -69	32	100,0	0	0,0	32	100,0	
70 - 74 años	47	92,2	4	7,8	51	100,0	
75 - 79 años	95	95,0	5	5,0	100	100,0	
80 - 85 años	150	93,8	10	6,3	160	100,0	
85 - 89 años	205	96,2	8	3,8	213	100,0	
>= 90 años	119	97,5	3	2,5	122	100,0	
Profesión							
Ama de casa	313	96,6	11	3,4	324	100,0	<0,05*
I	4	100,0	0	0,0	4	100,0	
II	5	100,0	0	0,0	5	100,0	
III	18	90,0	2	10,0	20	100,0	
IVa	98	93,3	7	6,7	105	100,0	
IVb	92	95,8	4	4,2	96	100,0	
V	56	96,6	2	3,4	58	100,0	
Otras	62	93,9	4	6,1	66	100,0	

* P corresponde al de la chi cuadrado de Pearson

** P corresponde al test de tendencia lineal de la chi cuadrado de Mantel-Haenszel.

8.5.3. Evolución del CFR en los sujetos con mayor distorsión en la clasificación inicial.

Como último aspecto de esta parte del estudio longitudinal, se analiza, de forma específica, el impacto de la institucionalización en el grupo de sujetos que presentaron la mayor discordancia en las clasificaciones iniciales de dependencia según los resultados de BVD y CFR, y el resto de sujetos que presentaban una mayor similitud en los resultados de la clasificación, tras haber mostrado en el apartado 8.2.7, el comportamiento de determinadas variables sociodemográficas y

relacionadas con el ingreso, en este grupo de sujetos frente al resto de la población de estudio.

La evolución del nivel de dependencia según el instrumento CFR al año del ingreso, del grupo de sujetos con mayores discordancias iniciales en la clasificación respecto al BVD, frente al resto de sujetos, muestra una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$), con un porcentaje del 67,3% de sujetos que no ven modificada su clasificación inicial según CFR, frente al 87,4% en el resto de sujetos de estudio.

El porcentaje de empeoramiento de este grupo es del 22,1%, frente al 7% en el resto de los sujetos de estudio.

Tabla 77-Cap.8. Evolución del CFR en los sujetos con mayor distorsión en la clasificación al ingreso entre BVD y CFR

	Clasificación de dependencia BVD al ingreso > CFR				P
	NO		SÍ		
	N	%	N	%	
Evolución del CFR al año					
Empeora 3 grados	4	0,5	4	3,8	
Empeora 2 grados	2	0,3	8	7,7	
Empeora 1 grado	52	6,8	15	14,4	
Permanece igual	672	87,4	70	67,3	<0,001
Mejora 1 grado	33	4,3	7	6,7	
Mejora 2 grados	5	0,7	0	0,0	
Mejora 3 grados	1	0,1	0	0,0	
Total	769	100,0	104	100,0	

El valor de p corresponde al de la chi-cuadrado de Pearson; NS: no significativo.

8.6. ESTUDIO ETNOGRÁFICO.

De los 40 sujetos entrevistados inicialmente para el estudio etnográfico, dos fueron desestimados por presentar una alteración cognitiva leve que dificultaba la coherencia expositiva y el objetivo de esta fase del estudio.

Como se ha descrito en el capítulo de metodología, las entrevistas se realizaron en despachos o salas de junta en las residencias en las que se encontraban los sujetos de estudio, aproximándose a su entorno, situación que posibilitaba la observación en su medio y generaba un clima de confianza que favorecía la comunicación.

Con la intención de facilitar la comprensión de los resultados, se ha considerado pertinente la presentación de los mismos en epígrafes, estructurados según las categorías planificadas inicialmente en el diseño del estudio y la información surgida de los propios discursos de los participantes.

8.6.1. Motivos de la Institucionalización.

En la mayoría de los motivos alegados por los residentes para su ingreso en la residencia, subyace un problema o situación de índole social, siendo minoritarios los sujetos que indicaban como principal y único desencadenante, un problema de salud. La dependencia del cónyuge, la soledad, la ausencia de vivienda o de recursos, la preparación de un futuro antes de instaurarse la dependencia o un problema agudo de salud, han sido los motivos principales referidos por los sujetos de estudio, incidiendo en otras características relacionales o de asunción de la institución.

A pesar de que en muchos discursos se reconocen varios motivos relacionados, se ha procedido a su categorización en función de su relevancia en la situación concreta del residente y en el impacto que le atribuyen en la decisión de acceso a la Residencia.

Dependencia de un miembro de la pareja

Un grupo que ha surgido de forma clara en el estudio, con matices específicos en varias de las categorías, ha sido el de maridos y mujeres autónomos, casados con un cónyuge dependiente que precisa el ingreso en la

institución. Una situación destacada por varios sujetos casados fue su compromiso con el cónyuge dependiente y con la necesidad de ingreso de la pareja en la residencia para asegurar sus cuidados, independientemente de que ellos no lo necesitaran personalmente en ese momento.

En el discurso aparecen ideas relacionadas con el “deber conyugal”, que marca la obligación de acompañar al cónyuge en este episodio; e ideas basadas en la relación de afecto que les une, siendo entonces el acompañamiento, una muestra más de “amor conyugal”.

No se apreciaron en ese compromiso manifestado, diferencias en los discursos de hombres y mujeres.

- Ent 1. M-1. *El problema que tenemos es que mi marido no puede subir escaleras y por eso no podemos ir a casa de los hijos... Le dije yo: es que si vas a una residencia, yo también voy. Además, es que no se está igual estando el matrimonio... Hombre, a mí me costó un disgusto muy grande. Dejar tu casa y venirte aquí, que no sabes cómo te va a ir... pero como quiero tanto a mi marido, por él, hago lo que sea...*

- Ent 2. H-1. *Nos vinimos aquí por el motivo de que mi mujer, como estaba con Alzheimer... Lo único que le he pedido a mi hija es que si a mí me pasa algo antes que a mi mujer, que se lleve a su madre...*

En los matices de la obligación y del compromiso con el cónyuge, subyace la influencia social del “deber ser” y de lo culturalmente esperado en esta relación de pareja.

- Ent 3. M-3. *yo me vine por mi marido, por eso, que yo me hubiera estado en casa... me hubiera bandeado en mi casa, pero me ha dado mucho apuro que viniera solo...*

El compromiso y la condición de pareja, no solo marcan el discurso de los protagonistas, sino que condiciona su forma de interacción en el centro. Durante

la observación, se percibe como los miembros autónomos de esas parejas, establecen relaciones principalmente con los miembros de otras parejas, con vínculos basados en esa condición de “casados”, que se configura en un estatus específico que dirige la relación entre los integrantes de las parejas y los distingue del resto de residentes.

Soledad.

Como variable personal, la soledad aparece como causa de ingreso principalmente en el discurso de sujetos solteros, con redes familiares limitadas y en aquellos individuos cuya soledad es consecuencia de haber enviudado, especialmente, de forma reciente. La interpretación que formulan sobre la situación de soledad, presenta matices diferentes en uno u otro caso, incidiendo, a su vez, en la aceptación y adaptación a la institución.

En los sujetos que han enviudado, a la situación de duelo generada por la muerte de la pareja, se une una “soledad sobrevenida”, que presupone una dificultad para mantenerse en el domicilio conyugal, por razones de índole económica, falta de hábito o destreza en el autocuidado, o por el temor secundario a la propia situación de soledad:

- Ent 13. M-9. *Vengo de mi casa. Me quedé sin marido. Cuando pedí la residencia, vieron el dinero y que estaba yo sola, tenía esa medallita que llamas, pero estaba yo sola....*
- Ent 15. M-11. *Me llevaron cuando se fueron mis hijos. Yo estaba sola en casa porque se había muerto mi marido y como caí mala, fue cuando me trajeron a la residencia, porque no podía estar sola. Y tengo mi piso cerradito...*

El grupo de solteros, que habitualmente han vivido en casas de hermanos, sobrinos y de otras relaciones, parece asumir la institucionalización como una salida lógica y esperada a su situación personal, presentando menor sensación de pertenencia a un grupo familiar y menor apego al domicilio o vivienda anterior.

- Ent 16. M-12. *Yo no me casé porque mi padre no quería a los que yo quería...Atendí a mis padres, pero cuando me jubilaron y se murió mi padre, yo ya me fui libremente a una residencia...*

- Ent 24. M-17. *Mi hermano me dijo, hermana que te veo sola. Le dije: pues vete buscando una cosita donde esté a gusto...*

Esta situación, parece influir positivamente en la adaptación del grupo de solteros a la institución. La aceptación de la residencia como una respuesta a una necesidad social fraguada durante bastante tiempo, condiciona un mayor cumplimiento de sus expectativas de ingreso, independientemente de la experiencia individual posterior.

Falta de recursos.

La ausencia de un domicilio, alquilado o en propiedad, o de otros recursos materiales suficientes para la manutención, ha sido manifestada de forma específica por dos perfiles diferenciados de sujetos:

Sujetos solos, habitualmente solteros, que emigraron a Madrid para trabajar, viviendo en casas de alquiler o en las casas en las que desarrollaban su actividad laboral.

- Ent 14. M-10. *Yo no tengo casa, no tengo a nadie. Vivía con una familia que me recogieron. Estaba trabajando para ellos. Pero no tengo nada, nada. Ni cuadros tenía, vivía de alquiler. Se murieron mis padres y mi hermana...*

- Ent 32. H-13. *Me vine aquí porque no tenía casa ni dinero para pagar un alquiler. He trabajado muchos años por mi cuenta, pero he cotizado poco y tengo una pensión de nada. ¿Qué iba a hacer?*

El otro perfil, con unas características muy específicas que los diferencian sustancialmente del resto de sujetos de estudio, lo conforman residentes con relaciones previas marcadas por la desestructuración y/o la conflictividad familiar, así como por la inexistencia de un grupo inmediato referente para el

apoyo. En los sujetos de este perfil, el motivo principal que condujo a la institucionalización fue la necesidad de abandonar una institución previa, habitualmente de tipo albergue o pensión, al alcanzar o superar los sesenta y cinco años, careciendo de otras opciones, al menos en el momento en que ingresan en la Residencia. La situación de vida previa, con marcados tintes de exclusión y marginalidad, los distancia de cualquier otro sujeto de los estudiados, inicialmente por presentar una edad significativamente menor a la del resto y unas expectativas diferentes de la institucionalización.

- Ent 9. H-3. *Estuve muchos años viviendo fuera de Madrid, de un lado para otro. Ahora llevaba tiempo tirado por ahí, de un lado para otro, en pensiones, albergues... he dormido hasta en cajeros...*
- Ent 17. M-13. *Yo vivía en una pensión que me pagaba el Ayuntamiento. Tenía la paga para mí sola. Se cansaron las señoritas del albergue y me dijeron: "cuando seas más vieja va a ser peor"... Un hermano se murió, a los otros no los veo. La cuñada me dio con la puerta en las narices. No sé si sabrán que vivo aquí en la Residencia...*
- Ent 28. H-10. *He estado viviendo en albergues y cosas y ya no podía, porque hace falta dinero para trayectos, no llegas a tiempo con las horas, es mucho lío por ahí... yo también tenía problemas y ya en esto...El trabajador social me dijo que me iba a arreglar un poquillo para ver si me arreglaba una residencia...*

La escasez de recursos, florece en varios discursos de otros sujetos, como un componente secundario a añadir al motivo principal que les dirigió a la solicitud de ingreso. Esa situación se deja entrever en el discurso de alguna viuda, que a los problemas de soledad, añade la dificultad para mantener la forma de vida previa.

- Ent 13. M-9. *Cuando me quedé sin marido, en esa casa tan grande y con la renta muy alta... Entonces, me ayudaron mucho, mi hijo y la asistente social. Vieron el dinero y me llamaron enseguida...*

- Ent 33. M-20. *Yo vivía con mi marido, pero al irse me dejó tirada. Con lo que cobro no tengo ni para pagar los recibos...*

Preparación de la vejez o prevención de la dependencia.

En la fase de estudio cuantitativo se introdujo como una causa de ingreso, el “deseo de independencia” de la persona, como un código especialmente diseñado para personas autónomas que no quieren generar carga alguna a sus familiares o que no desean vivir en otros domicilios o entornos privados distintos a los suyos.

En las entrevistas se ha identificado esa causa y una situación que se podría denominar como “solicitud preventiva”, formulada por la persona antes de ser dependiente, para asegurarse ante la incertidumbre de un futuro que podría avocar a una situación de dependencia que repercutiría en la familia.

- Ent 5. M-4. *Yo vivía en casa de mi hija, que yo siempre he estado con ella, resulta que hay muchas escaleras. Arreglé yo todo para no ser una carga.*
- Ent 11. H-4. *Hace años solicité una residencia para mi señora y para mí, para la jubilación. Una cosa lógica y humana. Y nos han estado llamando cada tiempo, que si estábamos conformes...*

Esta solicitud preventiva, aunque no ha sido manifestada como el motivo principal en muchos casos, ha generado situaciones de cierta sorpresa, cuando los expedientes administrativos se han resuelto de una forma más ágil de la que consideraba el sujeto, produciendo inseguridad ante la inmediatez de la institucionalización. Sujetos que “echaban los papeles” para ir preparando, deben decidir de forma inminente su incorporación a la residencia, encontrándose todavía con un nivel de autonomía importante.

- Ent 31. H-12. *Yo esto lo solicité por si algún día nos hacía falta, diez años después de jubilarme. Dije, “pues vamos a ver”...pero de momento, no lo había pensado... Me gustaría estar en mi casa, pero claro. Sé que en mi casa no podemos estar. Mi mujer ni puede hacer una cama.. Yo con miras a eso dije, pues*

lo vamos a solicitar, pero sin pensar que iba a salir, y mira por donde, en un momento...

- Ent 34. M-21. *No me lo esperaba tan pronto, la verdad. Con las listas que dicen qué hay. Estaba sola y tenía la medallita y de momento me manejaba...pero bueno, ya estoy aquí...*

Problemas de salud.

En los discursos, de forma constante, se arguyen deterioros en el estado de salud y múltiples patologías, aunque en pocas ocasiones han sido señalados como la causa inmediata o fundamental del ingreso. En estos casos, el sujeto manifiesta una situación aguda que le imposibilitó su permanencia en el domicilio, si bien, la situación se ha resuelto o ha mejorado notablemente desde su ingreso en el centro.

- Ent 4. M-3. *Yo vivía en mi casa. El infarto me dio en mi casa. Pero luego me llevaron a una residencia de pago. Y luego estuve unos meses porque el doctor dijo que me llevaran a una residencia donde hubiera gimnasia y esas cosas...también tenía el lumbago, las costillas., pero a pesar de esto, ahora estoy bastante bien.*
- Ent 7. M-6 *En unos años he pasado todas las enfermedades, pero antes nunca estaba mala. Yo estaba en mi casa y empecé a ponerme, cómo se dice, pesada. Me caí en el cuarto de baño y estuve toda la noche sola...me daban por muerta. Iba en silla de ruedas y todo, pero ahora: me baño, me hago la cama... lo peor que tengo son las manos...*
- Ent 25. H-8. *Ahora estoy muy bien, pero estuve a la muerte. No me querían ni operar ni nada. Pasé al servicio de un bar y eché tres litros de sangre...*

Las manifestaciones sobre problemas de salud asociados, que sin ser el motivo de ingreso, sí que constituyen una limitación para la supervivencia autónoma, han sido argumentados por varios sujetos, desde una perspectiva de cierta autocompasión e incluso de autojustificación, poniendo de manifiesto sus limitaciones y las consecuentes dificultades secundarias.

- Ent 3. M-2. *Yo he venido porque mi marido tiene el Alzheimer, pero yo estoy enferma... Me ha quitado mi marido la mitad de la vida. Con todas las cosas que tengo, demasiado bien estoy...*
- Ent 34. M-21. *Hijo, la verdad es que tengo la espalda y las piernas molidas de tanto trabajar.*

La observación permite constatar cómo, a pesar de los problemas de salud manifestados, los sujetos de estudio se manejaban de forma autónoma por la Residencia, refiriendo incluso el desarrollo de actividades instrumentales como la limpieza de la habitación, la realización de las camas o el empleo de medios de transporte.

Durante el trabajo de campo se ha podido observar continuamente el grado de autonomía de los participantes y su capacidad para desplazarse e interactuar, en el centro y fuera del mismo, encontrando a varios sujetos en el exterior o utilizando medios de transporte.

8.6.2. Valoración de la dependencia.

La exploración sobre la vivencia específica del proceso de valoración de la dependencia y la descripción del procedimiento, ha resultado compleja, al no haberse percibido como relevante por los sujetos de estudio, no consiguiendo, en numerosos casos, que identificaran un momento o unas actividades concretas relacionadas con la valoración.

Pocos residentes han manifestado un protagonismo explícito en este proceso, describiendo los pasos que habían emprendido hasta la valoración y la asignación del programa.

- Ent 5. M-4. *Me arreglé yo mis papeles y fui a Chamartín. Allí me estuvo viendo una señora médico y fueron a mi casa...*

Numerosos sujetos descargaban la responsabilidad de la solicitud y del resto de las gestiones administrativas en los hijos u otros familiares, adquiriendo un rol de relativa pasividad en el proceso. En este grupo es característica la falta de identificación del proceso de valoración.

- Ent 4. M-3. *Estaba en casa de mis hijos, porque ellos no me dejaron cuando me dio el jamacuco. Estuve un mes en el hospital. Allí solicitaron y les dieron la residencia.*
- Ent 24. M-17. *Mi hermano se encontraba mal y para que no me quedara sola, se lo explicó a los del Ayuntamiento. No dio mucho tiempo para que vinieran a casa. Lo hicieron todo muy rápido.*
- Ent 25. H-8. *Yo vivía solo, pero me lo movió mi hermana y yo me he quedado tan a gusto. Vino una asistente social y luego una señorita de Madrid y me lo arreglaron.*
- Ent 30. H-11. *Estuve un año con la hermana, pero no me acuerdo cómo fue esto de la plaza. Ella arregló todo el papeleo...*

Los miembros autónomos de parejas, describen la valoración enfatizando la desarrollada al miembro dependiente, sin incidir en su propia valoración, al considerarla secundaria a la del cónyuge. De alguna manera, consideran que su valoración se ha visto arrastrada por la situación de su pareja.

- Ent 2. H-1. *Estuvieron dos señoritas allí con su máquina, y escribiendo la puntuación de mi señora, claro, porque la mía al fin y al cabo... Yo estoy bien, pero los años no pasan en balde claro...ya me van flojeando... ya me he caído tres veces aquí.*
- Ent 18. H-5. *Nosotros no hicimos nada. Vinieron a casa y nos vieron a los dos, pero sobre todo a ella. Al cabo de los dos años de hacernos el informe, pues nos salió la plaza. Yo pensé que era para mi mujer sola, pero era para los dos, y dije yo: "pues perfecto...y así mejor"...*

Algunos sujetos, identifican la clasificación de la situación de dependencia como un aspecto negativo y casi estigmatizante, al considerar que supone una merma en su capacidad de decisión o en la posibilidad de desarrollarse personalmente en la Residencia. En estos casos, los protagonistas relacionan la valoración, y más concretamente la clasificación obtenida, con un error u otra incidencia en el proceso:

- Ent 11. H-4. *No sé quién, ni porqué ni cómo me pusieron un “cartelito” de dependiente o cómo se diga... no puedo hacer nada.*
- Ent 37. H-14. *Desde que llegué les dije que yo me manejaba solo, pero como no sé qué papel pone que soy asistido, no me dejan tranquilo y ya me ve usted, ¿le parezco asistido?...*

8.6.3. Visión sobre la Institución.

La visión de los residentes sobre la institución denota un aura de conformismo, ante la inexistencia de otras alternativas que den respuesta a su necesidad. Esa mezcla entre el destino no deseado pero imprescindible, marca muchas de las interpretaciones de los sujetos de estudio sobre la residencia e impacta en los roles y en las relaciones que se generan en su interior.

- Ent 21. M-15. *Como soy viuda tengo que estar aquí, qué voy a hacer yo sola por ahí, mis hijos se casaron y estoy feliz aquí.*
- Ent 25. H-8. *Ya estoy acostumbrado a estar aquí. Paso unas horas fuera y me subo. Las cosas hay que verlas como son. Ahora estoy mejor aquí, así que para qué pensar en otras cosas.*

Se perciben diferencias importantes en la impresión sobre la residencia, muy influenciadas por las características personales de cada sujeto y por sus experiencias vitales previas, que se convierten en elementos catalizadores o generadores de mayor dificultad en la adaptación.

Un factor considerado por varios sujetos como “amortiguador” del impacto de la institución es la experiencia previa en instituciones educativas, religiosas, militares o similares; situación que alegan como facilitadora para la adaptación. En el discurso establecen similitudes entre los aspectos normativos, relacionales y el desarrollo de la vida en este tipo de organizaciones y en las residencias.

- Ent 13. M-9. *Mira, yo de pequeña me quedé huérfana y Franco nos metió a cada una en un colegio, me dio mis estudios... y ahora estoy muy contenta por esto,*

“Es otro colegio, pero de mayores”, lo mismo, lo mismo...un corrito de mayores, otro de las que hablan, luego está la que hace de jefa...

- Ent 21. M-15. *Pues yo me encuentro como en casa. Mi padre era militar y vivíamos en las bases, así que qué me va a sorprender. Todo muy bien...*
- Ent 27. H-9. *Estuve en un convento. Me hacía la habitación, limpiaba, me despertaban por la noche...para mí esto es una liberación, como si estuvieras en el hotel Palace: te lavan la ropa, te friegan...*
- Ent 31. H-12. *Yo no he tenido problemas para adaptarme, hay que saber adaptarse. Esto es igual que los que hemos pasado por el ejército. Las imaginarias, las guardias, hay quien te quiere engañar... y aquí se puede quedar uno dormido también por la noche... es el sentido de la responsabilidad y cada uno es responsable de cada uno.*

La normalización en la Institución.

Para obtener información sobre el impacto de los aspectos normativos de la institución en sus vidas, hubo que preguntar expresamente, no aflorando de forma espontánea en los discursos. La mayoría de los sujetos no veían en las normas algo extraordinario que les supusiera un esfuerzo o una limitación frente a sus vidas anteriores.

- Ent 4. M-3. *Los horarios y eso están bien. Hay que comer, cenar... cuando vienen a la habitación, yo ya estoy apañada sola, por ahora puedo...*
- Ent 8. H-2. *Yo me he acostumbrado bien a todo. A las 8 o así me levanto, me voy al servicio y me voy lavando. Cuando viene la chica, ya estoy vestido y apañado. Yo no echo nada de menos, como tengo que estar aquí... a mí me dejan hacer lo que quiero. La espalda y las manos las tengo mal, pero la cabeza me funciona.*
- Ent 35. M-22. *Hombre como en tu casa difícil, porque aquí somos muchísimos y ya se sabe... a mí no me cuestan las horas porque siempre he madrugado mucho. Salgo cuando quiero y nadie me dice nada. Si no vengo a comer, llamo y ya está.*

- Ent 10. M-7. *Hay que adaptarse a los horarios porque son para todos, no son para uno solo. Nosotros somos los que tenemos que adaptarnos. Tenemos un cuarto, el baño, comida, ropa el que no la quiera lavar...qué pedimos. Lo peor de aquí somos nosotros, no la residencia. No los que nos sirven, no los que nos limpian. Somos nosotros. Salgo al pueblo y me voy a Madrid. No me cuesta nada avisar. Les digo: "salgo tal día".*
- Ent 15. M-11. *Yo estoy muy contenta. El horario lo llevo bien. A mí no me han tenido que decir nada: que a las 9 a desayunar, pues a las 9 a desayunar... yo he trabajado mucho y estoy acostumbrada. A las nuevas les digo que se tienen que hacer a ello, pero hay muchas que no tienen relación ninguna...*
- Ent 18. H-5. *A mí las normas y los horarios no me han costado. No es que haya hecho una vida militar, pero vamos... a mí no me ha costado nada.*
- Ent 30. H-11. *Para mí no hay nada duro. Lo peor sería no poder salir, pero me dejan salir, tienes libertad... yo estoy muy contento.*

Las actividades de distracción y de ocupación de su tiempo libre, se caracterizan por su carácter individualista. Algunos participan en actividades programadas por la Residencia, pero la mayoría identifica la distracción en el centro, con actividades, muchas rutinarias, que realizan solos en sus habitaciones.

- Ent 14. M-10. *Me gusta estar sola y como estoy bien de la cabeza, me voy a la habitación. Me meto solita allí y coso, rezo a mis padres y miro por la ventana, que se ve la entrada de la residencia.*
- Ent 22. H-7. *Yo hago trabajitos. Por las mañanas voy a la terapia y corto las maderas. Luego lo monto en mi habitación, porque a mí no me gusta lo de salir al bar y eso. A veces paseo por el jardín, pero no salgo mucho, que ya me duelen las piernas...*
- Ent 36. M-23. *Yo voy todos los días a terapia y a lo de la memoria, que me gusta mucho. En casa veo la novela y escucho lo de Julia Otero que me encanta. A veces tomo un cafetito con la vecina de enfrente.*

- Ent 24. M-17. *Yo me encierro mucho en la habitación y leo. No es que me moleste la gente pero en la planta están mal y yo estoy agustito sola, como toda la vida.*
- Ent 28. H-10. *Salgo un poquillo, una media hora. Bajo a comprar tabaco al pueblo, a dar una vuelta. Por las mañanas voy a terapias y hago dibujos, y nada, cosas de esas. Subo a la planta, estoy un rato en la habitación. También bajo a la cafetería y veo la televisión un rato. Aquí el personal es que es muy mayor.*

Esas actividades se observan durante los diferentes contactos y visitas a los sujetos en los centros. Ha sido habitual encontrar a los sujetos en sus habitaciones, especialmente por las tardes, viendo la televisión o realizando alguna otra actividad individual en su entorno.

A pesar del conformismo manifiesto y de la aceptación de la institución, la mayoría de los sujetos reconocen su preferencia por vivir en el domicilio particular. Las manifestaciones del tipo “como en casa en ningún sitio”, se convierten en el centro de los discursos, al describir su estancia en la residencia.

- Ent 14. M-16. *De estar aquí, qué le voy a decir (silencio). Yo como en mi casa, en ningún sitio. Tengo que estarlo a la fuerza. Aunque no quiera tengo que estarlo porque no tengo dónde estar...*
- Ent 3. M-2. *Me he acostumbrado a la fuerza, qué le voy a decir...porque me acuerdo mucho de mi casa. Para las mujeres (suspiro)...en tu casa comes cuando quieres, pones la televisión si quieres...muchos detalles que aquí no puedes...*
- Ent 4. M-3. *Pues hombre, ya sabe, como en casa en ningún sitio. Pero yo no estoy mal porque yo me defiando sola y eso...*
- Ent 12. M-8. *Como en una casa en sitio ninguno. Pero la vida es así. Qué le vamos a hacer, Yo sobrevivo ya bien (...). En mi casa ahora estaba muy bien, ya no trabajaba, limpiaba, salía de paseo con una amiga, y aquí, ya sabes...*

Esa ideación positiva del domicilio particular y de las cualidades de la vida en el mismo, no evitan la necesidad de pertenencia y de identificación con el espacio que ahora ocupan. Ha sido habitual encontrar referencias explícitas de los

sujetos a su habitación como “su casa”, especialmente en las mujeres y en los miembros de los matrimonios. Hacer suyo ese espacio, se ha visto como un elemento balsámico de la institucionalización, que impacta positivamente en la percepción que tienen estos sujetos de la vida en la residencia. En esos casos, en los discursos aparece un argot y costumbres típicos de la vivencia en el exterior: los vecinos y las relaciones de vecindad, el establecimiento de rutinas domésticas, las conversaciones en las puertas de las “casas”.

- Ent 13. M-9. *Yo solicité tener una neverita y una mesilla. La habitación es mi casita, tengo a mi marido, a mi niño, a la Virgen...Puse la nevera, aunque al principio no me la querían dejar poner...*

En la observación de las habitaciones de los residentes, se ha encontrado esa personalización de las mismas con sus enseres y con toda la simbología que les facilita la identificación de la habitación como su hogar. Los retratos de familiares, los dibujos de nietos, las imágenes religiosas y un sinfín de recuerdos, invaden el espacio de estanterías, paredes y de muebles pequeños que han traslado a la Residencia. Los entornos más caracterizados como hogar, han sido las habitaciones de los matrimonios, cuyo espacio, más grande, facilita la incorporación y distribución de un mayor número de mobiliario y de otros objetos personales. Esta personalización de las habitaciones de los sujetos de estudio, marca una diferencia con la estandarización observada en las habitaciones de los residentes más dependientes, muchas contiguas a las de los protagonistas. La lógica necesidad de espacio para la manipulación de ayudas técnicas y para la movilidad del personal, y la imposibilidad de mantenimiento por parte de los residentes dependientes, confieren un aire más institucional a esas habitaciones.

También las habitaciones de varios de los residentes solteros y de aquellos que ingresaron por algún motivo relacionado con la conflictividad familiar, se observan más desprovistas de elementos que las personalicen, siendo más semejantes a las de los residentes dependientes.

Un elemento frecuente en todas las habitaciones han sido los motivos e imaginaria religiosa, incorporados por los residentes a las mismas. Este hecho se

observó fundamentalmente en los centros situados en localidades periféricas, en las que existe alguna imagen muy venerada.

Como último aspecto a destacar de la observación de las habitaciones-domicilios de los participantes destaca que todos disponían de llaves personales de las mismas, encontrándose la mayoría cerradas cuando fueron a visitarse. Esta situación también se plantea como un elemento diferenciador respecto a las habitaciones observadas de los residentes dependientes que se encontraban muchas abiertas y en las que las llaves, están a cargo del personal.

Vivencia de la institucionalización en las parejas.

El ingreso de los dos cónyuges, independientemente de que uno de ellos se encuentre muy deteriorado, es vivido como un refuerzo positivo para la adaptación en la vida de la residencia. El simple estatus de “matrimonio” confiere a los cónyuges un mecanismo de seguridad y afrontamiento, interpretado como un factor desestresante en relación a la institución.

- Ent 2. H-1. *No estamos muy mal porque somos dos... Como yo estoy bien. Los que están mal, son los que uno son de una clase, otro de otra...*
- Ent 29. M-19. *No sé, la verdad es que tanto como duro no se puede decir, estando los dos. No es como cuando está uno solo...*
- Ent 26. M-18. *Nosotros en la planta estamos bien. Son todos matrimonios mayores y estamos muy bien, porque hay otros mucho peores...*

En los casos en que la pareja presenta importantes requerimientos de cuidado, ese hecho se convierte en el motor de la vida del sujeto autónomo, organizando sus actividades cotidianas en función de la satisfacción de las necesidades y atenciones al cónyuge dependiente. A pesar de que la gestión del cuidado de la pareja y el rol de cuidador es a veces percibido como un elemento generador de cansancio, se convierte en la respuesta a su estancia en el centro, y en una obligación que contribuye a una distracción complementaria y a un incremento del sentimiento de utilidad.

En los supuestos en que el cónyuge conserva la capacidad para el desarrollo de determinadas actividades, el tándem formado por la pareja, los posiciona en otro estatus con mayor fortaleza y con una menor dependencia de la institución en la esfera social, al tener satisfechas las necesidades inmediatas de amor y pertenencia. Las dificultades implícitas a la institucionalización son compartidas por el compañero elegido, alejando, al menos temporalmente, el fantasma de compartir la intimidad y el espacio más inmediato.

8.6.4. Visión de la dependencia en la institución.

Un aspecto fundamental en el desarrollo del estudio es profundizar sobre el significado y la interpretación que hacen los protagonistas sobre la dependencia, y más específicamente, sobre la convivencia con personas dependientes sobrevenida por la clasificación que obtuvieron ellos, a través de la que accedieron a la institución.

En los discursos afloran sentimientos confrontados de compasión y de cierto rechazo por la distorsión en el ambiente y en la convivencia, generadas especialmente por personas con alteraciones cognitivas y de la conducta. Estos sentimientos no dejan entrever sensaciones explícitas de temor ante la posibilidad de la propia dependencia, sino que ponen en valor la situación personal de la que disfrutaban en el momento actual, en la que se apoyan para marcar la diferenciación de estatus.

Los residentes entrevistados visualizan a los dependientes como otro grupo diferente, no necesariamente relacionado con ellos, a pesar de compartir el entorno y la condición de residentes de la institución. Esa falta de identificación es permanente en los discursos, marcando diferenciaciones en las actividades, en la ocupación de los espacios y en general, en el desarrollo de la vida en el Centro.

- Ent 3. M-2. *En mi módulo están mal, mal. No hay ocho en todo el módulo que estén bien. Menos mal que los ponen en una sala y todos están mal...una llama a la madre, mamá que me estoy muriendo, que me duelen los pies...*
- Ent 5- M-4. *Estoy en una planta de gente que está bien. Una vez bajé a la planta de asistidos para ver qué es lo que hacen y digo, vamos a ir... pero fuimos a ver y*

luego no podíamos salir, porque las puertas se cierran... vimos a un señor y le dijimos, déjenos salir que no somos de éstos...

- Ent 18. H-5. *Estamos en una planta de normales, aunque a mi mujer la bañan. El módulo, a excepción de 2 o 3, son muy tratables. Alguno necesita ayuda, los bañan, pero vamos... Comemos en el comedor general. Mi mujer está muy lenta, pero de momento va bien y aguanta allí.*
- Ent 31. H-12. *Menos mal que aquí, nos tienen clasificados. Nosotros estamos bien, estamos en el último piso... y con todos bien.*

Esta sensación se desprende también de los discursos de los cónyuges de residentes dependientes, que dedican gran parte de su jornada al cuidado de la pareja, pero que evitan una mayor interacción en las salas, comedores u otros espacios comunes donde permanecen habitualmente los residentes más dependientes. Los miembros dependientes de los matrimonios, adquieren otro estatus entre los residentes dependientes, al individualizarse su situación por la pareja y por el resto de los matrimonios. Esos sujetos dependientes, no comparten los mismos espacios o actividades que el resto, salvo en los momentos imprescindibles para el desarrollo de alguna atención profesional. Los cónyuges los trasladan y los incorporan a otros espacios fuera de los establecidos para los residentes dependientes, especialmente, en sus habitaciones y comedores, intentando mantenerlos en las actividades dirigidas a perfiles de residentes más autónomos.

- Ent 26. M-18. *Mi marido no quiere estar en la planta con los demás, porque son muy mayores, son muy cochinos: el uno escupe aquí, el otro se mea allá...pero hay días que no me dejan que le saque de la planta. Yo normalmente no me siento allí, le cojo y nos vamos...*

En ese contexto de la distancia que les separa de los residentes más dependientes, varios sujetos solicitan incluso la necesidad de establecer o potenciar mecanismos de clasificación o estratificación interna de los residentes, evitando la mezcla de los distintos niveles de dependencia.

- Ent 18. H-5. *No mezclar mucha gente que está bien, los que están mal. Por ejemplo, algunos que están con unas voces que, ¡Madre mía!, te pones nervioso y dices, ¿Qué pasa? Eso es lo único que yo veo, aunque sé que es muy difícil, muy complicado...*
- Ent 3. M- 2. *Tenemos un módulo que vaya... ¿Por qué a una persona buena, que está bien, tienen que meterla con una mala que está gritando?...ese módulo está fatal y no se puede aguantar...*
- Ent 11. H-4. *Hay gente con mucha necesidad y gente muy mayor, todos juntos. Yo no sé por qué no seleccionan un poquito. Nada más la ficha que cada uno tiene, y fuera....*

Los discursos de rechazo manifiesto surgen especialmente cuando el sujeto comparte el entorno más próximo con mayores dependientes, principalmente la habitación, el baño, el comedor o la planta. Las alteraciones psicológicas son vividas como las más estresantes y las que generan más tensión en la convivencia, superando a las manifestaciones físicas de dependencia, a excepción de la comida, que suelen suscitar un mayor sentimiento de compasión.

- Ent 3. M-2. *Tenemos la cabeza loca... han venido por lo menos cinco nuevos que nos vuelven locas...aunque tengas la puerta cerrada... todos a cuál peor. Me iría...le digo a usted la verdad, le digo el Evangelio gritando, están mal de la cabeza. Fatal, fatal. Hay cinco nuevos que (sopla y mueve la mano)...pero de todos modos, todos están mal de la cabeza. Hay dos compañeros que están bien y otro matrimonio que ella no habla ni nada. No se crea usted que no se sufre, porque es para sufrir lo suyo.*
- Ent 8. H-2. *En la planta yo paro poco, no ve que allí no se puede hablar. El que no está en una silla, está para allá y no se puede hablar con nadie. Yo paro poco. Además hay mucha gente que come muy mal, y qué le voy a decir, uno devuelve, el otro escupe... y los que estamos bien. Yo lo dije y me cambiaron al comedor general...*

La configuración de los centros para dar respuesta a las necesidades de protección y cuidado de los más dependientes, conlleva una diferenciación de los servicios y de determinados espacios. Esa diferenciación incide en que la condición de "dependiente", se interprete de forma negativa por varios residentes

que, conservando su autonomía personal, han accedido al centro con la clasificación de dependientes. El establecimiento de ciertos controles en pro de garantizar la seguridad o la necesidad de determinadas regulaciones en los módulos destinados a residentes dependientes, es vivida como una merma en sus derechos, al no autoperibirse como dependientes. A su vez, la situación de interacción con compañeros dependientes, en un entorno muy próximo, llega a vivirse con desesperanza y con una falta total de identificación de pertenencia al grupo.

- Ent 11. H-4. *No sé quién, ni por qué, ni cómo me pusieron un “cartelito” de dependiente... no puedo hacer nada. Estoy durmiendo en una habitación que no me corresponde. Estoy en una planta, que Dios me perdone, pero todo el personal que hay ahí, da pena verlo. Estoy comiendo en una mesa donde tengo al lado mío tres que están... gargajeando, y entiéndame la palabra, sin saber comer. He protestado por ello, pero como yo soy “independiente de esos”, no tengo derecho a nada, y es lo único que puedo hablar yo mal de la empresa... no sé quién me ha colgado a mí ese cartelito... Al que le ponen el cartelito...no puedes ni poner muebles en la habitación. Pero yo tengo caja de música, tengo televisión, soy abonado al canal plus...
...Como tengo el cartelito, tomaba dos pastillas para dormir y tenían que ir a despertarme a las doce, a las tres y a las seis de la mañana. En las rondas que hacen. Ahora firmé un documento y estoy tan feliz sin que vengán a molestar...*
- Ent 10. M-7. *No sé por qué me pusieron de dependiente. Yo no sé quién fue. Me iban a cambiar a válidos, pero no me dejaron...Las otras compañeras están fatal, pero no se meten conmigo. Si hay olor, cierro la puerta y abro la ventana...*
- Ent 37. H-14. *Usted no sabe lo que es aguantar ahí (refiriéndose al módulo y comedor). Pobre gente, pero es que yo estoy bien y eso acaba con cualquiera.*

En la observación, se ha visto a los participantes fuera de los espacios destinados a los residentes dependientes, procurando evitar las salas, comedores e incluso, las actividades dirigidas a ellos. En los centros mixtos, en los que se programan actividades diferenciadas para los residentes autónomos, se ha observado a los sujetos del estudio, integrados en esas actividades, incorporándose a las rutinas y horarios planificados para los mayores autónomos. En los casos en que sus habitaciones estaban situadas en módulos destinados para

dependientes, se observó ese aislamiento en sus habitaciones cuando se encontraban en esa planta.

8.6.5. Ayuda requerida en las actividades básicas.

Esta categoría permite contrastar la situación funcional manifestada por cada sujeto participante y su requerimiento de ayuda en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, profundizando en aspectos que impactan en el objetivo general del estudio.

Aunque no es objeto de esta fase del proyecto la cuantificación de respuestas o situaciones, es destacable la homogeneidad en los discursos y la concentración de los participantes en dos posicionamientos: sujetos que no menos, que requieren ayuda limitada por diversos factores puntuales o que obedecen a situaciones agudas.

Ausencia de necesidad de ayuda.

La inexistencia de una necesidad manifiesta de ayuda para el cuidado personal, ha estado muy presente en el discurso de los sujetos de estudio, enfatizando su autonomía para el autocuidado o para el cuidado de sus parejas, en el caso de los miembros de matrimonios.

En los discursos describen su capacidad para desarrollar todas las actividades, realizando enumeraciones de las mismas para destacar el alcance de esa situación de autonomía, que es vivida como la situación normal o esperada para ellos, al no sentirse integrantes del grupo de los residentes dependientes. De esos testimonios se desprende que estos sujetos no buscaban su cuidado personal con el ingreso en la Residencia, no incluyendo esa atención entre sus expectativas en el mismo. A pesar de acceder a la plaza residencial con la clasificación de dependientes, no esconden su autonomía en muchas actividades, sino que la destacan positivamente.

- Ent-7. M-6. *No me ayudan a nada, pero son muy atentas. Ellas me dicen: "tú te haces lo tuyo". Yo he sido muy casera y he hecho de todo. No lo digo por presumir. Ahora hijo mío, te lo digo con toda mi confianza: yo me baño sola, me lavo el pelo, me visto para comer....*

- Ent 31. H-12. ... *No, yo hasta ahora no necesito nada. A mi mujer sí. Vienen por la mañana, la lavan... Con el personal no tengo queja. A mí no me hacen nada... yo solo veo a las que limpian y sirven la mesa. Como más lento, porque la dentadura la tengo postiza, pero yo no corro y no te ponen pegas, ni te empujan... la gente se agobia por nada...*
- Ent 5. M-4. *No, a mí ayudarme no, eso no. Yo me sé lavar sola, me lavo mi cabeza sola, me corto las uñas de las manos...*
- Ent 8. H-2. *Yo me baño y me lavo para la izquierda y para derecha. Me voy lavando. Para vestirme, para subirme la cremallera tengo una cinta, sino, no puedo. La subo y la bajo y así no tengo que molestar a las chicas...*

En esa descripción de la necesidad de ayuda, se aprecia una diferenciación entre sexos, al referirse al desarrollo de actividades domésticas, sobre las que no se les cuestionaba directamente, pero que florecieron en numerosos discursos. En el testimonio de las mujeres, se identifica un rol activo y una cierta sensación de obligatoriedad, incluyendo esas actividades instrumentales del cuidado de su habitación o de sus enseres personales, entre las actividades susceptibles de necesitar ayuda. Esa influencia cultural se percibe tanto en los discursos como en la observación directa de los sujetos y de sus habitaciones, introduciendo este rasgo cultural de la generación que nos ocupa, en la propia cultura de la organización.

En este contexto, mientras que los hombres focalizan la necesidad de ayuda únicamente en el cuidado personal, dando por sentado que las actividades domésticas en la habitación, deben ser realizadas por el personal de la residencia:

- Ent 18. H-5. *A mí no me ayudan. Vamos hacen lo normal: la ropa, la limpieza, la cama... del resto nada, me lo hago yo todavía. Tengo mucha memoria, pienso que por el trabajo.*
- Ent 28. H-10. *Todas las cosas de lavarse y eso, las hago yo. La cama la hacen ellas.*

Las mujeres intentan destacar su participación activa en el mantenimiento de las habitaciones o en el cuidado de su ropa.

- Ent 1. M-1. *...Yo las necesito muy poco. Yo aquí me hago las camas, me lavo la ropa, yo plancho, o sea, que yo atiendo todo...con las que vienen todos los días, no tengo ningún problema...*
- Ent 5 M-4. *La cama no me la hace nadie, me la hago yo siempre...el otro día fui a la peluquería y tardé mucho pero no me hicieron la cama porque mi compañera dijo que la hacía ella...*
- Ent 6. M-5. *Yo me hago todo, me lavo... vamos, la ropa la doy a lavar, pero me hago hasta la cama y limpio el baño. Soy muy independiente.*
- Ent 29. M-19. *Mira, son pocas... y entonces, todo lo contrario, yo las ayudo. Qué yo me hago mi cama, me friego mis tazas, me recojo un poquito...*

En las habitaciones ocupadas por mujeres o por matrimonios, se han observado útiles y productos de limpieza, empleados por las mujeres para el cuidado de las habitaciones y de sus pertenencias. En varias habitaciones se visualizaron cepillos, recogedores, trapos y detergentes para la limpieza de la ropa y de los vasos y cubiertos. En otras, incluso se observó ropa tendida en la ducha, que alguna de las participantes del estudio aseguraba lavar por ser más "delicada" o por "entretenerse". Estas situaciones no se reprodujeron en las habitaciones ocupadas únicamente por hombres, que por norma general, se encontraban más vacías de objetos que las personalizaran.

También aparecen en los discursos los cuidados practicados a los miembros dependientes de las parejas. En este ámbito del cuidado-relación, no se han percibido diferencias entre las mujeres y los hombres, considerándose por los sujetos, en ambos casos, una respuesta normal en el contexto del deber conyugal. La descripción del cuidado al cónyuge dependiente se manifestaba como una muestra más de la autonomía personal del entrevistado, apareciendo de forma explícita en varios discursos, la idea de que esa necesidad de ayuda de la pareja, es la que condujo a la institucionalización de los dos. Según esa interpretación de los participantes, el énfasis en la ayuda al cuidado de sus parejas, resalta más su propia autonomía y evidencia el esfuerzo personal que realizaron con el ingreso, cuando ellos no lo precisaban.

- Ent 1. M-1. *A mí no me ayudan nada. Yo estoy por mi marido y le ayudo: le pongo su desayuno, estoy pendiente de las pastillas...*
- Ent 2. H-1. *Aquí no me ayudan, a mí no. Me arreglo y hay veces que veo que la enfermera no llega porque tiene muchísimos...voy y arreglo a mi mujer. Pero vamos, no quiero que se acostumbren...*
- Ent 27. H-9. *Aquí atienden bien, aunque yo no lo necesito. Yo me aseó y aseó a mi mujer también, porque llevo haciéndolo muchos años...*
- Ent 29. M-19. *A mí no me ayudan a nada, a él ya empiezan; aunque si yo puedo quitarlas en algo... le obligo a él a que se duche y a que se lave, y como él va perdiendo... se está volviendo vago.*

La situación de autonomía personal que se ha descrito en los discursos, es vivida como un hecho diferenciador respecto a los residentes dependientes y al estatus de los dos grupos en el Centro, ya que les sitúa a ellos en una situación de mayor independencia frente a las normas, y por tanto, de mayor libertad y capacidad de decisión.

También son visibles unos rasgos característicos en el vestido y en la apariencia personal de los participantes, denotando su capacidad para el autocuidado. Durante el desarrollo de las entrevistas y los contactos planificados, ha sido frecuente encontrar a las participantes vestidas con ropa formal, e incluso pintadas o portando joyas, como en las participantes: 1, 5, 10 o 29. En los hombres también se reproduce esta situación, acudiendo la mayoría vestidos con traje y corbata, al otorgar a las entrevistas un carácter formal. En este sentido, el vestido se muestra como otro elemento diferenciador con el grupo de los residentes dependientes para esa actividad, cuyos atuendos se caracterizan por su comodidad para el empleo y su mayor sencillez.

8.6.6. Relaciones personales establecidas en la Residencia.

El mundo de las relaciones personales generadas en la institución, muestra características específicas que evidencian la influencia del entorno residencial en la forma y profundidad de las relaciones que se establecen en el mismo. Más allá del impacto obvio de los factores y características personales de cada sujeto, en los

discursos se percibe una “manera característica de relacionarse y de considerar las relaciones”, marcada por el desarrollo de las mismas en el contexto institucional.

Por las diferencias que se han ido produciendo en la interpretación de las relaciones, en función de los integrantes, se ha subdividido la categoría entre relaciones producidas entre iguales (residente-residente), relaciones de autoayuda generadas en el grupo de los residentes, relaciones con los familiares y externas, y relaciones con los profesionales.

Relaciones sociales entre residentes.

La relación entre iguales, residente con residente, se caracteriza por la falta de lazos afectivos profundos y por no ser reconocida como una necesidad explícita por la mayoría de los sujetos de estudio. La prioridad la dirigen hacia el mantenimiento de un buen trato con los compañeros, evitando los enfrentamientos, pero sin ahondar en las relaciones. Muchos residentes destacan que mantienen relaciones adecuadas con todos los compañeros, pero no las consideran relaciones de amistad o fraternidad. En la forma de relacionarse, no subyacen criterios de afinidad y amistad desinteresada, sino relaciones dirigidas por el rol que comparten, que en muchas ocasiones tampoco se percibe como un elemento vertebrador para el grupo.

Un condicionante que parece impactar en la forma de relación, incluso a expensas de la institución, es la propia edad de los sujetos. Varios mayores focalizan en “la edad”, como en una variable que determina la dificultad para establecer nuevas relaciones de amistad, a la vez que incide en un desinterés para buscarlas e iniciarlas.

- Ent 5. M-4. *...Muchas amistades no he hecho. Voy con todas, pero muchas amistades no he hecho. Cuando es uno mayor, le cuesta mucho eso, ahora hago amistades pero de pequeñas cosas. Hoy me he estado riendo con la compañera que tengo de la mesa...*
- Ent 23. M-16. *Los compañeros bien, pero amigos a esta edad... tengo más de 80 años, así que cosas de esas de amistad para qué...*

- Ent 38. M-24. *Las amistades son cosa de jóvenes, qué le parece a usted que vamos a hacer ahora los viejos, si el que no tenemos una cosa, tenemos otra...si ya lo tenemos todo vivido.*

En el ámbito de la vida en la institución y de las relaciones que se establecen en su seno, destaca en muchos discursos la importancia concedida a la búsqueda, que se ha comentado, de “ausencia de conflictos” con los compañeros. Este objetivo social, prioritario para muchos sujetos, se expresa en forma de relaciones superficiales de cortesía, en las que se enfatiza en el trato correcto y en la predisposición para entablar alguna comunicación informal, no alcanzando la consideración de relaciones de amistad por los sujetos. En ese contexto relacional, la minoración de las potenciales tensiones que podrían plantearse en un grupo numeroso, se busca a través de ese tipo de contacto y de la propia evitación de relaciones más intensas que pudieran suponer el enfrentamiento con otros residentes.

- Ent 4. M-3. *...Con todas me hablo y con ninguna me ajunto...así no discuto con nadie...*
- Ent 6. M-5. *Yo me llevo bien con la gente. Soy muy sociable. Tengo trato con todo el mundo, pero sin ser amiga. Me llevo bien con todas. Es mucha gente la que hay aquí y entonces no puedes tener trato con nadie. No sé si será bueno o malo pero yo estoy a gusto así...*
- Ent 20. H-6. *Yo me voy solo abajo. Me quedo solo. Hablo con un hombre que está bien, dos palabras o cuatro, y ya. Amigos aquí no.*

Esa forma de relación dificulta la sensación de pertenencia y de identificación con el grupo. Se saben residentes de la institución, se pueden sentir iguales entre los residentes autónomos, pero la inexistencia de vínculos de cohesión, hace que no prospere un asociacionismo o un grupo integrador, independientemente de que en la institución existan órganos colegiados para la representación de los residentes.

- Ent 8- H-2. (Al preguntarle sobre los amigos en la Residencia). *Bueno, amigos (silencio)... tienes compañeros y algunos vecinos, pero cada uno vamos a nuestro aire...*
- Ent 6. M-5. *...Mal no me va con los compañeros, pero... tanta gente, que no somos nadie con nadie. A mí me agobia, pero...ya no quiero cambiarme...*
- Ent 32. H-13. *Aquí no hay compañerismo ni nada. Cada uno se busca la vida y va a lo suyo.*

En casi ningún testimonio se ha identificado la idea de los residentes como grupo, sino para destacar aspectos negativos de la convivencia, como los celos o la exigencia individual de que se dispensen idénticos cuidados y atenciones a todos.

- Ent 31. H-. *Pero hay poca convivencia, como de chavales. Yo creo que hay mucha envidia. Yo he observado que a lo mejor vas a entrar al ascensor y a lo mejor no quieren subir con nadie, como en el colegio, como los niños... Si te fijas que si uno tiene o no tiene, por ejemplo el pan más grande, o de otro color...pero si es natural, qué más da...*
- Ent 35. M-22. *Son mejores las chicas que los otros residentes. Si te hablas con una, se enfada la otra. Si te dan un trozo de pan, lo quieren todos. Es como un patio.*

El compañero de habitación.

Un elemento social especialmente delicado, por la proximidad y por el impacto continuo en la vida del otro, es el compañero de habitación, en aquellos centros en que se comparten estos espacios y/o los aseos. Esta situación representa el máximo exponente de la convivencia institucional, al incidir en aspectos que giran en torno a la intimidad física y emocional, suponiendo el establecimiento de normas explícitas que dirigen la vida en el entorno de la habitación o incluso, la competencia para el disfrute de determinados servicios o prestaciones como el uso del baño o el visionado de la televisión.

En escasos discursos se describe al compañero como un referente de apoyo o como un aliado, posicionándolo en un estatus más próximo. La inmediatez de la

relación se canaliza en una forma de amistad interesada, de respeto mutuo. Aunque infrecuente, alguna residente destaca la armonía en la relación con la compañera, como si se tratara de una situación poco habitual.

- Ent 5. M-4. *Pues yo vivo bien, aunque hay una gente muy chinchosa. Con la compañera que tengo...casi nos admiran de lo bien que nos llevamos...*
- Ent 19. M-14. *La compañera de habitación es buenísima. Hago café en la habitación y reparto con ella. Yo le digo: "tengo café eh, si no estoy en la habitación, lo coges"...*

Vuelve a reproducirse la distancia que separa a los sujetos que presentan autonomía funcional, de los que presentan algún grado de dependencia. Aparte de la importancia concedida al ámbito de relación social, ponen de manifiesto la importancia de que el compañero no requiera ayuda del personal y de que no presente alteraciones, especialmente mentales, que pudieran dificultar la convivencia.

- Ent 5. M-4. *La compañera (silencio)... Nos llevamos bien, y gracias a Dios, está bien de la cabeza...*
- Ent 4. M-3. *En la habitación no estamos mal. Una tiene los años que yo, y nos hablamos. La otra está un poco mal de la cabeza, pero no nos molesta.*
- Ent 6. M-5. *La señora que está conmigo, se baña ella sola y se viste. Es una suerte porque hay a quien tienen que bañar o vestir, o ponerles los dodotis, pero al lado de mi casa, casi no tienen que asistir a ninguno.*

La convivencia tan próxima, genera tensiones en muchas ocasiones. Los conflictos y las quejas por detalles cotidianos, aparecen en los discursos de varios residentes. Esos conflictos son generadores de una parte de la rotación interna de residentes, produciéndose en esas situaciones, muestras de aferramiento a la habitación, dilatándose en el tiempo situaciones enquistadas de conflicto porque ninguno de los afectados transige en abandonar la habitación o la mesa del comedor.

- Ent 13. M-9. *Al principio me mandaron una que se había peleado con otra, pero conmigo se llevaba bien. Duró unos 8 meses y se fue. Ahora tengo una que me ha buscado conflictos, que si le faltaba una joya... y apareció a los 6 días. Me dijo que había tenido malos pensamientos de mí y se la había quitado... Yo dije "¿me estás llamando ladrona?"...*
- Ent 20. H-6. *Los compañeros que he tenido no me gustan. Al primero lo mudaron porque me quitaba cosas. Me trajeron a otro que estaba sordo y no sé cuánto más, y liado con una... no te puedes fiar.*
- Ent 25. H-8. *Mi compañero es un poco enreda y muy gorrino, y eso a mí no me va. Hay que lavarse todos los días, y aquí que no se tiene frío. Hay que meterse en la ducha. Cuando le dicen que hay ducha, se va por ahí y no aparece en todo el día y digo "qué ricamente, por lo menos no le veo..."*

En el ánimo de evitar estas situaciones, numerosos sujetos han establecido una batería de normas informales en la habitación, ajenas a la institución, que regulan la convivencia e incluso establecen las condiciones de uso de determinados elementos comunes como el aseo, la televisión o la luz. Esas normas son pactadas por ambos compañeros o establecidas generalmente por el sujeto que ocupaba la habitación con anterioridad o que es más antiguo en el centro.

- Ent 15. M-11. *Yo me levanto a las 7,30. Madrugo porque somos 4 vecinas para usar el baño. La que tengo yo de compañera, se levanta a las 7. Como a nosotras no nos tienen que solucionar nada, no tienen que preocuparse, nos levantamos antes y dejamos todo arreglado.*
- Ent 24. M-17. *Tengo compañera y nos llevamos bien. Al principio yo le dije: "nena, vamos a hacer un pacto". El pacto de ella era que yo oyera misa todos los días. Yo le pedí, usted me va a dejar hablar con quien yo quiera, porque al principio no le gustaba que hablara con algunas... Y no me diga dónde he estado o no he estado, porque no se lo voy a decir...*

A las estrategias de "pacto de normas" se añade el mecanismo de cesión que se produce irremediamente en varios individuos de todo grupo, para evitar los enfrentamientos continuos. Ese tono más conciliador y asertivo, se ha observado especialmente en un perfil de residente con mayor nivel formativo o con una

historia de vida laboral, caracterizada por el trabajo en equipos grandes. Frente a un tono combativo, observado en muchos discursos, este grupo de residentes manifiesta su preferencia por una convivencia tranquila, a pesar de tener que ceder en derechos o flexibilizar sus posicionamientos.

- Ent 16. M-12. *Lo principal aquí es aguantarse unos a otros. Si en la convivencia en casa a veces chocamos, y somos hijos de los mismos padres, cómo no vamos a chocar aquí. Yo he aprendido a escuchar, a aguantar y a poner en práctica lo que no tengo que hacer. A veces cuando pasa algo, me callo, y así no discutimos...*
- Ent 30. H-11. *Me llevo muy bien siempre donde he estado. El compañero de antes era mayor, me lo cambiaron, pero bien. Al de ahora todavía no le he visto. Conmigo no tiene nadie pegas, porque prefiero perder mi derecho y aguantar un poquito...*
- Ent 35. M-22. *Yo veo cosas que vaya... pero me callo y dejo que se lo crean, ¿para qué buscar conflictos? En la empresa que estuve treinta años, también tenía que aguantar para no saltar todo el rato...*

Relaciones de ayuda entre residentes.

A parte de las relaciones entre cónyuges y el grupo generado entre los miembros de los matrimonios, que se convierten en grupos de autoayuda, no se han detectado en los discursos, ni se han observado, relaciones de ayuda o de especial solidaridad con el resto de residentes, especialmente con los más dependientes.

La distancia física y social entre los grupos de residentes autónomos y dependientes, descrita en los epígrafes anteriores, limita las interacciones y, consecuentemente, las posibilidades de ayuda directa. Pocos residentes del estudio comían en los comedores destinados a residentes dependientes y prácticamente ninguno, permanecía sentado en las salas dedicadas a su ubicación, evitándolo de forma explícita. Esta situación, en la que se mezclan los sentimientos de rechazo a la dependencia y el propio temor que les supone a los sujetos autónomos verse reflejados en los dependientes, puede influir en las escasas respuestas de solidaridad intergrupala.

- Ent 15. M-11. *Yo a las que puedo, las ayudo a todo lo que sea. Cuando estamos aquí tenemos que estar a la expensa de lo que te quieran ayudar. Yo ahora no me tienen que ayudar, pues que ayuden a otros...*
- Ent 23. M-16. *Yo si puedo, le echo una mano a cualquiera. Conmigo come una señora medio ciega y le echo el agua y le ayudo a salir del comedor.*

Un extremo en el que ha emergido un sistema de ayuda cuasiformal, es en el relacionado con los “recados externos”. La adquisición de determinados productos cotidianos o incluso, la realización de gestiones bancarias básicas, son actividades ofertadas por varios residentes autónomos del estudio, que salen frecuentemente del centro. Los sujetos protagonistas de esa ayuda, han puntualizado en los discursos, que lo hacen de forma desinteresada sin recibir ninguna contraprestación económica, dejando entrever la posibilidad de que existan esas prácticas con algún tipo de remuneración.

- Ent 9. H-3. *Voy al pueblo todos los días y compro cosas que me encargan las señoras mayores que no pueden salir. A veces me invitan a un café, pero no les cobro nada.*
- Ent 13. M-9. *Salgo todos los días a la calle y voy al centro comercial. Compro cosas que me encargan y le saco dinero a algún compañero en el banco. No me dan nada porque no me cuesta nada hacerlo.*
- Ent 15. M-11. *Todos los días salgo. Subo para arriba y para abajo y voy a todos los sitios. Me encargan cosas que las traiga, pero no las cobro. Yo me arreglo cuando desayuno y me voy y vuelvo para la comida.*

A lo largo del desarrollo de la observación se ha detectado algún residente que empujaba sillas de ruedas o que realizaba un acompañamiento a alguna unidad interna, si bien, han sido episodios poco frecuentes. Coincidiendo con el desarrollo de la fase de entrevistas, tampoco se han observado muestras de ayuda con alguno de los sujetos de estudio que acudieron en silla de ruedas o con alguna limitación sensorial, siendo el personal o el investigador, quien debía prestar esa ayuda.

Relaciones con los familiares o personas externas.

Resulta característica, independientemente de que en la causa que motivara el ingreso pudiera influir la ausencia de un soporte social suficiente, la descripción positiva que hacen los residentes de las relaciones con sus familiares, especialmente cuando éstos son sus hijos.

La necesidad e importancia de mantener las relaciones familiares es manifestada a lo largo de las entrevistas. La familia es percibida como un elemento de seguridad interna en la institución, a pesar de no estar presente en la cotidianidad de la estancia. Los familiares son convertidos en un parapeto para sus problemas o amenazas y un refuerzo positivo en sus vidas.

- Ent 14. M-10. *Dios me ha puesto a mí esta familia. Ellos me dan la vida y yo se la he dado a ellos. Si no los tuviera estaría sola y todo sería mucho más difícil.*
- Ent 15. M-11. *He estado unos días por ahí con uno de mis hijos. Vienen a verme todas las semanas y comemos juntos. Son maravillosos conmigo, se encargan del piso y de arreglarme todo.*
- Ent 18. H-5. *Los hijos estupendos. Tengo una hija fuera que nos llama todos los días y otra que seguro que ahora está en casa (refiriéndose a la habitación).*
- Ent 38. M-24. *Son lo mejor de mi vida (refiriéndose a sus hijos). Estoy deseando que lleguen los fines de semana para que vengan a verme y me traigan a los nietos. Todos los días me llaman después de la cena y parece que me dan fuerzas...*

En algunos de los discursos de los sujetos más autónomos, se incorporan justificaciones para matizar la ausencia de culpa de sus familiares por su ingreso o por la permanencia en la Residencia.

- Ent 4. M-3 *Yo salgo poco, vienen ellos a verme (refiriéndose a sus hijos). Ellos tienen sus trajines, tienen que ocuparse de sus casas.*
- Ent 19. M-14. *Mis hijos vienen cuando pueden, que no está la cosa para dejar los trabajos. Me llaman por teléfono. Vamos, que abandonada no me tienen...*

- Ent 33. M-20. *Solo tengo un hijo y está en paro. El pobre tiene que estar buscándose la vida, como para estar pendiente de mí...*
- Ent 36. M-23. *Yo decidí venirme, no quiero ser un estorbo en la casa. Tengo dos hijas que me tratan de perlas y no querían que viniera, pero las cosas no son como antes. Las dos trabajan fuera y tienen sus vidas... cómo para cargar con la abuela.*

Han sido escasos los testimonios en los que se criticaba el comportamiento de los familiares, limitándose a casos de ingreso por soledad secundaria a falta de implicación familiar, ya que en los casos en que existían problemas de desestructuración familiar, las referencias a las familias prácticamente no salieron a relucir en la entrevista, no suscitando críticas al no reconocerse como importantes. En los discursos que reflejaban quejas sobre el comportamiento o la falta de compromiso de los familiares, subyace un sentimiento de tristeza, algunas veces manifestado más con lenguaje no verbal que a través de la palabra.

- Ent 6. M-5. *Tengo unos hijos que no me quiere más o menos ninguno. Si viene alguna vez alguno, me conformo. A uno de ellos le entregué mi cartilla y él no quiere darme dinero a mí. Mi idea era ahorrar unos duritos para no depender de nadie y resulta que luego escaseo. Este hijo ha estado 6 meses sin venir por aquí...*

Varios sujetos manifestaron que mantenían las relaciones externas e incluso que ellos salían del centro para continuar realizando actividades y costumbres previas al ingreso.

- Ent 5. M-4. *Los domingos me voy a comer a casa de mi hija. Voy sola en el autobús. Tengo una amiga en mi casa y vamos las dos a misa. Otras veces viene mi nieta y nos vamos al centro...*
- Ent 8. H-2. *Salgo al pueblo en el autobús o voy andando, según esté de la espalda y echo la partida con los amigos. A veces les ayudo en una huerta que tienen al lado de mi casa.*

- Ent 30. H-11. *Salgo todos los días a casa de mi hermana. Me cojo el autobús y me planto en veinte minutos. Como viví allí un año largo, eché amigos y nos vemos casi todos los días.*

Relaciones con los profesionales.

Al plantear cuestiones relativas a las relaciones con los compañeros, ha resultado especialmente relevante la consideración que muchos de los sujetos de estudio realizan sobre los profesionales, incluyéndolos en su red de compañeros, incluso en un nivel de mayor prioridad que el resto de residentes. De esta forma, la relación descrita con los empleados trasciende la estrictamente profesional, al menos en la voz y en el sentir de varios de los residentes.

- Ent 3. M-2. *Yo muy bien con los compañeros, tienes amistad con las auxiliares, con las enfermeras... y así vamos pasando el tiempo. Con todas las trabajadoras me llevo bien. No sé porqué es, pero sé que todas me admiran...*
- Ent 6. M-5. *Tengo muy buenas amigas en las trabajadoras. Me quieren mucho. No tengo problemas, ni con las que hacen de jefas un poco.*
- Ent 35. M-22. *La verdad que a las chicas las quiero mucho, son como de la familia. Unas mejores que otras, pero la mayoría son buenas compañeras y tenemos mucha confianza.*
- Ent 37. H-14. *Hablo mucho con el del bar y muchos días jugamos la partida. Siempre me da algún detallito o me convida a algo...*

CAPÍTULO IX: DISCUSIÓN.

9.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS RESIDENTES Y DEL ENTORNO.

La configuración de la población estudiada, arroja unas características que se asemejan a las proyectadas en otros estudios y estadísticas sociales que versan sobre poblaciones similares, si bien, resulta complicado de inicio, establecer comparaciones entre variables de residencias de mayores de diferentes entornos, debido a la heterogeneidad existente en los mecanismos de valoración internos e incluso, en la denominación o clasificación de numerosos aspectos estructurales y de la atención.

Atendiendo a la distribución por sexo de los participantes, se aprecia un importante predominio de las mujeres, que prácticamente doblan a los hombres. Esa feminización de la vejez, es un fenómeno social ampliamente descrito en la literatura (García, 2009; De la Fuente, 2009). A nivel de la dependencia funcional, en los estudios sociodemográficos, se detecta esa feminización de la dependencia a partir de los 65 años, cuando casi tres cuartas partes de los dependientes, son mujeres (Puyol & Abellán, 2006). El porcentaje de mujeres en el estudio, que alcanza el 63,3%, es muy similar a los datos reflejados en el último informe del IMSERSO sobre las personas mayores en España, en el que se indica, que las mujeres suponen un 65% de las personas ingresadas en servicios residenciales (IMSERSO, 2012). Mayor distancia se observa en el porcentaje de mujeres respecto al de otros estudios epidemiológicos con poblaciones similares, en los que éste suponía el 75% (Damián, Valderrama, Rodríguez & Martín, 2004). En ese mismo estudio, se reflejan los porcentajes de mujeres en las residencias de otros países, encontrando el nivel más elevado en Italia, con un 86%, y el más bajo en Suecia, donde las mujeres suponen el 66%, en todos los casos, mostrando una mayoría de mujeres.

Otro aspecto demográfico que coincide con las tendencias generales observadas, lo representa la edad de los participantes. El envejecimiento de los residentes ingresados durante el tiempo de estudio, se materializa en una media de edad que alcanzó los 82,8 años, siendo especialmente relevante el porcentaje

que suponen los mayores de 80 años, clasificados por algunos teóricos, en el fenómeno del envejecimiento del envejecimiento (García, 2009). En términos globales, se estima que un 67% de las personas ingresadas en residencias de mayores en todo el Estado, superan los 80 años (IMSERSO, 2012), porcentaje superado en nuestra población en la que los mayores de 80 años representan el 70,3%. La edad media de los sujetos de estudio se vería ligeramente afectada por uno de los criterios de exclusión establecidos, al no haber sido seleccionados aquellos sujetos menores de 65 años. El impacto que podrían suponer sobre la media global es muy limitado, ya que se trataba únicamente de 21 casos, con una media de edad de 61,23 años.

Es reconocido que la educación en la niñez y otras oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida de la persona, facilitan el desarrollo de mecanismos de adaptación en el proceso de envejecimiento (Navarro & Bueno, 2005), facilitando el acceso y utilización de los recursos y los conocimientos para evitar riesgos (Otero, Zunzunegui, Rodríguez, Aguilar & Lázaro). Los sujetos de estudio, con un grupo importante nacido en las décadas de los años 20 y 30 del siglo pasado, evidencian las altas tasas de analfabetismo y falta de formación reglada de la población española de esas generaciones. Resulta muy significativo que un porcentaje del 62,7% de los participantes no ha desarrollado ningún tipo de estudio que conduzca a una titulación, y que el 29,8%, cursó estudios primarios. Esos resultados muestran un menor nivel de instrucción de los sujetos de estudio respecto a los datos generales a nivel nacional. Según la encuesta de población activa del año 2012, el porcentaje de mayores en el grupo de analfabetos, sin estudios o con estudios primarios, era el 84,3%, circunstancia que evidencia un mayor porcentaje de mayores con estudios secundarios o superiores (Abellán & Pujol, 2013). El mayor grado de analfabetismo o de ausencia de algún título escolar, en los mayores institucionalizados respecto a los mayores con otras formas de residencia en la Comunidad de Madrid, viene observándose desde hace años, situación más acrecentada en el caso de las mujeres (Rojo, Fernández y Rodríguez, 1995). El nivel de estudios se introdujo en el proyecto por la correlación inversa que se había observado en otros estudios, entre la dependencia y el nivel de estudios (Gázquez, Rubio, Pérez & Lucas, 2008; Puga, 2002; Otero et al., 2004) pretendiendo analizarla en nuestra población. La gran homogeneidad en la ausencia de formación entre los participantes, ha dificultado

el análisis del potencial impacto de esta variable en la evolución del nivel de dependencia.

Los factores que se vienen describiendo, como la feminización y las características culturales de la cohorte, condicionan que el empleo mayoritario de los sujetos resulte el de “ama de casa”, al haber sido el más frecuente en las mujeres de esas generaciones, manteniéndose la tendencia observada en la población institucionalizada desde hace años (Farré, Frasset & Romá, 1999). A pesar de que las diferentes profesiones y oficios se codificaron para su tratamiento homogéneo, según la clasificación de la clase social basada en la ocupación propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología (Regidor, 2001), en la valoración inicial se recogieron las actividades profesionales específicas referidas por cada sujeto para evitar una eventual pérdida de información. La profesión que mostró la mayor frecuencia de sujetos en los niveles de mayor dependencia fue la de “ama de casa”, en la que el 78,3% estaban clasificados en el Grado III. Otras profesiones caracterizadas por requerir una gran carga física, han presentado un menor porcentaje de sujetos en ese Grado de dependencia, como los dedicados a la construcción (38%) o a la agricultura (53,8%), coincidiendo con estudios en los que no se demostró la asociación ente el tipo de actividad laboral previa a la jubilación y el nivel de dependencia (Valdivieso, García, Ponce & Rodríguez, 2002). La profesión de “ama de casa” también ha presentado el menor porcentaje de sujetos autónomos, suponiendo el 9,8%. Esos datos dejan entrever la influencia del perfil de mujer y ama de casa, como principal cuidadora informal en la estructura social y coinciden con otros estudios al poner de manifiesto que las mujeres, necesitan ayuda en las actividades cuando su estado de salud no les permite desenvolverse por sí solas, mientras que en los hombres, existen otros factores más determinantes que la propia salud (Tomás, Zunzunegui, Moreno & Germán, 2003), lo que condiciona que las mujeres permanezcan más tiempo en el hogar, hasta que son más dependientes (Jiménez & Hajar, 2007; Ceada et al., 2008).

El lugar de procedencia de los residentes ingresados durante el tiempo de estudio, ofrece unos resultados llamativos que muestran la incidencia de condicionantes complementarios, en el ingreso en los Centros de estudio. Un 46,4% de los sujetos, procedían de una institucionalización previa en Residencia de Mayores de titularidad privada, independientemente de la situación administrativa del mayor. En los discursos de los sujetos, y en las valoraciones

realizadas al ingreso, se alegaban motivos económicos, de acercamiento al núcleo familiar o la necesidad de institucionalización urgente, previa al reconocimiento de la situación de dependencia. En cualquier caso, pone de manifiesto un fenómeno de movilidad destacable de los mayores entre residencias, explicado, en cierta medida, por los criterios de implantación de la Ley de dependencia y la asignación de las plazas residenciales. En la revisión se ha detectado un estudio limitado, específico sobre residentes autónomos, en el que el porcentaje de ingresos procedentes de una institucionalización previa, suponía el 31,6% (Rojas, Toronjo, Rodríguez & Rodríguez, 2006), menor que en nuestro estudio. El porcentaje observado en otro estudio realizado en Residencias de Madrid, previo a la entrada en vigor de la Ley de Dependencia, era del 13%, prácticamente 5 veces menor que en el nuestro (Damián et al., 2004). La variable “procedencia” alcanza pues, un resultado significativo, que sin influir potencialmente en el nivel de dependencia, evidencia un fenómeno, relativamente reciente, motivado especialmente por criterios de índole económica-administrativa.

De entre los sujetos que ingresaron procedentes de una ubicación no institucional, el 25,7%, procedía del domicilio propio, con o sin ayuda, doblando el porcentaje de los que provenían de domicilios de hijos u otros familiares. A pesar de la dificultad de establecer comparaciones por los diferentes sistemas de acceso y perfil de los usuarios, los resultados son prácticamente inversos a otros revisados, en los que el lugar más frecuente de procedencia era el ámbito familiar, superando al domicilio propio (Bernal & Barbero, 2006).

Entre las variables que se estudian como potencialmente diferenciadoras del nivel de dependencia, se encuentra el estado civil, detectándose una mayor prevalencia de situaciones de dependencia en los viudos (Puga, 2002), situación que se reproduce en el estudio, donde suponen el 46,6% (51,9% al discriminar a los sujetos autónomos). La mayor frecuencia de residentes viudos es una tónica general en los estudios revisados, con porcentajes que oscilan entre 53,2% (De la Fuente et al., 2012b), 54,2% (Damián et al., 2004) o 73,7% (Rojas et al., 2006); evidenciando la relación, ya mencionada, con la institucionalización. Según el Instituto Nacional de Estadística, el estado civil de las personas mayores en el año 2012 mostraba los siguientes porcentajes: 62,1% casados, 29,0% viudos, 6,1% solteros y 2,7% separados o divorciados (Abellán & Pujol, 2013). A pesar de que resulta complejo analizar el impacto de esta variable en los sujetos de estudio, ya

que el mantenimiento o pérdida de la pareja puede actuar como un elemento que retrase o agilice la institucionalización, son destacables la proporción de sujetos solteros (17,4%) y separados (6,6%), que prácticamente triplican al porcentaje encontrado en la población general, evidenciando el impacto amortiguador que ejerce el matrimonio frente a la institucionalización; situación contemplada en otros estudios con distribuciones de porcentajes similares (López, López, Castrodeza, Tamames & León, 2009; Damián et al., 2004). Otro elemento que requiere una especial referencia, es la clasificación del estado civil que se observa en los sujetos que ingresaron como autónomos. En éstos, el grupo más frecuente es el de solteros, con un porcentaje del 35,3%, siendo elevado también el porcentaje del grupo de “separados” que alcanza el 20,7%. Estos resultados muestran un perfil diferente en los sujetos autónomos, en los que el ingreso obedece a etiologías de carácter más social.

Profundizando en las características de la red de apoyo familiar del sujeto, la descripción de la persona de referencia, permite identificar aquellas situaciones de soledad objetiva y la tipología de cuidador informal relacionado con los sujetos de estudio. La categoría más numerosa es la de los hijos/yernos, que suponen un porcentaje del 60,5% de las personas de referencia. La figura del hijo, y más específicamente de la hija, caracteriza el perfil de cuidador informal de mayores en España (Gálvez, Ríos & García, 2013), convirtiéndose los hogares multigeneracionales, en los que se convive con una descendiente, en la principal forma de vida de los octogenarios (Abades & Rayón, 2012). El grupo que aflora en el estudio como el segundo más frecuente (N=135), es el de los sobrinos, mostrando una realidad que se constata en la práctica habitual en las Residencias de Mayores. La figura de los sobrinos está especialmente presente en los casos de sujetos solteros o viudos sin descendencia. El cónyuge, solo figura como persona de referencia en un 9,9% de los casos, revelando la asociación entre ausencia de pareja e institucionalización. Cabe destacar que el porcentaje de “cónyuge” como persona de referencia, no es indicador del porcentaje de viudos, pudiendo existir cónyuges, institucionalizados o no, que por su propia situación personal, no puedan ejercer como persona de referencia. Es destacable también el porcentaje de 8,4% de sujetos que no presentan persona de referencia por carecer de familia o no mantener contacto con ningún miembro de ésta.

El motivo fundamental que condujo al ingreso, es una de las variables fundamentales en el estudio, pudiendo encerrar en sí misma, las respuestas a algunas de las desviaciones detectadas en los resultados de clasificación del nivel de dependencia. A pesar de que en el apartado de etnografía se profundiza en las respuestas de los sujetos de estudio, resulta oportuno destacar los principales resultados observados a nivel estadístico. La principal causa de ingreso es la "sobrecarga del cuidador", alegada por un 46,6% de los sujetos o familiares, en la que se incluyen la mayoría de los problemas relacionados con la dependencia funcional y/o cognitiva. Esa categoría parece responder al perfil mayoritario de sujetos, con altos niveles de dependencia y de necesidad de atención. La segunda causa, con un porcentaje del 22,6%, es la "soledad", sin discriminar entre objetiva o subjetiva. La soledad es un factor desencadenante de la institucionalización, especialmente en los mayores con menores niveles de dependencia funcional, en muchos de los casos, ligada a personas sin pareja. Del total de sujetos que han indicado la soledad como motivo de ingreso, el 39% eran autónomos. A su vez, en el grupo de los autónomos, la soledad es el motivo de ingreso más frecuente, alcanzando un porcentaje del 43,7%. En cualquier caso, es reconocido que el sentimiento de soledad en la vejez, actúa, en sí mismo, como desencadenante de dependencias de tipo social, funcional o cognitivo, generando problemas para el desarrollo de una vida cotidiana autónoma (Rodríguez, 2009).

9.2. NIVEL DE DEPENDENCIA

Dos de los objetivos fundamentales del estudio se han centrado en el nivel de dependencia de los sujetos participantes. El primero, pretendía describir los resultados obtenidos con los tres sistemas de valoración de la dependencia aplicados a los residentes que ingresaron en las Residencias de Mayores del SRBS durante el tiempo del estudio: el Baremo para valoración de la situación de Dependencia (BVD) como sistema propuesto por la Ley, y el Índice de Barthel (IB) y el Sistema de Clasificación Funcional del Residente (CFR), empleados en todos los centros estudiados previamente a la promulgación de la Ley. Como segundo objetivo se trataba de comparar los resultados obtenidos por los tres sistemas de valoración de dependencia, detectando, en su caso, las distorsiones que pudieran observarse.

Los elementos que se han comparado, si bien no miden en su totalidad los mismos atributos (aunque todos valoran situaciones relacionadas con la capacidad del individuo para realizar de forma autónoma diferentes actividades cotidianas); ni tienen el mismo objetivo final (el BDV pretende clasificar y reconocer un grado de dependencia para la posible asignación de un recurso, mientras que el IB y el CFR pretenden identificar el nivel de dependencia para el establecimiento de un plan individual de intervención y el seguimiento de la evolución del estado de la persona); deberían ofrecer, a priori, una imagen de la realidad semejante, al aproximarse a una esfera concreta del estado de una persona, la autonomía o dependencia funcional, que aunque evaluada en momentos y contextos diferentes, no debería estar sometida a modificaciones inminentes no justificadas.

Actividades integradas en cada sistema de valoración.

De la comparación entre los elementos que integran cada sistema de valoración de los estudiados, se puede destacar que el Baremo para Valoración de la Situación de Dependencia (BVD), al no estar diseñado explícitamente para la valoración en personas institucionalizadas, sino para la valoración de la situación de la persona en su entorno habitual, habitualmente el domicilio, incluye entre los aspectos que estudia, destrezas para actividades que no es preciso conservar para ser autónomo en una institución que las oferta de forma explícita.

De esta forma, mientras que los instrumentos de valoración que se emplean en las Residencias de Mayores de la Comunidad de Madrid, CFR e Índice de Barthel, valoran las actividades de la vida diaria más básicas, relacionadas con el autocuidado, el BVD incluye en su valoración actividades instrumentales y actividades superiores de la vida diaria¹⁰⁵, como la preparación de comidas, el cuidado de la ropa o la utilización de medios de transporte. En este sentido, hacíamos referencia previamente a las críticas de los profesionales sanitarios alemanes por la aplicación del Baremo contemplado por la ley de dependencia en Alemania, reclamando la aplicación de herramientas probadas clínicamente como

¹⁰⁵ Las actividades superiores de la vida diaria, denominadas también como actividades Avanzadas de la vida diaria, hacen referencia a las que permiten a la persona gozar de una integración social satisfactoria: cuidar a otros, exploración del ocio, etc.

el Índice de Barthel, que contemplaban más ajustadamente la situación del individuo en los distintos niveles (Puyol & Abellán, 2006).

Cabe destacar, que a pesar de la diferencia de enfoque y del potencial impacto que esta situación podría suponer en el resultado final de la valoración, su incidencia total sobre el resultado global de la valoración, no alcanza el 10%, por lo que no justificaría la generalidad de las diferencias detectadas.

9.2.1. Principales resultados de clasificación del grado de dependencia de cada instrumento.

Baremo para Valoración de la Situación de Dependencia (BVD)

Del total de los 1.147 residentes que integran el estudio, un porcentaje de 20,2% accedieron como “no dependientes”, siendo 916 sujetos los clasificados según el BVD con algún grado de dependencia reconocido. Concretamente, la proporción es de un 63,0% de residentes clasificados en el grupo de grandes dependientes (Grado III), el grupo que la Ley contempla como de mayor grado de dependencia; un 11,5% clasificados en el grupo de dependientes graves (Grado II) y un 5,3% en el grupo de dependencia moderada (Grado I).

Esta distribución de alta intensidad de dependencia, resulta lógica al revisar los criterios de aplicación temporal y de asignación de recursos contemplados en la propia Ley, al no verse prácticamente afectados por la entrada en vigor del Real Decreto 20/2012¹⁰⁶, que retrasaba la incorporación al sistema de los grupos de menor dependencia al 1 de julio de 2015. En los sujetos clasificados en el Grado I, en los que el recurso “Residencial” no es el preferente, las causas sociales (soledad, conflictividad, dependencia del cónyuge) suponen el 82% de los motivos de ingreso, pudiendo explicar, en parte, la asignación del recurso.

Clasificación Funcional del Residente (CFR)

En el caso de la valoración según el instrumento CFR, la clasificación en función del grupo de dependencia de los 1.147 sujetos de estudio resultó menos

¹⁰⁶ Real Decreto 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Las principales modificaciones que introduce respecto a la Ley 39/2006, figuran en el capítulo III del presente estudio.

concentrada, resumida en los siguientes porcentajes: 21,7% clasificados como autónomos, 9,2% clasificados como dependientes leves, 11,9% como dependientes moderados y un porcentaje del 57,2% clasificados en el grupo de mayor dependencia, como dependientes severos. Esos resultados evidencian el cambio tan precoz producido en el perfil de los mayores que ingresan en las residencias del SRBS, al compararlos con los que aparecen en un estudio sobre el total de los residentes en el año 2008, en el que el mayor porcentaje lo representaba el grupo de autónomos, con un 51,1%, mientras que el grupo de dependientes severos suponía el 26,8% (Galán et al., 2008). Como puede comprobarse, se ha invertido la clasificación general de la dependencia, al haber descendido notablemente el ingreso de sujetos autónomos desde la entrada en vigor de la Ley 39/2006. Ese cambio de perfil se ha materializado también en una modificación de la configuración de plazas de las residencias del SRBS, que el año anterior a la entrada en vigor de la Ley de Dependencia eran un 31,8% para dependientes, 13,6% para autónomos y 54,5% mixtas en 2008 (Pérez, 2010).

Atendiendo a la clasificación según los siete grupos RUG-III que incorpora el CFR, el mayor porcentaje lo representan el grupo "Funciones Físicas Reducidas" con 40,7%, en el que se integran los sujetos sin otras complicaciones destacables y aquellos cuyos problemas inciden especialmente en las actividades básicas; y el grupo "Complejidad Clínica" con un porcentaje de 22,0%, en el que se incluyen sujetos con requerimientos como oxigenoterapia o cura de lesiones. Las proporciones de cada grupo muestran la casuística esperada, siendo semejantes a las descritas en otros estudios desarrollados en países de Europa. En un estudio realizado en 93 residencias de mayores en Italia, los residentes dependientes presentaban la siguiente agrupación en grupos RUG-III: 32% Funciones Físicas Reducidas, 18% Complejidad Clínica, 18% Deterioro cognitivo, 15% Cuidados Especiales, 10% Rehabilitación Especial, 4% Problemas de comportamiento y 3% Tratamientos Extensivos (Francesconi et al., 2006), muy similar a las proporciones obtenidas en este estudio. La clasificación en el grupo de los residentes autónomos, también se aproximó a la observada en nuestro estudio, al situarse más de un 70% de los sujetos, en ambos casos, en el grupo de "Funciones Físicas Reducidas". En otro estudio realizado en residencias inglesas, los resultados también fueron similares, siendo los grupos más numerosos los de

“Funciones Físicas Reducidas” (43,0%) y “Complejidad Clínica” (32,6%) (Carpenter, Perry, Challis & Hope, 2003).

La clasificación desarrollada en función de los grupos RUG-III, ofrece una visión global de la tipología de usuario atendido y de los requerimientos del tipo de atención que precisan. Así, al contrastar la clasificación obtenida en una población institucionalizada en residencia de mayores como la nuestra, en la que predomina el grupo caracterizado por la dependencia funcional y codificado en “Funciones físicas reducidas”; con la clasificación de pacientes atendidos en unidades de larga estancia sociosanitaria, se evidencia que en éstas últimas, el perfil es más rehabilitador, siendo la categoría de “Rehabilitación especial” la más frecuente, con un porcentaje de 36,9% (Salvá et al., 2014). Por tanto, el instrumento de clasificación se muestra eficaz en la identificación y descripción de la casuística atendida en los centros, detectando las diferencias de perfiles que serían esperables en cada uno de los niveles.

La otra variable clasificada por el CFR, el nivel cognitivo, refleja que el grupo más numeroso de usuarios es el que no presenta deterioro cognitivo (34,9%), siendo el segundo grupo el que presenta los tipos de alteración severa o muy severa (31,4%). El grado de deterioro cognitivo de los residentes del SRBS en el año 2008, mostraba un mayor porcentaje de sujetos sin deterioro cognitivo (52%) y un porcentaje muy inferior en los grupos de deterioro severo o muy severo, que suponían el 13% (Galán et al., 2008). Esos resultados vuelven a evidenciar, como se describió anteriormente con el nivel funcional, la modificación del perfil de los residentes de los centros del SRBS. También en el estudio de Damián et al, la categoría de estado cognitivo normal era la más frecuente, con un porcentaje del 55,2%, mucho más elevado que el presentado por nuestra población; mientras que el porcentaje de sujetos clasificados con deterioro cognitivo importante, era muy inferior a nuestro resultado (Damián et al., 2004), confirmando la tendencia de incremento de la dependencia funcional y psíquica.

Índice de Barthel (IB)

Por último, la clasificación de la dependencia en función del Índice de Barthel, ofrece la mayor heterogeneidad de resultados, entre otros factores, por la división en cinco categorías de dependencia que presenta el sistema. A modo de

resumen, los porcentajes obtenidos en cada grupo han sido: 17,7% independientes, 24,8% dependientes leves, 15,4% dependientes moderados, 14,6% dependientes severos y 27,5% dependientes totales; mostrando un nivel global de dependencia ligeramente inferior al descrito en otro estudio en el que el porcentaje de dependientes totales ascendía al 31,3% y el de independientes al 7,8% (Ceada et al., 2008). La media de la puntuación del Índice de Barthel en la totalidad de los sujetos ha resultado de 50,94 puntos, inferior a la encontrada en otro estudio sobre una población similar (Damián et al., 2004). Al discriminar por dependencia, la media del Barthel aumenta hasta 96,16 en los sujetos autónomos, rozando prácticamente la consideración de independencia, y desciende a un valor de 39,49 en los sujetos dependientes. Los resultados son complejos de comparar con los alcanzados en otros estudios, por dirigirse la presente investigación a un grupo heterogéneo de centros y de perfiles de residentes, en los que no se ha excluido a los residentes que ingresaban como autónomos.

9.2.2. Comparación de los resultados de clasificación de dependencia.

De la descripción de los datos de clasificación de la dependencia según el BVD, se puede concluir que el 74,5% de los residentes ingresados durante el tiempo de desarrollo del estudio, pertenecen a los grupos de mayor grado de dependencia, circunstancia que les llevaría a presentar grandes limitaciones y, consecuentemente, una mayor necesidad de ayuda de otras personas.

Los datos obtenidos con los otros dos instrumentos de valoración, el IB y el CFR, muestran un menor porcentaje de sujetos en los grupos de mayor dependencia, representando un 57,2% en la clasificación de CFR y un 42,2% en el caso del IB. Profundizando en la configuración de cada grupo de dependencia, el BVD clasifica con un mayor grado de dependencia a 257 sujetos que el CFR y a 585 que el IB.

El análisis más pormenorizado de la comparación de los resultados de clasificación entre BVD y CFR refleja que 44 sujetos clasificados como autónomos según CFR, sin ninguna necesidad de ayuda detectada, fueron clasificados en los grupos de mayor dependencia por el BVD. Esta circunstancia se reproduce en 45 sujetos clasificados como dependientes leves por CFR, con necesidades básicas de supervisión.

La situación de máxima diferencia en la clasificación, aumenta al comparar el BVD y el Índice de Barthel. 19 sujetos clasificados como independientes según el IB, sin ninguna necesidad de ayuda, fueron clasificados en los máximos grados de dependencia por el BVD. En el caso de los clasificados como “dependientes leves” por el IB, el número de los situados en grupos de la máxima dependencia por el BVD, asciende a 180.

Sin conocer todas las variables que han podido provocar esta distorsión, se evidencia que el instrumento empleado por la Ley de Dependencia, ha reconocido situaciones de la máxima dependencia a personas que, al menos en el centro y con los criterios de valoración internos, no presentan limitaciones intensas, ni requieren una ayuda importante para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. La aproximación cuantitativa al grupo de residentes que han presentado una mayor diferencia en la valoración, clasificados en categorías de dependencia elevada por el BVD y mínima o inexistente por el CFR, muestra algunos resultados relevantes en cuanto al motivo de ingreso. En ese grupo, los principales motivos de ingreso son la soledad (37,3%) y la dependencia del cónyuge (19,0%), cuando los residentes han ingresado en los mayores niveles de dependencia. En el caso de la dependencia del cónyuge, en este grupo se registra el 44,4% de los casos presentados en el total de la población, mientras que el grupo representa un porcentaje del 11,0% sobre el total de los sujetos de estudio. El motivo de ingreso ha presentado una asociación estadísticamente significativa con los sujetos que han presentado la mayor distorsión en la clasificación del nivel de dependencia según BVD y CFR.

Una variable que no ha presentado asociación con los resultados más discordantes de clasificación, ha sido el momento de la valoración y el modelo de Baremo empleado. A pesar de los cambios introducidos en el BVD desde febrero de 2012, los porcentajes de valoraciones con el Baremo original o con el modificado, han sido prácticamente iguales entre los grupos de sujetos con clasificaciones más coincidentes y los que presentan unos resultados más distantes, no observándose una asociación significativa estadísticamente.

La situación inversa, en la que los otros instrumentos clasificaron en mayores grados de dependencia que el BVD, se reduce a 20 sujetos en el caso del CFR y a 14 en el caso del Barthel, correspondiendo a sujetos cuyas valoraciones

del nivel de dependencia eran más antiguas, habiendo sufrido alguna modificación en su estado de salud, previo a su ingreso en la Residencia.

Por tanto, la clasificación general de la situación de dependencia realizada según el BVD, refleja un mayor nivel de dependencia que la obtenida con el CFR y el Barthel. Esta situación es contraria a la reflejada en un estudio realizado en una unidad de diálisis, con pacientes mayores de 65 años, en el que se comparaba el BVD, el Índice Barthel y el Índice de Lawton. En ese estudio el BVD resultaba el más restrictivo, considerando independientes a un porcentaje muy superior de pacientes que los otros instrumentos (Camps et al., 2009). También en el ámbito de la atención a mayores en tratamiento de diálisis, otro estudio sobre varios centros en Cataluña, concluía que el BVD clasificaba un 15% menos de pacientes dependientes de los considerados por los profesionales (Andreu et al., 2010). Una posible circunstancia que influye en estos resultados, y que es contemplada en los estudios, es el momento de la valoración, que coincide con los tratamientos y el consecuente impacto en el estado de los pacientes.

En sentido inverso, en un estudio que comparaba, a través de una simulación, el grado de dependencia que se obtendría con la aplicación de los baremos francés, alemán y español, sobre la población que presentaba discapacidades, el BVD resultaba el más "generoso", clasificando a un mayor porcentaje de personas en grados de dependencia que los otros dos sistemas (Albarrán et al., 2009).

Al comparar los resultados de la presente investigación con los alcanzados por el investigador en 2011, puede constatarse que a pesar de que el BVD continua clasificando a usuarios en grupos de mayor dependencia, el porcentaje alcanzado se ha reducido, ya que en aquel estudio, hasta un porcentaje del 29,85% de los sujetos clasificados como autónomos o dependientes leves por el instrumento CFR, estaban clasificados en los grupos de máxima dependencia por el BVD, situación que aumentaba hasta un porcentaje del 35% en el caso del Índice de Barthel (Álvarez et al., 2014). En estos resultados ha influido el propio alcance del presente estudio, al incluir a los residentes que ingresaron en plazas de "no dependientes", en los que la coincidencia entre los sistemas de valoración es mucho mayor.

Los estudios de concordancia entre los tres sistemas de valoración, analizados a través del Índice de Kappa, muestran una concordancia moderada

entre el CFR y los otros dos instrumentos, mientras que es débil entre el BVD y el IB. Como se ha indicado, el CMBD del CFR, además de la valoración de dependencia en Actividades Básicas de la Vida Diaria, incorpora una valoración multidimensional de otros aspectos como el deterioro cognitivo o las patologías degenerativas, que complementan la valoración más específica del IB, aproximándose más al contenido de ambos instrumentos.

Para comprobar el posible impacto que podía suponer la elección del sistema empleado de categorización de la dependencia del IB, se analizó la concordancia entre el IB y el CFR, empleando el segundo sistema estandarizado de clasificación del IB, que aumenta el requerimiento de puntos para situar al sujeto en grupos de menor dependencia¹⁰⁷. El resultado continúa mostrando una concordancia moderada, ligeramente mayor que con el otro sistema de clasificación (Kappa: 0,60).

El estudio de las correlaciones de Spearman muestra una correlación inversa y fuerte entre el CFR (I-AVD) y el Índice de Barthel (I-Barthel), mayor que entre cada uno de esos sistemas y el BVD. En el caso de CFR e IB, el segundo estudio de correlación realizado al año del ingreso, mostró un ligero aumento respecto al del ingreso. Los resultados del estudio previo del investigador, mostraban una correlación importante entre CFR e IB, y limitada respecto al BVD (Álvarez et al., 2014).

9.3. AGRUPACIONES DIAGNÓSTICAS ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA E INSTITUCIONALIZACIÓN

El seguimiento de las principales agrupaciones diagnósticas generadoras de dependencia, contribuye a conocer la prevalencia de los procesos seleccionados en la población de estudio y su asociación potencial con la dependencia, facilitando otro elemento para la descripción de los sujetos de estudio. La distribución observada de muchos de los procesos patológicos se corresponde con

¹⁰⁷ La clasificación seleccionada de las categorías de dependencia Barthel, empleada en todo el estudio, es la que figura en el capítulo de metodología. Para complementar el análisis de concordancia se ha empleado la segunda categorización: 100 independiente; 91-99 dependencia leve; 61-90 dependencia moderada; 21-60 dependencia severa y 0-20 dependencia total.

la descrita en estudios epidemiológicos, evidenciando el impacto de alguno de esos procesos en la población mayor y en la institucionalización.

Los procesos de demencia, de cualquier tipología de las establecidas en el CIE-9, han presentado una prevalencia del 48,6% en nuestra población, tratándose del segundo grupo más frecuente de los procesos estudiados. En un estudio comentado previamente sobre Residencias de Madrid, el porcentaje de demencias era del 33% (Damián et al., 2004), bastante inferior al de nuestro estudio. La explicación puede encontrarse en el propio perfil de los ingresados, ya que el 46% eran independientes o dependientes leves al ingreso. La prevalencia de demencias en el entorno comunitario es del 6,5%, oscilando entre el 4,2% en el grupo de 65 a 74 años, y el 27,7% en el grupo de mayores de 85 años (SEGG, 2011), frente a una prevalencia estimada del 60% en los mayores institucionalizados, coincidiendo con los porcentajes de otros países europeos y norteamericanos (López et al., 2009). Esta diferencia tan pronunciada muestra la relación existente entre estos procesos patológicos y la institucionalización en residencias de mayores. En un estudio de seguimiento durante 7 años de la complejidad clínica de los mayores ingresados en unidades de larga estancia de Cataluña, se observó un descenso progresivo de la frecuencia de las demencias, del 26,7% en el año 2003, al 17,9% en 2009, aunque continuaban siendo los procesos más frecuentes. Los investigadores relacionan el descenso potencial con la mayor disponibilidad de recursos y programas, entre los que referencian de forma explícita las residencias de mayores (Salvá et al., 2014), que se han convertido en el principal servicio de atención a las personas con demencias, especialmente en fases avanzadas con mayor necesidad de cuidados.

En el estudio, las demencias en su conjunto, han mostrado una asociación significativa estadísticamente con la dependencia. El porcentaje de demencia varía notablemente entre el grupo de "autónomos", en el que supone un 6,1% y el grupo de dependientes, en el que se incrementa hasta alcanzar el 59,3%. La Enfermedad de Alzheimer ha sido el proceso más diagnosticado, presentándolo un 45,1% de los residentes clasificados con algún tipo de demencias, coincidiendo con la mayoría de tratados y estudios sobre geriatría que la sitúan como el subtipo de demencia más frecuente (García & Martínez, 2012; SEGG, 2011). Los

resultados del estudio RESYDEM¹⁰⁸, también muestran el Alzheimer como la demencia de mayor prevalencia en residencias, con porcentajes inferiores que en nuestra población, situando en segundo lugar la demencia de origen vascular (López et al., 2009), que en nuestro estudio aparece como el tercer tipo en prevalencia, con un porcentaje de 11,7%, tras los procesos codificados como “demencia senil”.

Las fracturas de fémur, de cualquier localización, presentan una asociación significativa estadísticamente con la dependencia, mostrando una prevalencia del 16,3% en la población general del estudio, que oscila entre un porcentaje del 18,3% en los dependientes y del 8,2% en los autónomos. La fractura de cadera, sitúa al individuo que previamente podía ser autónomo, en una situación de dependencia inmediata, al menos durante el tiempo de recuperación, siendo frecuentes los casos de institucionalización sobrevenida que algunos estudios sitúan en porcentajes próximos al 20% (Ortíz et al., 2008; Sáez, Hernández & Romero, 2013). En un estudio sobre la recuperación tras seis meses desde la intervención por una fractura de fémur, en mayores autónomos y sin deterioro cognitivo previo, se detectó que la media del índice de Barthel se situaba en 73,47, descendiendo desde una media de 90,05 antes de la caída. En el caso de los mayores que estaban previamente institucionalizados, la media a los 6 meses fue de 53,46 (Candel et al., 2008). En los sujetos de nuestro estudio que tenían identificado el diagnóstico de fractura de fémur, 136 (72,7%) estaban clasificados al ingreso en las categorías de mayor dependencia según el IB, frente a 51 sujetos clasificados en los grupos de dependencia leve o independencia. Estos resultados no permiten relacionar el impacto inmediato de la fractura de cadera en la institucionalización o en el incremento directo del nivel de dependencia, al no haber desarrollado un estudio retrospectivo, pero ponen de relieve el alto porcentaje de deterioro de los sujetos que habían sufrido fracturas de esta clasificación.

Las afecciones cerebrovasculares también se han observado con una prevalencia importante en el estudio, afectando prácticamente a un cuarto de la población (24,2%). De los 278 sujetos con un diagnóstico codificado en ese grupo, 252 estaban clasificados como dependientes, presentando una asociación

¹⁰⁸ RESYDEM. Estudio epidemiológico para conocer la prevalencia de las demencias en las Residencias de Mayores de todas las titularidades en varias Comunidades Autónomas.

significativa estadísticamente con la dependencia. A pesar de que dentro del grupo se han incluido varios tipos de afecciones cerebrovasculares, como la isquemia cerebral transitoria, su relación con la dependencia queda evidenciada.

Las alteraciones oculares con repercusión en la agudeza visual y potencialmente en la autonomía de la persona, no han presentado una asociación significativa en el estudio respecto al grado de dependencia, alcanzando unos porcentajes elevados y similares en ambos grupos de residentes. En el caso de las cataratas seniles, patología ocular más frecuente en el estudio, afectan a un porcentaje del 33,8% del total, siendo más elevado en el grupo de los sujetos autónomos (38,1%) que en el de los dependientes (32,8%). Ese resultado es inferior al encontrado en un estudio específico realizado sobre sujetos autónomos de una residencia de mayores, en el que el porcentaje era del 46,8% (Jiménez e Hajar, 2007). A pesar de nuestro resultado inferior, se han producido algunas dificultades en la recogida de datos, al haberse detectado diagnósticos activos de cataratas en sujetos que habían sido intervenidos de uno o ambos ojos. En el otro grupo de alteraciones oculares, la patología más prevalente ha sido la degeneración macular, que en el estudio presentaba un porcentaje de 2,9%. En un estudio específico, se refería que la prevalencia total de la maculopatía asociada a la edad era del 10,3% y del 3,4% la degeneración macular asociada a la edad, mientras que las estimaciones establecen las DMAE en el 13% en mayores de 85 años (García et al., 2012). La falta de significación estadística entre las cataratas y los demás problemas oculares estudiados y la dependencia, ha sido detectada también en otros estudios (Jiménez & Hajar, 2007), pudiendo estar relacionada con el aumento de las posibilidades quirúrgicas y el infradiagnóstico en sujetos ya dependientes o con alteraciones cognitivas.

Otro proceso que se ha presentando con menor frecuencia, pero con una diferencia en la presentación entre sujetos autónomos y dependientes, es la Enfermedad de Parkinson. En el estudio, la prevalencia ha sido del 11,1%, inferior a las estimaciones según las que afecta aproximadamente al 15% de los mayores de 65 años (Eluvathingol & Portillo, 2013). En los sujetos del estudio, se ha observado una importante variación de presentación, entre un porcentaje del 3,0% en los sujetos autónomos y del 13,1% en los dependientes, mostrando una asociación significativa estadísticamente.

Los procesos depresivos son considerados también como factores asociados a la pérdida funcional (Arnau et al., 2012). Según estimaciones, padecen algún proceso depresivo entre el 7% y el 11% de los mayores, oscilando entre un 10% en los mayores que viven en comunidad y un 15-35% de los que viven en Residencias (García, 2009). El porcentaje de 16,9% alcanzado en nuestro estudio, se aproxima al rango inferior del referido en la literatura revisada. Al igual que en otros estudios, resulta complejo discriminar los subtipos de trastornos, estando clasificados la mayoría como “síndrome depresivo. CIE-311”. La alta prevalencia encontrada de procesos depresivos en las instituciones, podría estar motivada, según algunos autores, por la derivación a estos centros de enfermos psiquiátricos que han envejecido (García, 2009), situación a la que puede unirse las causas que motivaron el ingreso, como la viudedad o dependencia, y al propio proceso de institucionalización, que contribuiría a las altas tasas de depresión por la pérdida de control de la vida personal y el debilitamiento de las relaciones sociales (Rodríguez, 2011). Los procesos depresivos han presentado en nuestro estudio una asociación significativa con la presencia, o no, de dependencia ($p < 0,05$), mientras que no ha resultado significativa la asociación con los diferentes grados de dependencia, en ninguno de los tres sistemas de clasificación analizados. Por tanto, sufrirían más trastornos depresivos los sujetos dependientes que los autónomos, pero no se detecta esa relación entre los diversos grados de sujetos dependientes.

El último grupo de trastornos estudiado, los procesos osteoartrosicos, se convierten en el más prevalente del estudio, afectando a un porcentaje del 47,6% de los participantes. Los porcentajes son similares entre los sujetos dependientes (47,9%) y los autónomos (46,3%), no mostrando una asociación significativa estadísticamente.

Al analizar las asociaciones entre las diferentes patologías y las categorías de clasificación de dependencia de cada sistema de valoración estudiado, se comprueba que las fracturas de fémur, la Enfermedad de Parkinson, las demencias, las alteraciones cerebrovasculares y las cataratas, presentan asociaciones significativas en los tres instrumentos de valoración. En el caso de la clasificación según el Índice de Barthel, también presentan una asociación significativa los trastornos oculares y la osteoartrosis. De nuevo, la mayor división

de la clasificación de dependencia del instrumento, puede influir en los resultados, al establecer una mayor discriminación entre las categorías.

9.4. ESTUDIO DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y CUIDADOS.

El grado de identificación de diagnósticos enfermeros en la población que se ha estudiado, puede considerarse elevado a la vista de otros estudios analizados, especialmente al contemplar el tiempo limitado tras la implantación de la nueva historia de enfermería y el registro estandarizado de los diagnósticos. A pesar de los resultados globales, el análisis de algunas variables del estudio, como las ayudas prescritas o los resultados de otras herramientas de valoración, puede indicar una cierta situación de infradiagnóstico en algún área determinada. La revisión de información sobre los diagnósticos de enfermería en residencias de mayores, ha arrojado unos resultados limitados en el contexto español, que dificultan la contrastación de los obtenidos en el estudio.

Del total de residentes incluidos en el estudio, 935 presentaban al menos una etiqueta diagnóstica identificada; alcanzando una media de 4,07 diagnósticos de enfermería por sujeto. En un estudio sobre diagnósticos de enfermería en una unidad sociosanitaria de psicogeriatría, si bien todos los sujetos revisados presentaban al menos un diagnóstico, la media por sujeto era de 2,43 (Frías et al., 2005), muy inferior a la obtenida en el presente estudio. En el ámbito de la hospitalización especializada, con participantes mayores, otro estudio presentaba un porcentaje de diagnósticos enfermeros del 38% sobre el total de los casos (Moscoso, 2013), lo que supone un porcentaje de identificación menor de la mitad del observado en nuestro estudio.

Resulta interesante visualizar cómo la mayoría de los diagnósticos identificados, concretamente un porcentaje del 89,0%, pertenecen a dominios de marcado carácter físico o funcional. Sin entrar en el alcance de este estudio la determinación de la priorización establecida por los profesionales para proceder al diagnóstico, es evidente la focalización sobre problemas que afectan a las necesidades más básicas de la persona, de los que suelen desprenderse cuidados, de ayuda o suplencia, en casi todos los casos; mostrando la relevancia de la jerarquía de las necesidades humanas y el cuidado centrado en la independencia y satisfacción de la mismas (Brito, 2012). Exceptuando los dominios que inciden

principalmente en otras etapas del desarrollo de la persona, la priorización comentada, conduce al infradiagnóstico en esferas superiores, especialmente relacionadas con otras necesidades más complejas, a saber, psicológicas, de autorrealización, espirituales, etc.

Descendiendo a un mayor nivel de especificidad en el análisis de las etiquetas diagnósticas más identificadas en el estudio, entre las diez primeras se encuentran reflejados problemas relacionados con el autocuidado, las actividades básicas y algunos de los principales síndromes geriátricos: déficit de autocuidado, incontinencia urinaria y fecal, riesgo de caídas, riesgo de alteración de la integridad cutánea, sueño y alteraciones en la movilidad. Esta circunstancia resulta lógica, al estar representados algunos de los problemas más prevalentes en la población mayor.

Los dos diagnósticos más prevalentes en los sujetos de estudio han sido “Déficit de autocuidado: baño” y “Déficit de autocuidado: vestido”. La mayor frecuencia de identificación de diagnósticos de déficit de autocuidado, se ha visto en muchos de los estudios revisados sobre prevalencia de diagnósticos de enfermería, independientemente del nivel de atención, del país o de las características de los sujetos de estudio (Frías et al., 2005; Moscoso, 2013; Abreu et al., 2008), evidenciando la relevancia otorgada al “autocuidado” por parte de los profesionales de enfermería, que en el ámbito geriátrico, adquiere una gran trascendencia. Los diagnósticos relacionados con la movilidad, como “Deterioro de la movilidad física” o “Intolerancia a la actividad”, son los más frecuentes en otros estudios sobre diagnósticos de enfermería en el ámbito geriátrico hospitalario (Lago, 2007; Villarejo & Pancorbo, 2011). En el primero de ellos, las etiquetas de déficit de autocuidado aparecen también entre las más prevalentes, mientras que en el estudio de Villarejo y Pancorbo, los diagnósticos relativos a los déficit de autocuidado aparecen con una menor frecuencia, distanciándose más de nuestros resultados. A la vista de los resultados obtenidos y de los diferentes estudios revisados, puede afirmarse que los diagnósticos de enfermería de déficit de autocuidado y los relacionados con problemas de la movilidad, son los más identificados por los enfermeros en las personas mayores.

Volviendo de nuevo al perfil diagnóstico y a las áreas sobre las que diagnostican los enfermeros, han resultado infrecuentes los diagnósticos relacionados con la esfera psíquica, a excepción de problemas relacionados con

alteración de la memoria, y con las esferas espiritual o social del individuo. La no identificación de problemas en estas áreas de la persona o el seguimiento de criterios de priorización basados en un paradigma más biologicista, no han permitido aflorar las respuestas de los individuos a la institucionalización, que podrían suponerse frecuentes. Este aspecto, especialmente relevante para el investigador, abre la puerta a un estudio específico sobre los criterios de priorización de los profesionales en la selección de diagnósticos de enfermería en este tipo de centros.

9.4.1. Diagnósticos de Enfermería y grado de dependencia.

El análisis de los diagnósticos de enfermería relacionados con el autocuidado y con problemas en el desarrollo de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, han ofrecido otro soporte para el estudio del nivel de dependencia asignado por los sistemas de valoración estudiados.

Los diagnósticos seleccionados han aumentado su prevalencia al incrementarse el nivel de dependencia, en cada una de las categorías de clasificación de los tres sistemas de valoración, reflejando el mayor número de problemas diagnosticados, relacionados con ese aumento progresivo de la dependencia.

Al mantener las categorías originales de clasificación de cada instrumento, el Índice de Barthel es el que alcanza una media menor de diagnósticos en la categoría de "Independientes", con 0,22 diagnósticos por sujeto, y la media más elevada en la categoría "Dependencia total", con 4,08 diagnósticos por sujeto; tratándose del grupo de mayor nivel de dependencia en ese sistema de valoración. La clasificación de los niveles de dependencia en 5 categorías puede influir en este resultado, al introducir una mayor discriminación entre unos grupos y otros.

Al homogeneizar las categorías de los sistemas de valoración, en tres grupos que contemplen los niveles de dependencia mínima, media y máxima, se observaron algunos resultados coincidentes con otros apartados del estudio en los que se valoraba la clasificación del nivel de dependencia. El grupo de menor dependencia según el BVD, es en el que se registra una media inferior de diagnósticos de enfermería por sujeto, siendo ésta 0,42. En ese grupo se

encuentran los usuarios dependientes leves o no dependientes según el BVD, que conservan una mayor autonomía para el autocuidado. En este punto, el BVD se habría posicionado como el más sensible en la discriminación de aquellos sujetos que no son dependientes.

En la categoría de dependencia media se produce la situación inversa. Mientras que en los grupos de CFR y Barthel se alcanza una media de diagnósticos por sujeto de 1,70 y 2,65 respectivamente; en el grupo de dependencia media del BVD, el resultado es 0,42; el mismo que en el grupo de menor dependencia. En las categorías de máxima dependencia, también el BVD presenta la menor media de diagnósticos de enfermería de los tres instrumentos.

Sin introducir otros elementos de análisis, esta situación pone de manifiesto que en las categorías de mayor grado de dependencia según la clasificación del BVD, se incluyen sujetos con menor número de diagnósticos de enfermería relacionados con el autocuidado y las ABVD, que en los otros instrumentos de valoración. Estos resultados son coherentes con los descritos anteriormente, sobre la clasificación de los grados de dependencia, que reflejaban numerosos sujetos clasificados con un mayor nivel de dependencia por el BVD que por el CFR y Barthel.

9.4.2. Cuidados y ayudas prescritas en las actividades básicas.

Si el diagnóstico de enfermería es el identificador de las respuestas humanas y de los problemas de salud de la persona, los cuidados básicos son los elementos que demuestran la necesidad de ayuda real del individuo, permitiendo comprobar la relación entre el nivel de dependencia y el tipo de ayuda requerido por el sujeto.

A nivel estadístico, las asociaciones entre la prescripción de ayudas o cuidados en cada actividad básica de la vida diaria y la dependencia, han resultado todas significativas estadísticamente, salvo la ayuda específica para la alimentación. En las actividades en las que más ayuda se ha programado, el baño y el vestido, los porcentajes entre sujetos dependientes y autónomos, muestran esa gran diferencia. En la actividad de baño, se ha registrado que un porcentaje de 92,5% de los sujetos dependientes precisaban algún tipo de ayuda, mientras que el porcentaje en los sujetos autónomos descendía al 25,1%. La misma situación se

produce en la actividad de vestido, en la que un 83,2% de los sujetos dependientes precisan ayuda, frente al 6,1% de los sujetos autónomos. Con unos porcentajes menores, las dos actividades básicas, baño y vestido, han sido las más afectadas en otro estudio específico sobre la dependencia funcional en mayores institucionalizados (De la Fuente et al., 2012b).

También se ha detectado una asociación significativa estadísticamente entre el tipo de ayuda proporcionado y la dependencia. De esta forma, se aprecia que en los sujetos "autónomos" que tenían prescrita alguna ayuda en cualquiera de las actividades básicas, éstas eran las de menor intensidad. Continuando con las actividades descritas en el punto anterior, en el caso de la actividad de baño, el 81,2% de los sujetos dependientes tienen programada una "Ayuda total" mientras que en los sujetos autónomos, la "Ayuda parcial" es la prescrita en el 77,6% de los casos. En la actividad de vestido se reproduce esta situación, siendo un porcentaje de 66,3% de sujetos "dependientes" los que tienen prescrita ayuda total, frente al 78,6% de sujetos "autónomos" que tienen programada una ayuda parcial. En esta actividad, no existe ningún residente autónomo en el que esté registrada una ayuda total.

Esta aproximación inicial indica la asociación, esperable inicialmente, entre los cuidados prescritos y la dependencia, mostrando una coherencia entre la mayoría de las clasificaciones y las necesidades reales de cuidados.

Los porcentajes de necesidad de ayuda en las diferentes actividades básicas, se han mostrado similares a los presentados en otros estudios y en encuestas epidemiológicas. La actividad en la que se requiere mayor ayuda y que presenta un mayor número de cuidados planificados, es la actividad del baño, en la que tienen prescrita algún tipo de intervención el 78,9% de los sujetos de estudio, muy próximo al porcentaje de 73,9% descrito en otro estudio en el entorno institucional (Ceadá et al., 2008). Por el contrario, las ayudas y cuidados en la alimentación, son los que afectan a un menor porcentaje de residentes, el 28,3% del total. Con la lógica distancia en los porcentajes de ayuda, por haberse realizado sobre población mayor general, no institucionalizada, los resultados de la Encuesta del CIS sobre condiciones de vida de las personas mayores, arrojaban una distribución en la necesidad de ayuda similar, siendo la alimentación la actividad que requería menor ayuda (4,1%) y el baño/ducha la que presentaba los mayores

requerimientos de ayuda, con un porcentaje de 27,1¹⁰⁹ (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2007). En un estudio en ancianos en unidades de larga estancia, la distribución de los porcentajes de ayuda de cada actividad es similar, si bien, presentando mayores porcentajes de necesidad de ayuda en cada una, como la alimentación (52,3%), que es la menos afectada, o el baño (90%) y vestido (83,7%), que son las que más ayuda requieren (Salvá et al., 2014). En el ámbito de la Geriátrica es usual la referencia a que la pérdida progresiva de la capacidad en las Actividades Básicas de la Vida Diaria, se produce de forma ordenada e inversa a como fueron adquiridas en la infancia (Fontana et al., 2002, García, 2009).

El estudio sobre la ayuda prescrita en la incontinencia urinaria, no pretende describir la prevalencia de esta patología, sino su atención a nivel de los cuidados planificados, desde un enfoque de actividad básica de la vida diaria. En cualquier caso, el porcentaje de sujetos que requieren algún tipo de ayuda para la atención de la incontinencia, un 62,6% del total, es bastante superior al mostrado en el estudio EPIC¹¹⁰ sobre prevalencia de la patología en España (Martínez et al., 2009). Esta diferencia puede obedecer a las características de los sujetos de ambos estudios, ya que la población institucionalizada que participó en el estudio EPIC, tenía capacidad cognitiva para responder la entrevista. El porcentaje obtenido en nuestra investigación también es superior al encontrado en otros estudios centrados en un entorno similar, en los que la incontinencia tenía una prevalencia de 53% (Damián et al., 2004) y 53,6% (Prado, Bischofberger, Valderrama, Verdejo & Damián, 2011), si bien, los tratados de geriatría establecen una variación en las proporciones entre el 43% y el 77% (SEGG, 2011).

La asociación entre la necesidad de ayuda secundaria a la incontinencia urinaria y la dependencia, ha resultado estadísticamente significativa, al igual que la asociación con el tipo de ayuda facilitada para su cuidado. El 82,9% de los sujetos con alguna atención en la incontinencia urinaria, tenía prescrito "cuidado del absorbente", porcentaje similar a otro revisado (Prado et al., 2011). En los sujetos autónomos, la mayor proporción es la representada por el cuidado

¹⁰⁹ La encuesta presentaba resultados en función de grupos de edad. Los porcentajes referidos en la discusión son los relativos al grupo de edad de 80-84 años, tras considerar que la media de edad de los sujetos de estudio era de 82,8 años.

¹¹⁰ El Estudio EPIC es un estudio poblacional en el que se calculó la prevalencia de la Incontinencia Urinaria y otros trastornos urinarios, en cinco países Europa.

“administrar absorbente/compresa”, planificado en el 63,0% de los casos. Esta circunstancia enfatiza la capacidad de autocuidado de esos sujetos autónomos, a pesar del problema de incontinencia manifestado.

9.4.3. Estudio del diagnóstico “Riesgo de caídas”.

El seguimiento de los episodios de caída producidos en un año, refleja una media de 1,21 caídas por sujeto/año. Según estimaciones, un tercio de las personas mayores se caen una vez al año, y prácticamente la mitad, sufre episodios reincidentes. Este porcentaje se aproxima al 50% en los mayores institucionalizados, con una incidencia de entre 0,6-3,6 caídas /año (Roqueta et al., 2007).

El diagnóstico “Riesgo de caídas” y el test de Tinneti, han presentado una asociación estadísticamente significativa en el estudio. A pesar de ese resultado, el diagnóstico de enfermería se ha identificado en menos casos de en los que potencialmente los sujetos presentaban riesgo elevado de caída según el test. La media del test de Tinneti en nuestra población es de 13,9 (DE 10,2), oscilando entre 15,0 en los sujetos que no presentan el diagnóstico “Riesgo de caídas” y 10,4 en los que lo presentan. En todos los casos, estos valores son inferiores a los encontrados en un estudio de evaluación de riesgo de caídas con el test de Tinneti en el que la media era de 18,5 (Roqueta et al., 2007). Existe un sesgo potencial al estar sistematizada la valoración del riesgo para todos los residentes, independientemente del grado de dependencia funcional. Esta circunstancia implica la valoración con el test de Tinneti, de sujetos con graves deterioros físicos, que no conservan el tono muscular ni el alineamiento corporal y no presentan prácticamente ninguna capacidad para el movimiento voluntario. En estos sujetos, en muchas ocasiones, los fisioterapeutas asignan un valor de “0” en el test, cuando la posibilidad real de caída sería muy improbable.

La asociación del diagnóstico de enfermería “Riesgo de caídas” con los episodios de caída registrados en el año, también es estadísticamente significativa. La media de episodios de caída varía entre los sujetos que tienen identificado el diagnóstico, en los que es 1,81, y los que no tienen, en los que desciende a 1,03. De los residentes estudiados, 531 (46,3%) habían sufrido al menos un episodio de caída en el año. Este porcentaje es similar al encontrado en otros estudios en este

tipo de centros, con porcentajes de 47,15% (Roqueta et al., 2007) o de 40%, reflejado en una revisión sistemática sobre caídas en mayores en España (Da Silva, Gómez & Sobral, 2008). En esa revisión se concluye que el mayor porcentaje de caídas en las instituciones, es debido a la mayor comorbilidad y dependencia de los residentes, situación que se asume en la realidad de este estudio. Del total de sujetos de nuestra población que sufrió caídas durante el año de seguimiento, 306 (57,6%), presentaron dos o más episodios de caída, porcentaje muy similar al alcanzado en otro estudio anual en una residencia de mayores, en el que los residentes que presentaron varios episodios de caída suponían el 58,21% (Carrera & Braña, 2012). En ese mismo estudio, el perfil de autonomía funcional del sujeto que sufre caídas es también semejante, con un porcentaje del 11,9% de sujetos autónomos, frente al 13,37% que se registra en el nuestro.

Entre los cuidados prescritos para la prevención de las caídas y el diagnóstico de enfermería, se ha observado una asociación significativa. Dentro de estos cuidados, se incluyeron los relativos a las actividades básicas de transferencia y deambulación, por tratarse de los contextos en los que más episodios de caída se registran, así como los cuidados relacionados con las sujeciones, por su potencial impacto en el bienestar de los sujetos.

El tipo de ayuda prescrito en las transferencias, a pesar de presentar significación estadística con la identificación del diagnóstico, muestra una menor relevancia desde el punto de vista clínico, al comportarse de forma similar los porcentajes en cada grupo, siendo en ambos, la más frecuente, la ayuda física de una persona. En el caso de la necesidad y tipo de ayuda en la deambulación, con unos valores de $p < 0,001$ y $p < 0,05$ respectivamente, se observa que en el grupo que tiene identificado el diagnóstico "Riesgo de caídas", el porcentaje de sujetos que requiere ayuda es del 89,9% frente al 72,7% en el grupo sin diagnóstico. También el tipo de ayuda prescrito muestra diferencias entre los dos grupos, observando que en el grupo que no presenta el diagnóstico, un porcentaje del 34,5% de los que figuran con ayuda, no requieren una intervención expresa del personal, sino el uso de una ayuda técnica de forma independiente. Es destacable, por tratarse de otro elemento que contribuye a describir la dimensión de la dependencia, que 497 sujetos precisan silla de ruedas para los desplazamientos.

La comparativa entre la prevalencia de sujeciones empleadas en los centros sociosanitarios es compleja por la inexistencia de unos criterios comunes en la

identificación y clasificación de todos los dispositivos que pueden considerarse como sujeciones. Numerosos centros, especialmente del ámbito sanitario, no incluyen las barandillas de las camas en la monitorización de las sujeciones, desviando los resultados por tratarse del método de sujeción más estandarizado. En las Residencias del SRBS, se cuantifica cualquier dispositivo, discriminando en el presente estudio, los porcentajes con y sin barandillas, para facilitar la comparación. Con este criterio, el porcentaje del total de residentes con sujeción física es el 51,2%, siendo del 32,1% sin contabilizar los que únicamente tienen prescritas barandillas en las camas. Los resultados de un estudio global de prevalencia de sujeciones realizado en el año 2008 en las mismas residencias, mostraban unos porcentajes notablemente inferiores, con una prevalencia del 20,8% al incluir las barandillas (Galán et al., 2008). Esa distorsión obedece fundamentalmente a dos factores distintos. Como elemento fundamental, hay que destacar la diferencia de perfil de los residentes, ya que en el estudio de Galán et al, el porcentaje de autónomos suponía el 51,1% del total de la población, mientras que en nuestro estudio, ese porcentaje se reduce al 21,7%. El otro factor que ha podido incidir está relacionado con el tipo de registro, ya que cuando se realizó ese estudio, el seguimiento y registro de sujeciones no estaba informatizado, salvo el aspecto de valoración que se incluía en el sistema CFR, del que se obtuvieron los datos. En el presente estudio, la fuente de información ha sido la Historia clínica informatizada, en la que figura la prescripción de cada sujeción y una actualización firmada digitalmente por el médico, al menos con una periodicidad mensual, obligando a una actualización constante del registro.

La revisión de estudios sobre prevalencias de sujeciones en instituciones de atención a mayores, ha ofrecido unos resultados muy dispares, evidenciando las dificultades de comparación que se mencionaban al inicio. Los porcentajes alcanzados en nuestro estudio son superiores a otros revisados sobre residencias españolas, que oscilan entre el 27,8% (Quintana & Font, 2003) y el 40% (Ljunggren, Phillips & Sgadari, 1997), todos previos a la entrada en vigor de la Ley de Dependencia y su impacto en el perfil de mayor atendido en las residencias. A nivel internacional, las prevalencias de sujeciones también son muy dispares, habiendo encontrado porcentajes inferiores al 5% y otros de hasta un 72,2% en un estudio realizado sobre más de ocho mil residentes de Québec (Gobert et al., 2005).

A parte de la relevancia de los resultados de prevalencia de sujeciones y de los múltiples análisis e intervenciones que se acometen continuamente al respecto, en el contexto del presente estudio el énfasis se posiciona sobre la asociación del diagnóstico seleccionado con la identificación real del riesgo de caídas y la prescripción de los cuidados. En el ámbito de las sujeciones, se han detectado otros diagnósticos de enfermería que explicarían hasta 20 prescripciones, en sujetos que no tenían identificado el diagnóstico “Riesgo de caídas”, especialmente relacionadas con la confusión aguda o crónica.

9.4.4. Estudio del diagnóstico “Riesgo de Alteración de la Integridad cutánea”.

La prevalencia de úlceras por presión en centros sociosanitarios, se ha mantenido prácticamente constante en los últimos años. En 2005, según el GNAUPP,¹¹¹ era de 10,9 % (Rodríguez & Vallejo, 2010), muy similar a la observada en 2009, que ascendía a 10,05% (Moscoso, 2013). Como se ha descrito anteriormente, la heterogeneidad de las Residencias de Mayores, con sistemas de registro muy dispares o grandes diferencias en los perfiles de los usuarios atendidos, contribuyen también en este tema, a encontrar resultados muy dispares al revisar la literatura especializada. De este modo, a parte de las prevalencias generales que se han expuesto, se han detectado prevalencias que oscilan entre el 13,47% (Díaz, García, Núñez & Osorio, 2007) y el 27,17% (Leyva & Caixal, 2009), diferencias también encontradas a nivel internacional (Rodríguez & Vallejo, 2010).

Atendiendo a los valores generales presentados por el GNAUPP, éstos son ligeramente inferiores a los observados en nuestra población de estudio, en la que las úlceras por presión afectaron a un porcentaje del 12,1% de los sujetos. A pesar de la proximidad entre los porcentajes, hay que destacar que el relativo a nuestro estudio, no es producto de un corte transversal, sino que incluye a todos los sujetos que presentaron una úlcera en el año posterior a su ingreso en la Residencia. Otro factor que resulta relevante, es el relacionado con el lugar de origen de la úlcera, identificándose un porcentaje de 39,7% de proveniencia externa a la residencia. Este fenómeno siempre suscita cierta polémica por poner

¹¹¹ GNAUPP. Grupo Nacional para el estudio de úlceras por presión.

de relieve una realidad, la úlcera por presión, que ninguna organización quiere asumir como propia.

El perfil de dependencia de los sujetos que presentaron úlceras por presión, muestra la relación evidente entre la aparición de úlceras y los niveles elevados de dependencia, al clasificarse un porcentaje del 94,2% en el grupo de Grado III. Esa relación se ha observado en otro estudio en el que de los residentes que presentaban alguna úlcera por presión, un porcentaje del 54,54% estaban clasificados en los grupos de dependencia severa o total según el Índice de Barthel (Díaz et al., 2007).

Los episodios de úlceras por presión registrados, muestran una asociación significativa estadísticamente con el diagnóstico de enfermería "Riesgo de alteración de la integridad cutánea", observándose que la media de úlceras en los residentes que no presentan el diagnóstico es de 0,12; mientras que prácticamente se triplica en el grupo que lo tiene identificado, en el que es de 0,35. Los diagnósticos fueron identificados previamente a la aparición de la lesión, especialmente durante el periodo de valoración del ingreso, lo que muestra su capacidad predictora del riesgo. A parte de esa asociación con las lesiones producidas, la identificación del diagnóstico "Riesgo de alteración de la integridad cutánea", ha mostrado significación estadística con los cuidados específicos de prevención. Esta circunstancia, sin obviar la relevancia en sí misma de la identificación del riesgo, resulta destacable desde el punto de vista clínico, al observarse que en un porcentaje del 50,5% de los casos en que los enfermeros diagnosticaban ese problema, se suplementaban los cuidados preventivos estandarizados en la práctica.

La media del riesgo de úlceras por presión del total de los participantes, según la escala de Norton, se situaba en 15,3 puntos, indicando un riesgo mínimo a nivel general. En el grupo que tenía identificado el diagnóstico, la media de la escala de Norton descendía hasta 12,5; mostrando una asociación significativa con el resultado de la escala. Es destacable que a pesar de la significación del diagnóstico con el riesgo, con la aparición de úlceras por presión y con los cuidados, ha sido identificado en menos ocasiones de las presumiblemente esperables en función del valor de la escala. Uno de los elementos que puede influir en los resultados, es la estandarización del uso de la escala, siendo obligatorio emplearla sobre el conjunto de los residentes. La relación de los

diagnósticos de enfermería con el riesgo de úlceras por presión según la escala Braden¹¹², fue estudiada en una unidad de geriatría hospitalaria (Lago, 2007), aunque a diferencia con nuestro estudio, no valoraron el diagnóstico “Riesgo de alteración de la integridad cutánea”, sino otros diagnósticos enfermeros relacionados con la movilidad, el autocuidado o la presencia de una lesión consumada. En otros estudios centrados en las prevalencias de diagnósticos de enfermería en población mayor, el diagnóstico “Riesgo de alteración de la integridad cutánea” no figura entre los más prevalentes o incluso no se contempla en los resultados (Frías et al., 2005; Abreu et al., 2008; Brito, 2009), a pesar de los factores de riesgo que rodean en muchas ocasiones a los mayores y de las previsiones que establecen próximo al 95%, el porcentaje de las úlceras por presión que serían evitables (Leyva & Caixal, 2009).

9.5. IMPACTO DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN: EVOLUCIÓN DE LA COHORTE.

El seguimiento de los sujetos de estudio durante el primer año de ingreso, ha permitido, en primer lugar, conocer el comportamiento de algunas variables no incluidas inicialmente en el estudio, como la tasa de mortalidad o el movimiento y perfil de los usuarios trasladados a otros centros.

Durante el primer año de ingreso, han causado baja por fallecimiento un total de 160 residentes, de los que 90 fallecieron el semestre inmediatamente posterior al ingreso. Estos datos suponen una tasa de mortalidad anual del 13,9%. Algunas referencias sobre este fenómeno, señalan unas tasas más elevadas en el primer año de ingreso, encontrando un estudio antiguo que la situaba entre un 20% y un 30%¹¹³. El perfil de los fallecidos durante el tiempo del estudio, evidencia la relación de las variables edad y dependencia, con una mayor mortalidad. La edad media de los fallecidos ascendía a 85,1 años, siendo 12 sujetos autónomos y 148 dependientes. Del total de los dependientes fallecidos, 129 estaban clasificados en el mayor grado de dependencia, lo que supone un porcentaje del 80,6% del total de fallecidos.

¹¹² La escala de Braden-Bergstrom es uno de los instrumentos de valoración del riesgo de padecer úlceras por presión. Incluye seis variables: percepción sensorial, exposición a la humedad, roce, actividad, movilidad y nutrición. Presenta valores entre 6 y 24 (<12 riesgo alto; >19 sin riesgo).

¹¹³ Lieberman & Tobin (1993) citados en (Montoro, 1999:98).

9.5.1. Evolución del nivel de dependencia.

La evolución específica del nivel de dependencia y el potencial impacto de la institución en el mismo, se ha estudiado comparando los resultados obtenidos por cada sujeto en la valoración con los instrumentos CFR (basal, a los 6 meses y al año) e IB (basal y al año de ingreso). Como primera aproximación, puede destacarse que la mayoría de los sujetos, según ambos sistemas de valoración, mantienen un nivel de dependencia similar al año del ingreso.

En el caso de la evolución a los 6 meses según el instrumento CFR, un porcentaje del 89,8% de los sujetos, mantiene la misma clasificación de dependencia, encontrándose un número mínimo de sujetos que mejoran o empeoran su situación, con porcentajes del 4,5% y 5,7%, respectivamente. Al año del ingreso, a pesar del aumento de los sujetos que empeoran, un 85% del total de participantes mantiene el grado de dependencia del ingreso. El criterio de continuidad de valoración del instrumento, al incluir atributos que recogen la evolución hasta en seis meses, y sus características de interdisciplinariedad, al incorporar cada valoración al menos a seis profesionales diferentes, deberían asegurar que en las reevaluaciones se detecta cualquier cambio mantenido que se produzca en el estado del residente. Atendiendo al seguimiento específico de la evolución de la variable AVD, comienza a apreciarse la influencia de la variable "edad", comprobando cómo el grupo de los más jóvenes (65-69 años) mejora respecto al ingreso, mientras que el resto de grupos, empeora con mayor o menor intensidad. Esta circunstancia estaría evidenciando el potencial rehabilitador de los grupos más jóvenes, en los que los programas de mantenimiento desarrollados en los centros y la propia institucionalización, contribuirían a mejorar su situación funcional de ingreso.

Al analizar la evolución al año de los 126 sujetos con mayor discordancia inicial entre las clasificaciones de BVD y CFR, frente al resto de sujetos, se observa una asociación significativa ($p < 0,001$) con la reevaluación de CFR. A pesar de que un porcentaje del 74,0% de los sujetos con valoraciones discordantes permanecen en la misma clasificación del ingreso o la mejoran, ese porcentaje es bastante inferior que en el resto de sujetos de estudio, en los que supone un 91,7%. Si bien, es cierto que la totalidad de los sujetos con valoraciones muy discordantes parten de una situación de autonomía total o dependencia leve según CFR, situación que

limita las posibilidades de mejoría, más de un cuarto sufren algún empeoramiento, mayoritariamente de un grado en la clasificación de CFR (55,5%).

Cuando se estudia la evolución de la clasificación según el Índice de Barthel, la tendencia es similar, detectándose un aumento del porcentaje de empeoramiento funcional respecto a la observada con el instrumento CFR. Así, la clasificación al año de ingreso muestra que un porcentaje del 78,5% de los sujetos mantiene su grado de dependencia según el IB, mientras que un porcentaje del 18% presenta un empeoramiento y un 3,5% presenta alguna mejoría. Al analizar la variación de la variable I-Barthel, que contempla el valor específico de la puntuación, se aprecia un descenso en todos los grupos de edad, más manifiesto en los grupos de los más mayores.

La mayoría de los estudios revisados muestran una tendencia caracterizada por un impacto negativo y precoz de la institucionalización en el grado de dependencia de los residentes, en contraposición a los resultados en nuestra población. Dentro de esos estudios, especialmente dirigidos a poblaciones de mayores autónomos, algunos autores afirman que el simple hecho de ingresar en una institución, conlleva para las personas válidas un aumento de la dependencia (Van et al., 2004). En otro estudio se constata que el porcentaje de mayores independientes entre los que llevan menos de un año en la institución, es del 87,9%, descendiendo al 52,8% en los que llevan más de un año (De la Fuente et al., 2012a). Entre las dificultades que puede presentar la comparación con esos estudios se encuentra el enfoque retrospectivo de alguno y la falta de especificación sobre ingresos, incluyendo a sujetos que pueden llevar varios años institucionalizados. En todo caso, al especificar sobre la evolución de los sujetos que ingresaron como autónomos en nuestra población, se observa que el 88,0% y el 83,4%, mantenían su autonomía a los seis meses y al año de ingreso respectivamente, según el instrumento CFR, permitiendo evidenciar una tendencia de conservación del grado de autonomía. En un estudio sobre la evolución de residentes que ingresan como autónomos, en el que se emplea el Índice de Barthel para valorar la dependencia, los autores constatan que al año y medio del ingreso, un gran porcentaje de autónomos se clasificarían, al menos, como dependientes leves (Rojas et al., 2006). De nuevo, los resultados de nuestro estudio indican que un porcentaje del 82,6% de los sujetos que ingresaron como

autónomos, mantienen esa clasificación al año, según el Índice de Barthel. En la investigación previa a este estudio, los resultados de conservación del nivel de dependencia en aquellos sujetos que habían ingresado como autónomos según el Índice de Barthel y el instrumento CFR, fueron del 70% y 84% respectivamente (Álvarez et al., 2014). Se puede constatar cómo la evolución según CFR fue prácticamente coincidente con la del presente estudio, mientras que la alcanzada con el I. Barthel fue inferior.

En un estudio de seguimiento de la capacidad de Deambulaci3n, como representaci3n de la capacidad para las ABVD de los residentes de una residencia asistida, a pesar de destacar que la mayoría de los sujetos sufren un empeoramiento a los 8 meses del ingreso, indican que los sujetos inicialmente más autónomos, son los que más empeoran, centrándose la mejoría en usuarios de los máximos niveles de dependencia (Carreira y Cal, 2005). Esta situaci3n es contraria a la observada en nuestro estudio ya que, además de que la mayoría de participantes no sufre empeoramiento, se observa que los grupos que más empeoran son los situados en alg3n grado de dependencia.

La justificaci3n del incremento de dependencia para varios de estos investigadores, se enfoca hacia la propia forma de trabajo en los centros, que se caracterizaría por una sobreprotecci3n al mayor para evitar riesgos (De la Fuente et al., 2012a), por el *“intervencionismo sistemático”* (Carreira y Cal, 2005) o por el impedimento a que desarrollen determinadas actividades instrumentales como la limpieza o la cama (Rojas et al., 2006). Sin entrar a valorar en esta parte del trabajo, las características de la instituci3n, en el estudio etnográfico se obtuvo informaci3n sobre la participaci3n voluntaria de los sujetos autónomos en el desarrollo de las actividades de cuidado de sus habitaciones y de autocuidado.

En la revisi3n se detectaron escasas referencias a resultados que mostraran un mantenimiento o mejoría en la situaci3n funcional tras el ingreso en la residencia. En el estudio de Jiménez e Hajar, no se encontraron diferencias significativas entre los años de ingreso y el nivel de dependencia según el Barthel y el Katz (Jiménez & Hajar, 2007). En otro estudio más antiguo, se mostraba incluso una mejoría en las actividades de higiene, aseo y transferencias tras ingresar en la residencia. La justificaci3n de esos resultados contraría la tendencia que se ha expuesto, relacionando la mejoría con los mejores cuidados médicos y de enfermería (Engle & Graney, 1993).

9.5.2. Asociación entre la modificación del nivel de dependencia y otras variables.

Profundizando en el análisis de la evolución del nivel de dependencia en los sujetos de estudio al año del ingreso, en función de algunas variables que pueden influir en esa modificación, se aprecian varias asociaciones con significación estadística, en los sujetos que han sufrido un empeoramiento o mejoría a lo largo del tiempo de estudio.

La edad se posiciona como una variable con un impacto manifiesto en el grado de dependencia al ingreso, al igual que en otros estudios (Arnau et al., 2012), mostrando también influencia en la evolución temporal del mismo. Atendiendo al comportamiento de la variable I-AVD, en el ingreso se comprueba cómo su valor medio es mayor en función del grupo de edad, oscilando entre una media de 7,1 en el grupo de 65-69 años y 9,3 en el grupo de >90 años; lo que supone una diferencia de 2,2 puntos. Esa diferencia va pronunciándose a lo largo del estudio hasta alcanzar los 3,3 puntos al año del ingreso, cuando el valor medio de I-AVD es de 7,0 para el grupo de 65-69 años y de 10,3 en el grupo de >90 años. En esa primera aproximación se observa cómo todos los grupos, excepto el de 65-69 años, experimentan un incremento en el valor medio de I-AVD, especialmente significativo en los dos grupos más mayores, en los que el incremento es prácticamente de 1 punto en cada uno. En esa evolución, también se aprecia cómo el mayor incremento se produce en la segunda valoración, es decir, en el segundo semestre tras el ingreso, no reflejando el impacto inmediato del periodo de ingreso y adaptación.

En el conjunto de los residentes, las medias de AVD entre los tres momentos de valoración: ingreso, 6 meses y 12 meses, son diferentes, especialmente al contrastar los resultados del ingreso con los 12 meses, y los de los 6 meses con los 12 meses ($p < 0,001$). Al comparar a cada grupo de edad con el resto de grupos, al menos en algún momento de la valoración hay diferencias en las medias ($p < 0,001$). Todos excepto el grupo de 85-90 años, presentan una asociación significativa con el grupo de >90 años a los doce meses del ingreso, evidenciando la diferencia en el incremento del grado de dependencia que describíamos en el párrafo anterior. Estos resultados ponen de manifiesto la relación entre edad-

dependencia que se viene describiendo en el estudio y que se evidencia no solo en un mayor grado de dependencia al ingreso, sino en una mayor afectación de las AVD en el tiempo.

Esta situación se reproduce al analizar los datos de la variable edad y de la variable I-Barthel, observándose cómo desde el ingreso, el valor medio de I-Barthel es mayor en los grupos de menor edad y cómo el descenso en el valor medio es más pronunciado en los grupos de 85-89 años y >90 años, alcanzando los 6,2 y 4,8 respectivamente. En el conjunto de los residentes, la media de I-Barthel es diferente según el momento de evaluación ($p < 0,001$). La variabilidad en la media según el momento de evaluación, no es semejante en todos los grupos ($p < 0,05$). En alguno de los dos momentos de evaluación, ingreso y 12 meses, existen diferencias en la media de I-Barthel según el grupo de edad ($p < 0,001$).

Al analizar algunas variables con potencial impacto en la dependencia, aparte de la edad, ya descrita; el tipo y tamaño de centro, el sexo y la profesión, presentan resultados significativos respecto al empeoramiento o mejoría en el nivel de dependencia según alguno de los sistemas de valoración.

El tipo de centro muestra una asociación significativa con el empeoramiento según el Barthel ($p < 0,001$), residiendo en los "Centros de "Dependientes" un 66,9% del total de los sujetos que empeoran. En el caso del CFR, a pesar de que la asociación no es significativa, también se observa un mayor porcentaje de empeoramiento en los centros destinados a dependientes. Aunque estos resultados podrían parecer obvios, precisamente el perfil de ingreso en esos centros, condiciona que muchos sujetos accedan en los máximos grados de dependencia, lo que les excluiría de un potencial empeoramiento. El enfoque de atención, con programas de rehabilitación y planes personalizados de intervención más orientados a la promoción o al mantenimiento del nivel de autonomía, pueden incidir también en esos resultados.

El tamaño del centro, presenta una asociación estadísticamente significativa con la mejoría según CFR ($p < 0,001$), siendo los centros ≤ 120 plazas, los que presentan un mayor porcentaje de sujetos que mejoran respecto a los que no (19,2%). El potencial impacto de esta variable ofrece otro complemento a lo descrito al analizar el tipo de centro. Las menores distancias en el centro y el ambiente de mayor proximidad, pueden contribuir a crear un entorno más seguro y con menos dificultades. En este sentido, se han encontrado estudios que reflejan

el menor tamaño del centro como un factor que aumenta el bienestar de los residentes (Slettebø, 2008), siendo la opción preferida por muchas de las personas mayores en diferentes estudios sociológicos (Rodríguez, 2011).

El sexo ha mostrado una asociación significativa con la mejoría según CFR ($p < 0,05$), con un porcentaje del 9,9% de hombres que mejoran frente al 5,7% de las mujeres. En el caso del Índice de Barthel, el sexo no presentaría una asociación significativa con la mejoría. La limitación en los casos de sujetos que mejoran su grado de dependencia, no posibilitan un análisis más profundo.

9.6. ESTUDIO ETNOGRÁFICO

A pesar de no constituir el objetivo principal del trabajo, el estudio etnográfico ha permitido aflorar la visión y el sentir personal de algunos de los sujetos que han ingresado con una clasificación potencialmente errónea, situación caracterizada por presentar menores niveles de dependencia reales, de los atribuidos por la Ley. Esta circunstancia les ha conducido a ocupar plazas destinadas a personas con importantes niveles de dependencia reconocida, compartir espacios comunes y someterse a las mismas programaciones y rutinas; situaciones todas, que han ocasionado respuestas específicas por parte de los participantes en el estudio.

Los discursos de los sujetos entrevistados, deben contextualizarse en el marco institucional que se describía en el capítulo IV, que dirige muchas de las formas de relacionarse, e incluso de vivir, de sus integrantes. En el estudio se percibe la vital importancia e influencia del entorno en la vida de los sujetos, coincidiendo con Silvia Patricia Cury, en su aspecto decisivo como la continuación o no de la vida familiar, las relaciones sociales desarrolladas en el centro con otros residentes y con los profesionales, sus antecedentes y la influencia de los mismos en la adaptación (Cury, 2009).

Motivos de ingreso.

Aunque la decisión de ingresar en la institución, en la mayoría de los casos analizados ha sido voluntaria e incluso promovida por los protagonistas, coincidimos con otras aproximaciones que indican que el ingreso en la residencia está condicionado por su propia obligatoriedad (Ors & Maciá, 2013). Así, en las

causas alegadas por los residentes, subyacen situaciones que les impedían, o al menos les dificultaban, la permanencia en sus domicilios o en los entornos de procedencia. Esta cuestión que parece lógica, marca las características del ingreso y de la adaptación al centro, ya que la inexistencia de alternativas a la institucionalización parece provocar una aceptación autoimpuesta de la nueva situación.

Los motivos de ingreso alegados, permiten entrever algunas situaciones que han podido influir en la sobrevaloración del nivel de dependencia de los sujetos de estudio, impactando a su vez, en aspectos posteriores de la institucionalización y de la vivencia de ésta. Sin pretender estandarizar los motivos manifestados, el análisis de los mismos ofrece algunos elementos potencialmente incidentes en la desviación del resultado de la valoración que se ha detectado en la fase cuantitativa del proyecto.

La dependencia del cónyuge ha sido manifestada, de forma explícita, como la causa de ingreso en los residentes que han accedido como acompañantes de sus parejas dependientes. La peculiaridad de la situación radica en que estos acompañantes, han sido clasificados también en los máximos niveles de dependencia, cuando de los discursos y de la observación directa, se desprenden importantes niveles de autonomía personal.

Salvando esta situación generada por la clasificación de dependencia, desde una perspectiva sociológica, este grupo presenta una serie de rasgos culturales que le confieren unas características muy específicas, con un estatus social identificado. El sentido otorgado al matrimonio por estos mayores, continúa basándose en principios de compromiso, amor, e incluso, de rol social. En los discursos se han simultaneado referencias al compromiso con la pareja o al deseo de permanecer juntos, con la obligación para con el cónyuge que impone la propia cultura social tradicional. Estos argumentos resultan coincidentes con los manifestados en otros estudios sobre los cuidados informales y los móviles que conducen a los cuidadores, en este caso cónyuges, a adquirir ese rol de cuidadores principales (Rivera et al., 1999; Bazo, 1996). El cuidado continuo a la pareja se convierte en el principal motor de su vida, programando la jornada en función de las necesidades de cuidados del otro.

Muchos mayores perciben la posible pérdida de la pareja como un elemento que genera una gran sensación de temor, que comienza a evidenciarse en cuanto

el cónyuge puede verse afectado de cualquier dolencia (IMSERSO, 2001). Este sentimiento se traduce en un realce de la función cuidadora de la pareja, permitiendo explicar la sobreprotección detectada en algunos discursos y observada en el estudio, y la entrega que supone la “institucionalización autoimpuesta” de varios de los sujetos del estudio. Como se reflejaba en los resultados, los matrimonios se han constituido como un grupo específico en la estructura social de las residencias estudiadas, independientemente del grado de dependencia de uno de los cónyuges. Las relaciones entre los miembros de los diferentes matrimonios, el estatus de los dependientes con pareja en el centro o la simbología presente en las habitaciones, les confieren unos rasgos diferenciadores del resto de residentes, que ellos suelen potenciar.

La soledad es otra de las causas referidas por algunos residentes, relacionada, en numerosos casos, con un deseo de preparación para un futuro que se presume incierto, ante la ausencia de una red suficiente o dispuesta de cuidadores informales. En el estudio, el tipo de soledad manifestada por los sujetos como motivadora del ingreso, podría circunscribirse en la denominada como “soledad objetiva”, caracterizada por la falta de apoyo o compañía (Puig, Lluch & Rodríguez, 2009). Prácticamente, no se han identificado sentimientos subjetivos de soledad, que dirijan a la persona a buscar relaciones, sino situaciones que podrían devenir en un problema, al aumentar los niveles de dependencia funcional y social. En la descripción que hacen de la soledad, no se han percibido diferencias significativas entre sujetos más o menos formados, ni entre hombres o mujeres, si bien, en el caso de los varones, ha coincidido la circunstancia de que independientemente de la sensación de soledad, *“necesitan compañía que les solucione o facilite aspectos funcionales de la vida cotidiana”* (Sánchez & Bote, 2007:16). Resulta paradójico que estos mayores que ingresan a causa de la soledad, no busquen compartir relaciones o espacios, sino simplemente la protección atribuida a la institución, mostrando coherencia con los resultados de un estudio del IMSERSO sobre la soledad en los mayores¹¹⁴, en el que se indicaba que las personas mayores que sufren soledad, suelen volverse más pasivas y no buscan prácticamente la conversación con los vecinos o la asistencia a centros

¹¹⁴ IMSERSO. Observatorio para personas mayores. Boletín sobre el envejecimiento. La soledad de las personas mayores.

para relacionarse (Rodríguez, 2009). La búsqueda de una mayor seguridad de la que sentían cuando vivían solos en sus domicilios particulares, se ha encontrado también en otros estudios, presentándose la situación paradójica que se mencionaba, en la que mayores que ingresan por miedo a la soledad, encuentran la protección y la seguridad en la residencia, pero se sienten especialmente solos (Slettebø, 2008). En cualquier caso, la soledad es un sentimiento que preocupa mucho a los mayores, reflejándose en algunos estudios sociales como el problema, de carácter no físico, que más les preocupa (Puig et al., 2009). Esta preocupación y la prevención de un potencial empeoramiento en soledad, es el que puede condicionar la institucionalización de algunos de los mayores autónomos.

En el tipo de soledad referida por las viudas, algunas manifestando todavía ciertas reminiscencias del proceso de duelo, las percepciones de miedo o necesidad de protección, descritas anteriormente, se mezclan con que el vacío dejado por el cónyuge, supone a la vez, un cambio de rol y una pérdida de muchas de las relaciones de las que disfrutaban hasta ese momento. La viudedad se asocia con una mayor experimentación de soledad y una percepción más negativa de la propia salud (Sánchez, Trianes & Blanca, 2014). Tras el fallecimiento de la pareja, la persona ve mermada su red de apoyo formal, surgiendo la necesidad de ampliarla o de incrementar el apoyo informal (Domínguez & García, 2011), precipitando en algunos casos, el ingreso en el centro. Varias de estas viudas añadieron a la causa "soledad", el factor económico o la insuficiencia de recursos materiales, siguiente factor que se presenta como motivo específico de ingreso.

La ausencia de recursos económicos y de protección social, también ha sido alegada por varios de los residentes incluidos en el estudio. Determinadas cuestiones como la insuficiencia de las pensiones de jubilación o el coste de la vivienda en alquiler, complementan muchos de los motivos principales alegados por los residentes. A pesar de esas quejas hacia sus dificultades de manutención, estos motivos solían acompañar a otros a los que los sujetos concedían una mayor relevancia en el ingreso.

En cualquiera de las situaciones planteadas en el estudio, puede afirmarse, que detrás de cada ingreso existe una causa que condiciona la obligatoriedad del

mismo, no existiendo en muchos de ellos, otras alternativas al alcance de los sujetos.

Visión de la institución.

La visión inicial de la Residencia desde el imaginario de los mayores estudiados, se separa de alguna significación muy negativa plasmada en otros estudios. A pesar de que la institución no es la opción deseada por la mayoría de los sujetos, no se han manifestado sentimientos de abandono ni de exclusión social en sus discursos, como las referidas en otros trabajos (Barrio et al., 2006). Los sujetos han participado o dirigido el proceso para gestionar la plaza residencial, y esta circunstancia, parece limar ese tipo de sentimientos.

La residencia es percibida como una respuesta a unas necesidades específicas y en algunos casos, incluso reconocida como una opción “ineludible” en algún momento de la vida para todas las personas mayores. Ese enfoque concuerda con lo que algunos autores han clasificado como “mentalidad más moderna”, que acepta la institucionalización como un recurso, eliminando las connotaciones previas tan negativas (Rivera et al., 1999). El incremento experimentado en el número de centros y plazas de residencia en los últimos años, ha puesto en contacto a muchos de los participantes con algún conocido de su entorno, que ingresó en una residencia previamente, contribuyendo a desmitificar esa visión asilar a la que nos hemos referido en el desarrollo del marco conceptual y que estaba tan asentada en el imaginario social de nuestro país, influido por la propia concepción tradicional de la familia, que marcaba la obligatoriedad de la solidaridad intergeneracional.

Una sensación observada en las interacciones con los sujetos y reflejada en la mayoría de los discursos, coincide con un fenómeno que podría denominarse como “*aceptada continuidad y resignado conformismo en la adaptación de tipo social de los adultos mayores institucionalizados*” (Blanca et al., 2013: 50). Las necesidades que condujeron al ingreso, la ausencia de alternativas reales o la vulnerabilidad provocada por la edad, son algunos condicionantes de ese conformismo de los mayores con la institución. Ante esa perspectiva, algunos autores tildan de “falacia” la voluntariedad del ingreso, ya que la propia situación, les dirige a una solicitud de ingreso inexorable (Rojas et al., 2006). Aún coincidiendo con la

posibilidad de inexistencia de otras alternativas, los participantes del estudio, con un importante nivel de autonomía personal, no han transmitido una falta de voluntariedad en el ingreso, sino una preferencia personal por haberse mantenido en su entorno, ajena en sí misma, a lo encontrado en la institución.

La mayoría de los entrevistados, reconocían las dificultades y los aspectos menos positivos de la residencia, asumiéndolos como inevitables. Ese conformismo se deja traslucir en numerosos episodios de los discursos, transmitiendo ese sentir de “saberse protagonistas de una historia sobrevenida por la institucionalización”.

Las mayores dificultades manifestadas en torno a la adaptación a la vida residencial, tienen más que ver con la obligación de compartir el espacio y relacionarse con otros residentes, que con las normas establecidas en la institución, surgiendo alguna fracción discursiva coincidente en su literalidad con las de otros estudios, en la que se señala que *“lo peor de las residencias son los residentes”* (Bazo, 1991: 160). Las referencias a los horarios de las actividades cotidianas, a los mecanismos de control o a otros aspectos normativos dirigidos a la regulación de la estancia, han aparecido de manera sutil en los discursos, no constituyendo un aspecto especialmente negativo para los sujetos. En un estudio realizado por J.J. Blanca, es ese aspecto de excesiva estructuración y normalización de la vida en la residencia, lo que supone el mayor disconfor en el bienestar para los residentes (Blanca et al., 2011), no detectándose entre nuestros participantes. Tampoco se ha revelado entre los sujetos el desarrollo de una “contracultura” que surgiera para contravenir las normas de los centros, frecuente en otras instituciones (Barenys, 1993), considerando la mayoría de los participantes que la regulación existente es necesaria para el mantenimiento básico de la convivencia, no diferenciándose de la de otras organizaciones externas que han conocido en sus vidas. La aceptación de las normas como “lógicas” y “poco molestas”, no evita la referencia en muchos discursos, al deseo de mantener la situación de libertad personal, especialmente cuando se refieren a los sujetos dependientes, en los que ven asociada una mayor regulación y una imposibilidad de actuar libremente.

A pesar de las modificaciones lógicas en el estilo de vida que supone la institucionalización, por el simple hecho del cambio de entorno habitual por uno desconocido, en los discursos de los participantes no se han reflejado, de forma

llamativa y generalizada, sentimientos reiterados de pérdida de rol social, de identidad o de libertad, con la intensidad con que se ha reflejado en otros estudios (Lee, Woo & Mackenzie, 2002). Salvo en casos aislados, la situación de autonomía personal de los participantes, les faculta para salir del centro y conservar relaciones y actividades externas (salir a comprar, comer en domicilios de familiares, amistades o en centros de mayores, pasear por el centro de la ciudad, etc.). Esa libertad y esa capacidad personal, es especialmente valorada por los sujetos, constituyendo su mecanismo de protección y aislamiento frente a los aspectos que consideran más negativos. El anhelo de mayor libertad, que no ha sido manifestado por los sujetos por no sentir restringida su capacidad de decisión, floreció de forma explícita en los discursos de varios mayores varones en un estudio reciente, en el que deseaban tener más libertad en las salidas y entradas del centro, o poder vivir fuera (Ors & Maciá, 2013).

Estas manifestaciones que se vienen describiendo, relativizan, en parte, el impacto negativo de la institución sentido por los mayores, permitiendo cuestionar algunos de los planteamientos formulados por Goffman sobre las instituciones totales, que han supuesto una tendencia continuada por numerosos autores e investigadores sociales. Si bien, algunas de las características básicas de las que se han descrito anteriormente como: el desarrollo de actividades en el mismo lugar, la compañía inmediata de un gran número de personas o la programación de las actividades diarias (Goffman, 1970) son circunstancias evidentes en la organización de los Centros, no han sido referidas como especialmente negativas por los sujetos, debiendo cuestionarles de forma explícita por ellas, para que aparecieran en los discursos. El perfil de los protagonistas del estudio, destacando su nivel de autonomía funcional y del estado cognitivo, les facilita el mantenimiento de la capacidad de decisión y de actuación en su ámbito privado, no habiendo aflorado sentimientos de impotencia, pérdida de control o de anulación reflejados en otros estudios (Barenys, 2012). De sus discursos y de la observación, se desprende que estos sujetos han conservado su capacidad para decidir participar, o no, en las actividades programadas; para personalizar sus habitaciones o para salir a la calle y mantener relaciones externas, situación ésta, que impacta también con la descripción que formuló Goffman, en la que señalaba que la institución "*los expulsa de la sociedad*" (Goffman, 1970). Obviamente, en los sujetos de estudio, el hecho de estar institucionalizados puede influir en una

reducción de las interacciones sociales externas, simplemente por el alejamiento de su entorno previo, pero de nuevo, su capacidad para salir del centro y mantener relaciones activas, evita esa exclusión social referida por estos autores.

A pesar de la aceptación de la institución manifestada por los sujetos, el sentir de los mayores estudiados, coincide con el declarado en otros estudios, al desear "*permanecer cerca de casa y de sus seres queridos antes de ingresar en una residencia*" (Barrio et al., 2006: 74). El deseo generalizado de los mayores por mantenerse en su domicilio, aunque fuera viviendo solos, se constató en la encuesta del IMSERSO del año 2010, según la cual, únicamente un 3,8% del total de los encuestados, desearía vivir en una residencia o urbanización para mayores¹¹⁵. Esa preferencia por mantenerse en el domicilio, pone de relieve la lógica identificación con el entorno conocido y propio, evidenciándose especialmente en el discurso de las mujeres del estudio, que resaltaban más la añoranza del domicilio particular, coincidiendo con los resultados de otros estudios que afirman que las mujeres, deciden dejar su casa cuando ya necesitan ayuda física, mostrando posteriormente menor bienestar que los hombres (Fernández et al., 2007). La relevancia otorgada a la tenencia en propiedad de la vivienda, como indicador de bienestar, se evidencia en el alcance que supone esta forma de residencia, alcanzando en los mayores el 82,1% del total (Cordero, 2006). Las narraciones que destacan las virtudes de sus casas particulares, sus ubicaciones, la luminosidad o los espacios, han sido continuas en el desarrollo del estudio, coincidiendo con los planteamientos generales que se han descrito. Esas alusiones positivas a sus casas, frecuentes habitualmente en entrevistas a mayores, pueden responder, entre otros, al componente emocional que encierran esos entornos para los mayores (Lázaro & Gil, 2010), al tratarse de los escenarios en los que han protagonizado las principales experiencias de sus vidas, motivo suficiente para rodearlos de un valor personal extraordinario.

Precisamente, esa necesidad de "hacer hogar", se ha detectado en los discursos y en las observaciones. Las referencias a sus habitaciones como "sus casas" y la personalización de las mismas con "altares de sus vidas", ponen de manifiesto esa necesidad de individualización y apropiación del espacio que ahora habitan. A pesar de las limitaciones establecidas por la organización en

¹¹⁵ Encuesta del IMSERSO del año 2010 sobre personas mayores, en la que se describen sus condiciones de vida. Centro Superior de Investigaciones Científicas.

relación al uso e introducción de elementos en las habitaciones, en contra de la visión totalizante de las instituciones que se viene comentando, según la cual se evita cualquier posibilidad de *“acotar un territorio o marcarlo simbólicamente”* (Barenys, 1993:163) o se *“rompe de raíz con la historia y el contexto del individuo, resultando imposible para sus moradores la tenencia de objetos personales...”* (Fernández, 2010), se han observado habitaciones personalizadas con recuerdos, mobiliario complementario, colchas y edredones particulares y un sinfín de detalles que las individualizan y que las diferencian de las habitaciones ocupadas por los residentes dependientes, en las que se percibe con una mayor intensidad el *“aura institucional”* de la residencia. Precisamente, esos aspectos del entorno físico, en los que destaca la habitación como el espacio más personal y privado, son reconocidos en un estudio como los elementos más influyentes en la satisfacción del residente con el centro (Iglesias & Dosil, 2005).

Visión de la dependencia.

Es destacable que salvo dos de los residentes entrevistados, que habían experimentado un deterioro considerable respecto a la situación en la que ingresaron, la totalidad de los sujetos eran autónomos para las actividades básicas de la vida diaria y para muchas de las instrumentales, especialmente constatable en las residentes de sexo femenino, que como se ha descrito, continuaban realizando tareas domésticas en el seno de su habitación. A parte de la connotación de autonomía funcional, este comportamiento resulta especialmente considerable desde un punto de vista sociológico, por el mantenimiento de la cultura interiorizada por las mujeres de esta generación sobre este tipo de tareas y la consideración de obligatoriedad en su desarrollo que se autoimponen. Como se reflejaba en los resultados, las mujeres reforzaban su papel en el mantenimiento de la habitación, no considerando las tareas domésticas básicas, como cuidados en los que tuvieran que ser ayudadas. En contra, los hombres interpretaban el cuidado de la habitación como un aspecto inherente al servicio residencial, no considerándolo como una ayuda ni como una muestra de dependencia por su parte.

Al profundizar sobre su visión de los compañeros dependientes, con los que inicialmente compartirían habitaciones o espacios comunes, debido al grado de dependencia que les fue reconocido, las respuestas han oscilado entre

sentimientos de pena o compasión y el rechazo manifiesto. El estereotipo negativo sobre los mayores dependientes, se ha visto reflejado en la respuesta personal de los sujetos estudiados, y no como parte del discurso o de la conducta institucional (Kemper, 1994), que ha redirigido su misión hacia el cuidado a los más dependientes. Existe un aspecto bastante concordante en los discursos de los entrevistados, que sitúa a las enfermedades psíquicas o mentales, especialmente las alteraciones cognitivas, como las más estresantes y las que mayor temor de padecimiento suscitan entre los mayores. Esta priorización de la importancia concedida a la pérdida de la capacidad mental sobre la enfermedad física, se ha constatado en otro estudio sobre la visión de los mayores acerca de la dependencia, en el que se indica que *“para todos los participantes, sin embargo, la peor situación imaginable no es la enfermedad física, sino la pérdida de la capacidad mental”* (Barrio et al., 2006).

Las manifestaciones de quejas referidas a los trastornos producidos en la convivencia, generados por los residentes con alteraciones cognitivas, han marcado muchos de los discursos, identificándolos como fenómenos especialmente estresantes y disruptivos en la convivencia. En el ámbito de esas distorsiones, numerosos sujetos refieren la necesidad de establecer clasificaciones de residentes, que aseguren la tranquilidad del grupo que varios sujetos han autodenominado como “los normales”. De alguna manera, el propio grupo de sujetos autónomos que han tenido que convivir a nivel muy próximo con sujetos dependientes, abogan por una cierta segregación o distanciamiento de estos residentes.

No se han producido numerosas reflexiones que encierren temor a la propia pérdida de capacidad funcional, sino más bien, una actitud consistente en resaltar su actual grado de autonomía y su estatus personal, en contraposición con el de los sujetos dependientes. A pesar de esta percepción, quizás condicionada por un mecanismo de autoprotección; la salud y, más concretamente, sus consecuencias en forma de dependencia, suelen ocupar el primer nivel entre las preocupaciones de los mayores (Domínguez & García, 2011). Las quejas de los informantes sobre sus problemas de salud cotidianos y sus “achaques”, reflejan el sentimiento mayoritario entre los mayores de no percibir su estado de salud como bueno (Abades & Rayón, 2012), siendo recurrentes en los discursos y en las conversaciones observadas.

La observación ha permitido evidenciar la ausencia, prácticamente total, de interrelaciones entre los sujetos de estudio y los residentes dependientes, siendo limitadas las acciones de colaboración y ayuda hacia los mismos, muy restringidas a momentos puntuales como la entrada y salida de los comedores. Un rasgo característico que se ha descrito en el entorno de las residencias de mayores y que las diferenciaría de otras organizaciones, es precisamente, la inexistencia de una *"conciencia colectiva solidaria"* (Barenys, 1993: 161), que se reflejaría en esta limitación cuantitativa de la ayuda observada. En una etnografía realizada en una residencia de perfil religioso, se destacaba la situación contraria, al observarse numerosas muestras de ayudas y colaboración, especialmente por parte de las mujeres (De Haro, 2011). Un aspecto diferenciador respecto a nuestro estudio, lo constituía que el perfil de los residentes no era tan diferenciado, por lo que las muestras de colaboración se producirían entre "iguales".

Podría afirmarse que a los sujetos de estudio, les separa una gran distancia social de los residentes dependientes, al identificar a éstos, como otro grupo radicalmente distinto al suyo. En los dependientes, sí que visualizan la pérdida de la capacidad de decisión, de control y la lógica dependencia del personal del centro. En cierto modo, este comportamiento observado en los sujetos de estudio, podría encuadrarse dentro de ciertos criterios de rolificación¹¹⁶ de los residentes, entre los que se encuentran los basados en las habilidades funcionales (IMSERSO, 2000). En este caso, la asignación del rol vendría promovida por los propios residentes autónomos, como actores sociales de la institución.

En el contexto que venimos describiendo sobre la pérdida de libertad con la que relacionan la dependencia, se refieren con nostalgia a los compañeros trasladados a las zonas destinadas para dependientes, coincidiendo con lo reflejado en los trabajos de Barenys, manifestando temor por ese tránsito (Barenys, 2012). El traslado interno secundario a la modificación de la clasificación de dependencia, lo que ellos denominan pasar de *"válidos a asistidos"*, supone un auténtico cambio de estatus en los ojos de los protagonistas, siendo esa situación la que les provoca un discurso de mayor coincidencia con algunas de las características de la institución totalizante descrita por Goffman.

¹¹⁶ En el contexto de las residencias la rolificación guardaría relación con *"la reducción de la identidad de la persona al papel que se le asigna en la institución"* (IMSERSO, 2000:177)

Relaciones sociales en la institución.

Ha sido frecuente la detección de unas relaciones interpersonales poco profundas entre los residentes estudiados y el resto de residentes. La mayoría manifestaba una comunicación superficial y correcta con todos los compañeros, pero sin entablar relaciones de amistad con otros residentes. En los discursos, ha prevalecido el interés por mantener una convivencia sin tensión ni altercados, sobre las relaciones cordiales de mayor afectividad. El hecho de vivir en un entorno con calidez en las relaciones y con ausencia de conflictividad, se ha descrito asociado a una mayor calidad de vida en los residentes de estas instituciones (Iglesias & Dosil, 2005). Entre los estilos descritos para la resolución de conflictos que se puedan producir a nivel interaccional, la actitud de no confrontación, quizás más pasiva, parece ser la indicada en las residencias de dependientes con elevadas tasas de personas con deterioros cognitivos y alteraciones funcionales (Montoro, 1999). Aunque los sujetos de nuestro estudio eran autónomos, esa evitación de la confrontación, en muchos casos a costa de reducir una interacción más profunda, es la que ha caracterizado su forma de relación. Ese matiz en las formas de relación, contribuye a un descenso en el propio "aspecto relacional", como se contrastó en un estudio que comparaba el bienestar entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados, observándose en los últimos, más relaciones de forma global y con mayor sensación de bienestar secundario a las mismas (Molina et al., 2008).

La mayoría de los sujetos no han manifestado una necesidad explícita de integrarse en el grupo ni de entablar amistades o relaciones de más intensidad. Esta situación contraviene las formas de relación descritas en otros estudios, como en el de Blanca et al, en el que se encuadraban estas relaciones como muy satisfactorias, reconociendo la "*necesidad de relaciones humanas significativas tanto por parte de las personas del hogar como de los trabajadores*" (Blanca et al., 2013: 50). Esa inexistencia de una necesidad por entablar relaciones profundas, ha condicionado que no aparecieran relaciones de las consideradas como "típicas" de estas instituciones, caracterizadas por "grandes encuentros y desencuentros" (Barenys, 2012). El tipo de relaciones que se han descrito en el estudio, dificulta el establecimiento de un sentimiento grupal, observándose unas conductas muy dirigidas a la satisfacción individual. Las referencias explícitas a la falta de compañerismo o a la inexistencia de otros residentes con los que hablar o

entretenerse, han sido una tónica en los discursos de los informantes. La ausencia de personas con las que comunicarse, residentes o profesionales, se ha identificado en otros estudios de mayores institucionalizados, en los que también se destacaba la falta de compañerismo como una característica del grupo (Slettebø, 2008, Bazo, 1991). A parte de las relaciones más dirigidas por el entorno institucional, algunos sujetos manifestaron una dificultad inherente a la propia vejez para “hacer nuevas amistades”. Esta percepción se detectó también en la encuesta de condiciones de vida de los mayores del año 2004, en la que aunque más del 60% de los entrevistados afirmaban tener algún amigo íntimo, más del 70% indicaban que eran los amigos de toda la vida y solo un 31% referían tener amigos nuevos de los últimos años (García, 2009). Muchas personas tras la jubilación, reducen la implicación en el desarrollo nuevos intereses vitales, tendiendo a conservar las relaciones sociales anteriores, reflejo en algún modo, de un estereotipo negativo sobre la vejez (Sánchez et al., 2014).

En alguno de los discursos se han manifestado quejas sobre compañeros por temas cotidianos, como la falta de higiene, la imposición de normas o la autoasignación como propio, de algún elemento común; pero su consecuencia no era vivida de forma intensa ni traumática en la mayoría de las ocasiones. También han aflorado con recurrencia los comentarios sobre los compañeros de habitación, identificándose otro tipo de relación peculiar. Fuera del prototipo de compañero generado en otras instituciones, como en los colegios mayores o los cuarteles, con el que suelen establecerse lazos de gran complicidad, los sujetos destacaban en algunos casos la buena relación que mantenían, como una situación extraordinaria y en otros, enfatizaban una jerarquía, habitualmente establecida en función de la antigüedad en la habitación y el funcionamiento interno según normas que ellos mismos implantan, ajenas a las normas formales de la institución.

Tampoco han sido frecuentes las referencias a compartir aficiones o momentos de entretenimiento con otros residentes, salvo en casos esporádicos. Al observar a los sujetos en los centros, se detectó la permanencia de muchos de ellos en las habitaciones, realizando actividades de entretenimiento individual, como ver la televisión, escuchar la radio o coser. Varios de ellos participaban en los programas de rehabilitación o en otras actividades programadas por el centro, pero era una tónica encontrar solo mayores dependientes en los salones de

televisión o en las salas comunes, coincidiendo con otros estudios en los que se observaba la tendencia de los residentes independientes a no permanecer en esas salas (Blanca et al., 2012a). En un estudio realizado en residencias de la Comunidad Valenciana, en el que se valoraba la calidad de vida percibida por los mayores, se concluye considerando que muchos mayores están bien integrados porque “*conversan, juegan (a naipes o dominó) y/o ven la televisión juntos*” (Farré et al, 1999:32), situaciones no detectadas, al menos de forma frecuente y mayoritaria, en la presente investigación.

Las relaciones de pareja de sujetos solteros, separados o viudos, no vinculadas al matrimonio, no han aflorado, salvo en los discursos de dos sujetos. Es una característica generacional, la preponderancia de las relaciones de tipo matrimonial respecto a otras formas de unión, a pesar que están incrementándose las formas de relación consensuada y la cohabitación para evitar la soledad (IMSERSO, 2012). Aunque se puede afirmar que los modelos tradicionales y estereotipados sobre la vejez, se están viendo flexibilizados en España (Sánchez & Bote, 2007), continúa existiendo una cierta construcción social negativa, especialmente entre los propios mayores, sobre la unión a esa edad, más profunda al tratarse de mujeres.

El mantenimiento de las relaciones externas, especialmente las circunscritas al ámbito familiar, ha sido reconocido como prioritario por la mayoría de los entrevistados. La descripción de las relaciones familiares, fundamentalmente las parentales, parten de discursos que exculpan a sus hijos de cualquier decisión con el ingreso, enfatizando el cariño que les tienen, las visitas que realizan a la Residencia, las ocupaciones por los trabajos, etc. Esa justificación de los hijos ha sido reflejada en otros estudios, relacionándola con un mecanismo desarrollado por los mayores para no sentirse desplazados por su familia (Castellón & Romero, 2004). En todo caso, los sujetos sí consideran estas relaciones como prioritarias e incluso “balsámicas” en el entorno de la residencia, sirviendo de estímulo y de ayuda en el proceso de institucionalización. La situación de cierta vulnerabilidad en que pueden encontrarse los mayores, puede influir en que las relaciones familiares se consideren más importantes entre los residentes de estos centros que en otros entornos de convivencia (Molero et al., 2011).

La relación con las familias trasciende a la visita en sí misma, constituyéndose los familiares en otros actores sociales en la institución que

“sirven de cauce para que las relaciones de fuera se metan dentro” (IMSERSO, 2000: 317). Salvo en los casos de ingreso por conflictividad o desestructuración familiar, no se han producido críticas hacia los familiares, observando la presencia de fotografías, dibujos de los nietos, galletas y otros artículos aportados por la familia, en las habitaciones.

De alguna manera, la familia y las amistades consolidadas del exterior, cubren la parte emocional y afectiva del apoyo social disponible, mientras que el resto de residentes y los trabajadores, cubrirían los aspectos instrumental e informacional que recogía un estudio sobre la redes sociales en las personas mayores y la salud (Zunzunegui, 1994). Precisamente, las relaciones con los profesionales, a las que varios sujetos otorgan la calificación de “compañeros” o “amigos” han aparecido en muchos discursos de forma espontánea, enfatizando más en los aspectos personales que en el ámbito estrictamente profesional. Esta circunstancia puede obedecer a la búsqueda de relaciones sustitutorias de alguna de las previas a la institución (Blanca et al., 2013) o a la independencia actual de estos residentes, que no requieren de la intervención directa de los profesionales. Los sujetos reconocen la importancia que tienen los trabajadores en paliar conflictos y en contribuir al clima de convivencia y de relación interna, destacando, como en otros estudios, la importancia que les conceden para equilibrar la necesidad de contacto social y la soledad (Nakrem, Vinsnes & Seim, 2011), atribuyéndoles también un rol facilitador para gestionar las relaciones entre residentes (Berglan & Kirkevold, 2008). De alguna forma, buscan la confianza y la seguridad que les puede proporcionar el personal, sin el menoscabo de su propia autonomía y de su privacidad. En el estudio no han aparecido quejas sobre la falta de conversación o interacción del personal hacia ellos, habiéndose encontrado de forma reiterada en varios estudios revisados (Blanca et al., 2012b, Slettebø, 2008). De nuevo, el nivel de autonomía de los participantes les sitúa en una situación menos pasiva, en la que no dependen de la voluntad de los profesionales para iniciar una interacción, pudiendo provocarla o rechazarla ellos mismos.

CAPÍTULO X: CONCLUSIONES.

De los diferentes resultados alcanzados en cada fase del estudio pueden extraerse las siguientes conclusiones, que sintetizan aquellos aspectos más relevantes que dan respuesta a los objetivos planteados en el estudio.

Objetivo 1.

- La mayoría de los sujetos que ingresaron en alguna de las Residencias de Mayores del Servicio Regional de Bienestar Social en el año 2012, presentaban algún tipo de situación de dependencia, siendo las más frecuentes, las clasificadas en los máximos grados de dependencia.
- Puede afirmarse que el nivel global de dependencia de los usuarios en los Centros del SRBS se ha incrementado de forma muy significativa a raíz de la entrada en vigor de la Ley de Dependencia, observándose una inversión en la configuración de las categorías de clasificación de dependencia respecto a la situación anterior a la Ley.

Objetivo 2.

- El BVD clasifica a un porcentaje importante de usuarios en grupos de mayor nivel de dependencia que los instrumentos CFR e Índice de Barthel, siendo residual la situación inversa. En ese contexto de exceso en la graduación del nivel de dependencia, resulta especialmente relevante que el BVD valora como “grandes dependientes” y “dependientes graves” a sujetos que son clasificados por los otros instrumentos de valoración como independientes o autónomos y que no presentaban necesidades de cuidados ni ayudas prescritas, evidenciando una situación real de autonomía personal. En estos sujetos, algunas variables sociales como el motivo de ingreso o el lugar de procedencia, muestran una asociación significativa respecto al resto de sujetos de la población estudiada.

- Los instrumentos de valoración de dependencia analizados, presentan una concordancia débil o moderada, mientras que su correlación es fuerte o moderada. El CFR es el sistema que alcanza los mayores niveles de concordancia y correlación con los otros instrumentos de valoración analizados. Su propia estructura y el alcance de la valoración, puede influir en este resultado.

Objetivo 3.

- El perfil tipo de los sujetos ingresados en el año 2012 en las Residencias de Mayores del Servicio Regional de Bienestar Social se corresponde mayoritariamente al de: mujer, mayor de 80 años, viuda, en situación de dependencia, institucionalizada previamente y sin estudios.
- El estado civil y la causa de ingreso se presentan de forma diferente en función del grado de dependencia. En los sujetos dependientes, la sobrecarga del cuidador y la viudedad, son las características más frecuentes. En los sujetos que ingresan como autónomos, son más frecuentes las situaciones de soledad y las derivadas de relaciones familiares conflictivas o inexistentes.

Objetivo 4.

- Las “Demencias” son los procesos patológicos analizados más prevalentes en los sujetos dependientes del estudio, entre las que destaca la Enfermedad de Alzheimer como el subtipo con un mayor porcentaje. La variable “demencias”, ha presentado una asociación significativa con la dependencia y con la clasificación de la misma en los tres sistemas de valoración.
- Algunos procesos patológicos como las alteraciones cerebrovasculares, la enfermedad de Parkinson o las fracturas de fémur, han mostrado una asociación significativa con los grados de dependencia en los que estaban clasificados los sujetos del estudio, evidenciando su impacto en el mismo. Mientras, otros procesos que habitualmente son relacionados con la dependencia, como la osteoartrosis o las alteraciones oculares, han afectado a un porcentaje importante de residentes, autónomos y

dependientes, no observándose una asociación significativa, al menos estadísticamente.

Objetivo 5.

- Los diagnósticos de enfermería “Déficit de Autocuidado: baño” y “Déficit de Autocuidado: vestido”, son los más prevalentes en los sujetos de estudio, identificando las grandes áreas de cuidados básicos que se concentran en este tipo de Centros. También han resultado muy frecuentes el resto de diagnósticos de déficit de autocuidado y algunos relacionados con problemas secundarios a los síndromes geriátricos, especialmente en el ámbito de la movilidad y de la continencia de esfínteres. El análisis de los resultados de prevalencia de diagnósticos de enfermería pone en evidencia una tendencia de los profesionales a la priorización diagnóstica sobre problemas físicos y funcionales.
- Los Diagnósticos de Enfermería relacionados con el autocuidado y con los problemas en las Actividades Básicas de la Vida Diaria han mostrado una asociación significativa con la clasificación del grado de dependencia en el que estaban asignados los sujetos. Al incrementarse el nivel de dependencia, son diagnosticados más problemas de esta índole por los enfermeros, independientemente del sistema de valoración empleado. En el caso de la clasificación por el BVD, los sujetos asignados al grupo de mayor dependencia presentan una media de diagnósticos de enfermería muy inferior a los de los sujetos clasificados en los grupos de máxima dependencia del CFR y Barthel, evidenciando la presencia de individuos con menores necesidades de cuidados identificadas. La media de diagnósticos por persona, se ha asociado con la clasificación de dependencia, pudiendo posicionarse éstos, como un elemento complementario en la clasificación.
- El diagnóstico de enfermería “Riesgo de caída” ha mostrado una asociación significativa con los resultados de la escala de Tinetti y con los episodios de caída reales producidos. A su vez, la presencia del diagnóstico muestra su relación con la planificación e implementación de

un mayor número de cuidados específicos destinados a la prevención de las caídas.

- El diagnóstico de enfermería “Riesgo de alteración de la integridad cutánea” se ha comportado eficazmente en la detección del riesgo de desarrollo de úlceras por presión, mostrando una asociación significativa con la escala de Norton. La identificación del diagnóstico en el plan de cuidados, ha influido significativamente en la prescripción de cuidados preventivos específicos.
- A pesar del grado de estandarización incipiente en el uso de diagnósticos de enfermería durante el tiempo de estudio, los resultados de la asociación con las diferentes variables de dependencia analizadas, con las escalas de valoración sobre problemas específicos y con los cuidados prescritos; evidencian que el proceso crítico diagnóstico, asegura una mayor profundización en las necesidades de las personas y la focalización sobre aquellas situaciones que requieren un mayor seguimiento. Como resultado de este proceso, se detectan un mayor número de cuidados prescritos en los planes individuales, que en aquellos planes de sujetos que no presentan el diagnóstico identificado.

Objetivo 6.

- Tras el primer año desde el ingreso en el Centro, la mayoría de los sujetos de estudio conservan su nivel inicial de dependencia, independientemente del sistema de valoración empleado, poniendo de manifiesto que el proceso de institucionalización, en sí mismo, no es un factor generador de dependencia funcional. En el seguimiento temporal de los escasos sujetos de estudio que habían modificado su nivel de dependencia respecto al ingreso, se han observado más situaciones de empeoramiento que de mejoría, más pronunciadas con el índice de Barthel que con el CFR.
- El grupo de sujetos que mostraron una mayor discordancia en las clasificaciones iniciales de dependencia entre el BVD y CFR, presentan un porcentaje de empeoramiento mayor que el resto de sujetos de estudio, significativo estadísticamente.

- La edad se convierte en una variable fundamental en la evolución de la dependencia de los sujetos en las residencias. Los grupos de menor edad son los que mantienen la mayor autonomía e incluso mejoran su nivel de dependencia respecto al ingreso. Los sujetos más mayores, ingresaron con un nivel superior de dependencia y son los que sufren un mayor empeoramiento.

Objetivo 7.

- Los sujetos en los que se observaba mayor discordancia entre los sistemas de valoración, participantes del estudio etnográfico, presentaban situaciones de independencia total o dependencia mínima para alguna actividad instrumental, confirmando el resultado de las herramientas de valoración empleadas para el contraste. En sus discursos, se contemplan motivos sociales como los condicionantes del ingreso y precipitación del mismo, a destacar por su frecuencia: la situación de dependencia del cónyuge y la soledad.
- La interacción social y la necesidad de compartir el espacio próximo con otras personas, son vividas como las peores experiencias por los sujetos entrevistados, generándoles mayor insatisfacción que los aspectos normativos de la institucionalización.
- En los sujetos estudiados, su grado de autonomía personal les permite el desarrollo de actividades externas y el mantenimiento de su capacidad de decisión y actuación. Esa capacidad reduce el impacto potencial del proceso de institucionalización y la pérdida de las relaciones sociales previas.
- La Residencia de Mayores es reconocida como una opción adecuada por la mayoría de los sujetos entrevistados, si bien, su selección obedece a necesidades que imposibilitan el mantenimiento de otras formas de vida. La necesidad de personalización, atribuye a las habitaciones de los residentes, una ideación de domicilio y una simbología que las diferencia frente a las habitaciones de los residentes dependientes.
- Los mayores autónomos se posicionan con distancia frente a la dependencia, evitando la interacción con los residentes dependientes. La

observación y los discursos de los participantes muestran dos subgrupos de residentes, claramente diferenciados en la estructura social de los centros: los residentes autónomos y los residentes dependientes. Los sujetos autónomos evitan los espacios en los que se encuentran los residentes dependientes y la coincidencia en actividades, considerando especialmente negativa en la convivencia, la distorsión producida por los sujetos con alteraciones cognitivas. Muchos de los sujetos solicitan incluso el establecimiento de clasificaciones y diferenciaciones internas que aseguren la separación efectiva de los grupos.

- Las relaciones internas manifestadas por los sujetos son de baja intensidad, priorizando la ausencia de conflictividad sobre el establecimiento de relaciones profundas de amistad. Las relaciones familiares son las más valoradas por los sujetos y las que más les satisfacen, convirtiéndose en facilitadoras del proceso de institucionalización.

A la vista de las conclusiones fundamentales y de su contraste con las hipótesis de partida del estudio, puede destacarse:

1. Se confirma que existe un porcentaje importante de mayores ingresados en las residencias estudiadas, que presentan desajustes entre la valoración de dependencia realizada con el BVD y con los instrumentos CFR e Índice de Barthel.
2. El BVD incorpora numerosos atributos en su estructura que no son valorables en el interior de los centros, ni requeridos para la autonomía interna del residente. Independientemente del impacto de esta situación, en muchos de los casos de distorsiones en los resultados de las valoraciones, subyacen factores condicionantes que no son imputables a la especificidad del instrumento de valoración propuesto por la Ley.
3. Variables sociales ajenas al BVD, como la soledad o la dependencia del cónyuge, han mostrado su relación con numerosas situaciones de exceso de graduación del nivel de dependencia.

4. Los primeros años de puesta en funcionamiento de la Ley han evidenciado el aumento del nivel de dependencia de los usuarios de los centros estudiados, si bien, otras características sociodemográficas como el género o el nivel de estudios, han aparecido en proporciones similares a las observadas en estadísticas y estudios previos.
5. Se confirma la relación entre la identificación de diagnósticos de enfermería de déficit de autocuidado y de diagnósticos relacionados con las ABVD y el nivel de dependencia alcanzado con cada uno de los sistemas de valoración analizados.
6. Se confirma la relación de los diagnósticos de enfermería de “Riesgo de caídas” y “Riesgo de alteración de la integridad cutánea” con las escalas de Tinetti y Norton respectivamente, y con la planificación de un mayor número de cuidados preventivos en los casos en que han sido identificados.
7. Se confirma la relación entre los problemas cognitivos y el grado de dependencia en cada sistema de valoración. No se ha evidenciado una relación estadística significativamente entre las alteraciones visuales y los problemas degenerativos articulares con el nivel de dependencia, a pesar de su alta prevalencia en los sujetos de estudio.
8. Se confirma que la institucionalización no ha supuesto, en sí misma, un factor que aumentara a nivel global de dependencia funcional de los sujetos al año del ingreso, siendo mayoritario el porcentaje de participantes que mantienen su nivel de dependencia del ingreso.
9. Los sujetos que presentaban una mayor distorsión en la clasificación de dependencia y que han participado en el estudio etnográfico, no manifestaron de forma global un descenso en la calidad de vida, salvo algunas limitaciones inherentes a la institucionalización y el impacto negativo de la convivencia con mayores dependientes.

Consideraciones finales.

De los resultados que se han alcanzado en el estudio, se desprende la repercusión fundamental que supone la problemática social de muchos individuos, en su ingreso en una Residencia de Mayores, por encima de una

situación de dependencia que, en muchos casos, todavía no se ha manifestado. Más allá de los criterios de concordancia técnica o de la especificidad en la medida de la dependencia de los instrumentos de valoración analizados, el “Sistema de Servicios Sociales”, debe contemplar todos aquellos supuestos que garanticen la asignación del recurso más adecuado a la situación de cada persona, evitando que se empleen subterfugios para alcanzar determinadas prestaciones o servicios, en aquellos casos en los que, no existiendo una dependencia funcional instaurada, existen unos condicionantes sociales que recomiendan el establecimiento de algún tipo de intervención.

Independientemente de la satisfacción generalizada de los sujetos de estudio con su vivencia de la institución, la búsqueda del mayor bienestar personal y de la mayor eficiencia en el uso de los recursos, obligan a contemplar otras opciones más ajustadas a los perfiles de sujetos que han presentado las máximas discordancias en las valoraciones. La respuesta a las necesidades de marcada naturaleza social, como el acompañamiento para evitar situaciones de soledad o de exclusión social, el derecho a mantener los vínculos afectivos y convivenciales generados en la pareja o la falta de recursos económicos o materiales que dificulten la sostenibilidad independiente del mayor; deben gestionarse desde estrategias eminentemente sociales, que mantengan al individuo el mayor tiempo posible en su entorno natural, asegurando a su vez, una mayor disponibilidad de los recursos sociosanitarios tan costosos, para el perfil de mayores que presentan necesidades específicas de atención especializada en función de su nivel de dependencia o de su complejidad clínica, situaciones en las que la residencia de mayores se posiciona como el recurso más idóneo.

Para ese objetivo de la asignación ajustada de los recursos a los perfiles de los individuos, aparte del desarrollo de servicios y prestaciones que no conduzcan inevitablemente a la institucionalización definitiva, deben revisarse los sistemas de valoración, estableciendo una diferenciación práctica y real entre la fase de valoración para la clasificación del grado de dependencia del individuo y la fase de valoración para la asignación del recurso más idóneo. En ese contexto de la valoración de la dependencia, con la experiencia acumulada de estos años y superados los momentos de presión inicial tras la entrada en vigor de la nueva legislación y del nuevo derecho subjetivo, deben contemplarse los criterios de interdisciplinariedad que fundamentan la valoración geriátrica integral, evitando

aproximaciones individualistas. En este sentido, deben integrarse en los equipos de valoración, profesionales sociales y de la salud que contemplen todos los enfoques, desarrollando valoraciones longitudinales que eviten muchos aspectos episódicos que no caracterizan la situación habitual de la persona mayor, ni sus capacidades reales.

La observación ha mostrado un mayor nivel de personalización en los espacios y en la propia cotidianidad de los sujetos autónomos en los centros, que aunque lógica, merece una reflexión. La atención dirigida a los usuarios con mayor dependencia debe gestionarse desde la búsqueda de la compatibilización entre las necesidades a satisfacer y la mayor individualización de la estancia, promoviendo el máximo nivel de privacidad en el entorno más íntimo posible y fomentando la incorporación de la familia en el día a día de los centros, al convertirse en canalizadores de los sentimientos y sensaciones más placenteros, que contribuyen definitivamente, al bienestar de la persona.

Líneas futuras de investigación.

El propio desarrollo del estudio y los resultados obtenidos, ofrecen un amplio abanico de posibilidades para la implementación de nuevas investigaciones que profundicen en algunos de los aspectos más relevantes que han surgido, bien por las limitaciones encontradas o por el alcance potencial del ámbito de estudio.

Una vez detectadas las discordancias en la valoración de algunos sujetos, especialmente relacionadas con factores del ámbito social, resultaría importante evaluar algunas variables que pueden condicionar el resultado. En este sentido, se considera un campo de estudio importante, la aproximación al perfil del valorador, con objeto de analizar la potencial influencia del enfoque disciplinar en el resultado de la valoración y, consecuentemente, en el establecimiento del PIA. Esta circunstancia presenta relevancia por la constitución heterogénea de los equipos de valoración entre las diferentes comunidades autónomas.

Para conocer la adecuación específica del Baremo de Valoración de la situación de Dependencia en la evaluación del grado de dependencia en mayores institucionalizados, deberían desarrollarse estudios que lo empleen de forma interna por los profesionales de estos centros, en el alcance de sus procesos de

valoración habituales. Esa situación limitaría los sesgos inherentes a la influencia de factores externos y posibilitaría el seguimiento del nivel de dependencia con el instrumento a través del cual se detectó y con el que se clasificó al individuo previamente a su entrada en el centro. El desarrollo de estudios en esta dirección, permitiría profundizar en atributos de valoración específicos, a incluir o suprimir, en la fase de valoración necesaria para el establecimiento del PIA, contemplando la peculiaridad de cada programa ofertado y la evolución de la situación de dependencia.

En esa dirección, al no haberse desarrollado en el alcance del presente estudio, sería fundamental plantear estudios multivariante que analizarán la relación e influencia de varias variables en el fenómeno, a la vez que se pudieran comparar los resultados obtenidos con cada sistema de valoración en áreas y aspectos específicos, evidenciando aquellos atributos que, potencialmente, pueden incidir en la diferenciación de los resultados globales.

Como se ha mencionado al ir analizando los resultados de los diagnósticos de enfermería y dada la influencia que han mostrado en el establecimiento de los cuidados prescritos, pueden desarrollarse estudios que identifiquen los criterios de priorización seguidos por los profesionales, así como estudios longitudinales que permitan realizar un seguimiento de la eficacia de determinadas etiquetas diagnósticas que han mostrado importantes resultados de prevalencia, especialmente las vinculadas al autocuidado y al resto de esferas que impactan en la dependencia de la persona. Una de las características fundamentales del proceso de institucionalización, el tiempo de permanencia de la persona en el centro, ofrece grandes posibilidades para el seguimiento de amplias y accesibles muestras, evidenciando la eficacia de los cuidados y de la utilización de los lenguajes enfermeros.

BIBLIOGRAFÍA.

Abades, M & Rayón, E. (2012). El envejecimiento en España. ¿Un reto o problema social. *Gerokomos*, 23(4), 151-155.

Abellán, A., Esparza, C., Castejón, P & Pérez, J. (2011). Epidemiología de la dependencia de la vejez en España. *Gaceta Sanitaria*, 25 (supl 2), 5-11.

Abellán, A & Pujol, R. (2013). Perfil de las personas mayores en España 2013. Indicadores estadísticos básicos. *Informes envejecimiento en red*, 1. Recuperado de:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>

Abizanda, P., Gallejo, J., Sánchez, P & Díaz, C. (2000). Instrumentos de valoración geriátrica integral en los servicios de geriatría en España: uso heterogéneo de nuestra principal herramienta de trabajo. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 35(5), 261-268.

Abizanda, P & Romero, L. (2006). Innovación en valoración funcional. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 41, (Supl 1), 27-35.

Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios. (2009). *La participación de la Administración General del Estado en el Sistema para la Autonomía y Atención a situaciones de Dependencia*. Madrid. Ministerio de Presidencia. Recuperado de:

<http://aeval.es/comun/pdf/evaluaciones/E13.pdf>.

- Alarcón, T. (2003) Valoración Funcional. En: Salgado A, Guillén F, Ruipérez I. *Manual de Geriátría*. 3ª ed. pp. 237-246. Barcelona: Masson.
- Alastuey, C., Corujo, E., Núñez, E., Pérez, D.G., Rodríguez, A & Socorro, M. (2000). Grupos de uso de recursos RUG (III) y niveles asistenciales en Geriátría. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 35(3), 127-133.
- Albarrán, I., Alonso, P & Bolancé, C. (2009). Comparación de los Baremos español, francés y alemán para medir la dependencia de las personas con discapacidad y sus prestaciones. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 379-392.
- Aguilar, M. (2010). La huella de la beneficencia en los Servicios Sociales. *Zerbitzuan*. 48, 9-16.
- Alemán, C., Garcés, J & Gutiérrez, A. (coord.). (2003). *Políticas Sociales en la España de las Autonomías*. Madrid, Fundación ONCE.
- Álvarez, J & Macías, J.F. (Eds). (2009). *Dependencia en Geriátría*. Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca.
- Alvarez, O., Hernández, H., Galán, C.M & Echevarría, P. (2014). Idoneidad de baremo de valoración de la situación de dependencia para determinar el ingreso en una residencia pública de la Comunidad de Madrid. *Gerokomos*, 25(1), 23-27.
- Amaro, M.C. (2004). El método científico de enfermería, el Proceso de Atención y sus implicaciones éticas y bioéticas. *Revista Cubana de Enfermería*, 20(1). Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100010&lng=es

- Amezcuca, M. (2000). El trabajo de campo Etnográfico en Salud. *Index de Enfermería*, 30, 30-35.
- Amezcuca, M & Gálvez, G. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 226-236.
- Andreu, L., Moreno, C & Julve, M. (2010). Valoración de pacientes tratados con hemodiálisis según la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, volumen (4), 252-257.
- Arévalo, A & Castaño, F (comp). (1994). *Normativa Autonómica en Servicios Sociales*. 2ª ed. Madrid, Comunidad de Madrid, Consejería de Integración Social.
- Arnau, A., Espauella, J., Serrarols, M., Canudas, J., Formiga, F & Ferrer, M. (2012). Factores asociados al estado funcional en personas de 75 o más años de edad no dependientes. *Gaceta Sanitaria*, 26(5), 405-413.
- Ayuso, J.L., Nieto, M., Sánchez, J & Vázquez, J.L. (2006). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Medicina Clínica*, 126 (12), 461-466.
- Aznar, M. (2001). Las Personas Mayores en la Constitución Española. Comentario al artículo 50. En Martínez A. (Coord). *Gerontología y Derecho. Aspectos Jurídicos y Personas Mayores* (pp. 3-23). Madrid, Editorial Médica-Panamericana.
- Barenys, M.P. (1992). Las Residencias de Ancianos y su significado sociológico. *Papers*, 40, 121-135.

- Barenys, M.P. (1993). Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos. *REIS. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 63, 155-172.
- Barenys, M.P. (2012). Los geriátricos, de la institucionalización al extrañamiento. *Revista Kairós Gerontología*, 15(8), 7-24.
- Barrio, I.M., Barreiro, J.M., Pascau, M.J., Júdez, J., Simón, P., Molina, A & Gilarranz, S. (2006). La dependencia en el sentir de los mayores. *Gerokomos*, 17(2), 66-74.
- Barton, L. (2009). Estudios sobre discapacidad y la búsqueda de la inclusividad. Observaciones. *Revista de Educación*, 139, 137-152.
- Bazo, M.T. (1991). Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 53, 149-164.
- Bazo, M.T. (1996). Los cuidados familiares en salud en las personas ancianas y las políticas sociales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, 43-56.
- Bazo M.T., García, B., Maiztegui, C & Martínez, J. (1999). *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Madrid, Editorial Médica-Panamericana.
- Baztán, J.J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G & Manzarneitia, J. (1993). Índice de Barthel. Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 28, 32-40.
- Beland, F & Zunzunegui, M.V. (1999). Predictors of functional status in older people living at home. *Age and Ageing*, 28, 153-159.

- Benlloch, C & Sarrión, J. (2010). Impacto de la Ley de Dependencia en los cuidados a la tercera edad en el ámbito rural: el caso de Enguera. *Alternativas*, 17, 103-120.
- Bergland, A & Kirkevold, M. (2008). The significance of peer relationships to thriving in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 460-467.
- Bernal, M.E & Barbero, M.I. (2006). Evaluación del nivel de autonomía funcional y del deterioro cognitivo en personas mayores en residencia. *Acción Psicológica*, 4(1), 15-23.
- Blanca, J.J., Linares, M & Grande, M.L. (2011). El concepto de bienestar en las residencias de personas mayores. *Evidentia*, 8(36). Recuperado de: <http://www.index-f.com/evidentia/n36/ev3600.php>
- Blanca, J.J., Linares, M., Grande, M.L & Aranda, D.J (2012a). Las relaciones personales que se establecen en los residentes de un hogar de ancianos. *Enfermería Global*, 11(4), doi: 6018/eglobal.11.4.148351
- Blanca, J.J., Linares, M., Grande, M.L., Jiménez, M.C & Hidalgo, L. (2012b). Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: metaestudio cualitativo. *Revista Aquichan*, 12(3), 213-227.
- Blanca, J.J., Grande, M.I & Linares, M. (2013). Las experiencias de las personas mayores que viven en hogares para ancianos: la teoría de las díadas de intercambio. *Revista Aquichan*, 13(1), 41-56.
- Brito, P.R. (2009). Diagnósticos enfermeros priorizados en atención primaria. *Enfermería Global*, 8(2), Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/66221>

- Brito, P.R. (2012). La precisión diagnóstica en Enfermería. *Metas de Enfermería*, 15(6), 59-64.
- Burgueño, A.A., Rodríguez, M.P., Ramos, P & Hernando, A.L. (2001). Evaluación del pilotaje de evaluación del RAI (Resident Assessment Instrument) en las residencias públicas de la Comunidad de Madrid. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 1, 30-37.
- Cabañero, M.J., Cabreo, J., Richart, M & Muñoz, C.L. (2008). Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43(5), 271-283.
- Cabrero, J. (2007). Indicadores de discapacidad en la encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud. *Revista Española de Salud Pública*, 81(2), 167-181.
- Cacho, J., García, R., Arcaya, J., Vicente, J.L & Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la Enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 28(7), 648-655.
- Callejo, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 409-422.
- Calvo, L., Gómez, J.R., Gómez, I., Mateo, R., Rubio, M.J & Salinas, M.P. (1999). Conjunto Mínimo Básico de Datos Sociosanitarios. *Revista de Administración Sanitaria*, 3(11), 471-483.
- Camps, E., Andreu, L., Colomer, M., Claramunt, L & Pasaron, M. (2009). Valoración del grado de autonomía funcional de paciente renales crónicos según índices de Barthel, Lawton y baremo de Ley de Dependencia. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 12(2), 104-110.

- Campos, B. (1996). La construcción de una política social de vejez en España: del Franquismo a la normalización democrática. *REIS. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, 239-263.
- Candel, E., Córcoles, M.P., Egido, M.A., Villada, A., Jiménez, M.D., Moreno, M., Carrión, M & Denia, A. (2008). Independencia para actividades de la vida diaria en ancianos previamente autónomos intervenidos por fractura de cadera secundaria a una caída tras 6 meses de evolución. *Enfermería Clínica*, 18(6), 309-316.
- Carpenito, L.J. (2002). *Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica*. Madrid, McGRAW-HILL-INTERAMERICANA DE ESPAÑA S.A
- Carpenter, G.I., Main, A & Turner, G.F. (1995). Casemix for ederly inpatient: Resource Utilization Group (RUGs) validation project. Casemix for the inpatient working Group. *Age and Ageing*, 24, 5-13.
- Carpenter, I., Perry, R., Challis, D & Hope, K. (2003). Identification of registered nursing care of residents in English nursing homes using the Minimun Data Set Resident Assessment Instrument (MDS/RAI) and Resource Utilisation Groups version III (RUG-III). *Age and Ageing*, 32(3), 279-285.
- Carreira, M & Cal, J. (2005). Evolución del grado de dependencia física en una residencia asistida. *Fisioterapia*, 27, 322-326.
- Carrera, D & Braña, B. (2012). Evaluación de caídas en ancianos institucionalizados. *Metas de Enfermería*, 15(3), 58-62.
- Carrillo, G.M & Rubiano, Y.L. (2007). La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(3), Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23_3_07/enf09307.html

- Castellón, A & Romero, V. (2004). Autopercepción de la calidad de vida. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14(3), 131-137.
- Cava, M.J & Musitu, G. (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista multidisciplinar de Gerontología*, 10(4), 215-221.
- Cea D'Ancona, M.A. (2001). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid, Editorial Síntesis, S.A
- Ceada, M.J., Rojas, M.J & Rodríguez, J.B. (2008). Nivel de dependencia y percepción de salud tras la valoración enfermera. *Gerokomos*, 19(4), 177-183
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2007). *Condiciones de vida de las personas mayores. Estudio nº 2.647*. Madrid, CIS.
- Chamizo, C. (1998). Acercamiento del ser anciano al ser enfermero. *Cultura de los Cuidados*, 4, 35-39.
- Cid, J & Damián, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127-137.
- Comunidad de Madrid. (1987). *Comunidad de Madrid 1983-1987*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Comunidad de Madrid. (1992). *La Consejería de Integración Social. Organización y Servicios*. Madrid, Comunidad de Madrid.
- Consejería de Familia y Asuntos Sociales. (2007). *Memoria Anual '06*. Madrid, Comunidad de Madrid, Subdirección General de Promoción Social.

- Consejería de Integración Social. (1990). *Memoria de Gestión del Servicio Regional de Bienestar Social 1988-1990*. Madrid, Comunidad de Madrid, Consejería de Integración Social.
- Consejería de Integración Social. (1993). *Memoria de la Consejería de Integración Social 1992*. Madrid, Comunidad de Madrid, Consejería de Integración Social.
- Consejería de Integración Social. (1993). *Reglamento de Organización y Funcionamiento de las Residencias de Ancianos que gestiona directamente el Servicio Regional de Bienestar Social*. Madrid, Comunidad de Madrid, Consejería de Integración Social (BOCM, 145).
- Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid. (2012). *Situación Económica y Social de la Comunidad de Madrid 2011*. Madrid, Comunidad de Madrid.
- Cordero, P. (2006). Situación Social de las Personas Mayores en España. *Humanismo y Trabajo Social*, 5, 161-195.
- Cruz, A.J. (1991). El Índice de Katz. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 26(5), 338-348.
- Cury, S.P. (2009). Estudio del diagnóstico social en Residencias para Personas Mayores de la Comunidad de Madrid: diseño de un instrumento de valoración y diagnóstico social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 22, 201-226.
- Da Silva, Z.A., Gómez, A & Sobral, M. (2008). Epidemiología de las caídas en ancianos de España. Una revisión sistemática, 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 82(1), 43-56.

- Damián, J., Valderrama, E., Rodríguez, F & Martín, J.M. (2004). Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 268-274.
- Davara, M.A. (2011). *Manual de Formación en Protección de Datos en el Servicio Regional de Bienestar Social*. Madrid, Consejería de Asuntos Sociales, SRBS.
- De Abreu, M., Badin, G., Franzen, E., Gomes, E., Rubin, M., Rejane, E., Machado, M.L & Moraes, M.A. (2008). Diagnósticos de enfermería e intervenciones prevalentes en el cuidado al anciano hospitalizado. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 16(4), 707-711. doi: 10.1590/S0104-11692008000400009
- De Haro, A. (2011). La ética del cuidado entre las personas mayores. Un estudio etnográfico en una institución residencial. *Gazeta de Antropología*, 27/1. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10481/13571>
- De la Fuente, M.M., Bayona, I., Fernández, F.J., Martínez, M & Navas, F.J. (2012a). La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. *Gerokomos*, 23(1), 19-22.
- De la Fuente, M.M., Martínez, M., Romero, M.J., Fernández, F.J & Navas, F.J. (2012b). Perfil del anciano institucionalizado en residencias privadas de la ciudad de Soria. *Fisioterapia*, 34(6), 239-244.
- De la Fuente, Y.M. (coord). (2009) *Situaciones de dependencia y derecho a la autonomía: una aproximación multidisciplinar*. Madrid, Alianza Editorial S.A.
- Delgado, A.M. (2004). Calidad de vida de las personas mayores: el internamiento. *Portularia*, 4, 209-218.

- Díaz, J.M., García, A.S., Núñez, A & Osorio, R. (2007). Prevalencia de las úlceras por presión en una residencia asistida de mayores. *Gerokomos*, 18(3), 154-157.
- Díaz, E. (2009). Reflexiones epistemológicas para una sociología de la discapacidad. *INTERSTICIOS: Revista sociológica de pensamiento crítico*, 3(2), recuperado de: <http://www.intersticios.es/article/view/4557/3177>
- Diputación Foral de Guipúzcoa. (2007). *Orden Foral de 15 de junio de 2007 por la que se establece el sistema de equivalencias para la conversión de las puntuaciones obtenidas mediante la escala Sakontzen a valores de los instrumentos BVD y RAI-RUG*. Guipúzcoa, Boletín Oficial de Guipúzcoa, nº 134.
- Dirección General de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid (1999). *Plan de Mayores*. Madrid, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Domingo, M., Gómez, F.J., Torres, M & Gabaldón, E.M. (2005). Del cuidado registrado al diagnóstico enfermero. *Enfermería Clínica*, 15(5), 267-274.
- Domínguez, J.A & García, B. (2011). Edad, dependencia y consecuencias socio-sanitarias. *Gerokomos*, 22, (1), 13-19.
- Eluvathingol, G & Portillo, M.C. (2013). Cuidadores informales de personas con Parkinson. *Rol Revista de Enfermería*, 36(7-8), 52-60.
- Engle, V.F & Graney, M.J. (1993). Stability and improvement of health after nursing home admission. *Journal of Gerontology*, 48(1S), 17-23.
- Escudero, B. (2007). Las políticas sociales de dependencia en España. *REIS, Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 119, 65-89.
- Farré, R., Frasset, I & Romá, R. (1999). Estado de salud y calidad de vida de un colectivo de ancianos institucionalizados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34(1), 25-33.

- Fernández, E. (2010). Rasgos asilares en residencias para mayores: una propuesta de terapia institucional con análisis transaccional. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 62, 46-55.
- Fernández, E & Estévez, M. (2013). La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado. *Gerokomos*, 24(1), 8-13.
- Fernández, R., Peñas, M & Díaz, C. (2007). Bienestar autopercebido y nivel de autonomía de las personas mayores y su relación con el lugar de residencia. *Metas de Enfermería*, 10(10), 65-71.
- Fernández, C.M & Sánchez, J.A. (2006). Espacios para el refugio. Asistencia a la vejez y los asilos en Galicia. *SEMATA. Ciencias Sociais e humanidades*, 18, 167-203.
- Fontana, C., Estany, J., Pujol, J., Segarra, I & Jordán, Y. (2002). Concordancia entre índices de dependencia en las actividades de la vida diaria. Experiencia de aplicación en población geriátrica de ámbito rural. *Enfermería Clínica*, 12(2), 47-53.
- Formiga, F., Ortega, C., Cabot, C., Porras, F., Mascaro, J & Pujol, R. (2006). Concordancia interobservador en la valoración funcional mediante el índice de Barthel. *Revista Clínica Española*, 206(5), 230-232. doi: 10.1016/S0014-2565(06)72781-3
- Francesconi, P., Cantini, E., Bavazzano, E., Lauretani, F., Bandinelli, S., Buiatti, E & Ferrucci, L. (2006). Classification of residents in nursing homes in Tuscany (Italy) using Resource Utilization Groups Version III (RUG-III). *Aging clinical and experimental research*, 18(2), 133-140. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2651513/>
- Frías, V.M., Anguera, M., Rius, M.M & Martínez, E. (2005). Diagnósticos enfermeros en una unidad sociosanitaria de asistencia psicogeriátrica. *Enfermería Clínica*, 15(2), 71-75.

- Gabaldón, E.M., Gómez, G., Fernández, M.A., Domingo, M., Torres, M., Terrés, C & Gomis, L. (2002). Análisis de las causas del bajo nivel de cumplimentación de la hoja de valoración del paciente al ingreso: una aproximación desde la perspectiva cualitativa. *Cultura de los Cuidados*, 11, 53-60.
- Galán, C.M., Trinidad, D., Ramos, P., Gómez, J.P., Alastruey, J.G., Onrubia, López, E & Hernández, H. (2008). Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43(4), 208-213.
- Galimany, J., Roca, M & Girbau, M.R. (2012). Las tecnologías de la información y la comunicación en los sistemas sanitarios. Un nuevo reto para la enfermería. *Metas de Enfermería*, 15(3), 6-10.
- Gálvez, M., Ríos, F & García, A.M. (2013). Crecer cuidando. El rol cuidador en las hijas de madres dependientes. *Index de Enfermería*, 22(4), 237-241.
- García, A., Martínez, F., Carrillo, E & Peiró, S. (2000). Sistema de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: evolución y perspectiva de futuro. *Gaceta Sanitaria*, 14(1), 48-57.
- García, E. (2009). *La dependencia y los mayores*. Albacete: Altaban Ediciones S.L.
- García, I., López, S & Elosua, I. (2012). Actualización en el manejo de la degeneración macular asociada a la edad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47(5), 214-219.
- García, M., Areñas, M.G., López, J., Prieto, M.E., Blanco, P & Míguez, E.M. (2008). La atención a las personas en situación de dependencia: valoración, servicios y prevención" en *Rehabilitación*, 42(6), 340-349.

- García, M & Martínez, R. (2012). *Enfermería y envejecimiento*. Barcelona: Elsevier España, S.L.
- García, M.V., Rodríguez, C & Toronjo, A.M. (comp). (2009). *Enfermería del Anciano*. 2ª ed. España: Ediciones DAE.
- García, J.A & Tomás, R.M. (2006). Complejidad y función. Revisión de los sistemas de clasificación de pacientes en geriatría. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 41(S1), 50-58.
- Gázquez, J.J., Rubio, R., Pérez, M.C & Lucas, F. (2008). Análisis de los factores predictores de la dependencia funcional en las personas mayores. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(1), 117-126.
- Gazquén, J.J., Pérez, M.C., Mercader, I & Molero, M.M. (2011). Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores. *Anales de Psicología*, 27(3), 871-876.
- Giménez, A.M., Fernández, I., Marín, B., Álvarez, M.D., Andorra, M., José, F., Mazo, S., Rodríguez, M, Siches, C & Tomás, A. (1997). Metodología para la validación del contenido diagnóstico de la respuesta ventilatoria disfuncional al destete. *Enfermería Clínica*, 7(6), 255-262.
- Glaser, B.G & Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago, Aldine.
- Gobert, M., d'Hoore, W., Mora, J., Moldes, M.P & Tilquin, C. (2005). Adecuación de las restricciones físicas y farmacológicas en los ancianos institucionalizados: estudio comparativo en Québec y la Suiza Romanda, con implicaciones en nuestro medio. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(1), 7-17.

- Goffman, E. (1970). *Internados: Ensayo sobre la situación mental de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorroutu.
- Gómez, G & Peñalver, J.C. (2007). Aspectos biopsicosociales en la valoración de la dependencia. *Intervención psicosocial*, 16(2), 155-173.
- Gordon, M. (1996). *Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación*. 3ª Edición, Madrid: Doyma libros S.A.
- Gordon, M. (2000). Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería. *Cultura de los cuidados*, 7 y 8, 128-138.
- Guba, E.G & Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, Sage.
- Guirao, J.A., Moreno, P & Martínez del Campo, P. (2000). Validación del contenido diagnóstico de la etiqueta diagnóstica enfermera "sedentarismo". *Enfermería Clínica*, 11(4), 135-140.
- Guirao, J.A., Camaño, R.E & Cuesta, A. (2001). *Diagnóstico de Enfermería. Categorías, Formulación e Investigación*. España, Ediversitas Multimedia S.L.
- Guzmán, F., Moscoso, M & Toboso, M. (2010). Por qué la Ley de Dependencia no constituye un instrumento para la promoción de la autonomía personal. *Zerbitzuan*, 48, 43-56.
- Hawes, C., Norris, J.N., Phillips, C.D., Mor, V., Fries, B.E, & Nonemaker, S. (1995). Reliability for the minimum data Set for nursing home assessment and care screening (MDS). *Gerontologist*, 35(2): 172-178.

- Hawes, C., Norris, J.N., Phillips, C.D., Fries, B.E., Murphy, C & Mor, V. (1997). Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age and Ageing*, 26-S2, 19-25.
- Hernández, R., Fernández, C & Baptista, P. (2007) *Fundamentos de metodología de la investigación*. Madrid, McGRAW-HILL/INTERAMERICANA, S.A.U.
- Herrero, C & de la Fuente, A. (2009). Impacto de la entrada en vigor de la Ley 39/2006 sobre el gasto presupuestario de las comunidades autónomas en el período 2006-2009. *Presupuesto y Gasto Público*, 56, 113-126.
- Hirdes, J.P., Poss, J.W., Caldarelli, H., Fries, B.E., Morris, J.N., Teare, G.F., Reidel, K & Jutan, N. (2013). An evaluation of data quality in Canada's Continuing Care Reporting System (CCRS): secondary analyses os Onterio data submitted between 1996 and 2011. *Medical Informatic and Decision Makin*, 13(27). doi: 10.1186/1472-6947-13-27
- Iglesias, C., Montilla, A., Erkoreka, I., Inda, M & Testera, V. (1999). Un sistema de clasificación de pacientes en psicogeriatría: Resource Utilization Groups T-18 (RUG-T18). *Psiquiatría Pública*, 11(3), 63-69.
- Iglesias, P.M & Dosil, A. (2005). Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(2), 85-91.
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. (1999). *Residencias para Mayores. Manual de Orientación*. 2ª edición, Madrid: Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales, IMSERSO.
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. (2000). *Personas Mayores y Residencias. Un Modelo Prospectivo para Evaluar las Residencias*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales, IMSERSO.

- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. (2001). *La Soledad en las Personas Mayores: Influencias Personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales, IMSERSO.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2004). *Atención a las Personas en situación de Dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2006a). *Institucionalización y Dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2006b). *La estructura social de la vejez en España: Nuevas formas de envejecer*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2012). *Las personas mayores en España. Informe 2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, IMSERSO.
- Instituto Regional de Estudios. (1996). *Mapa de Salud y Servicios Sociales Comunidad de Madrid. I Zonificación Socio-Sanitaria. Bases para una Regionalización de Servicios*. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Salud y Bienestar Social.
- Iyer, P.W., Taptich, B.J & Bernocchi, D. (1997). *Proceso y Diagnóstico de Enfermería*. 3ª edición, México D.F. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES S.A.
- Izquierdo, J.M., Pérez, M.B., Ramírez, F.J, Serrano, I., Torres, M.D & Conde, G. (2002). Implantación del proceso enfermero. *Revista Rol de Enfermería*, 25(7-8), 488-493.

- Jiménez, F. (2001). *Evolución de la institucionalización de los ancianos en España*. Barcelona: Editorial Glosa.
- Jiménez, L & Hijar, C.A. (2007). Los ancianos y las alteraciones visuales como factor de riesgo para su dependencia. *Gerokomos*, 18(1), 16-23.
- Kemper, S. (1994). Elderspeak: Speech Accommodations to Older Adults. *Aging, Neuropsychology and Cognition*, 1(1), 17-28.
- Lago, M. L. (2007). Valoración del riesgo de úlceras por presión en una unidad de geriatría. *Gerokomos*, 18(3), 135-139.
- Lawton, M.P & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living". *Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Lázaro, V & Gil, A. (2010). Cómo perciben los ancianos que viven en ambientes residenciales sus relaciones sociales con el mundo exterior. *Revista de Humanidades "Cuaderno del Marqués de San Adrián"*, 7, 29-40. Recuperado de: http://www.quned.es/mvg/archivos_publicos/qweb_paginas/2276/revista7_articulo2.pdf
- Lee, D.T., Woo, J & Mackenzie, A.E. (2002). A review of older people's experiences with residential care placement. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 19-27.
- Leyva, J.M & Caixal, C. (2009). Prevalencia de úlceras por presión en residencias geriátricas. *Revista Rol de Enfermería*, 32(1), 52-56.
- Ljunggren, G., Phillips, C.D & Sgadari, A. (1997). Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing*, 26(sup 2), 43-47.

- López, G. (2011). La Ley de Autonomía y Dependencia. Reflexiones para su mejor desarrollo. *Gaceta Sanitaria*, 25 (S), 125-130.
- López, R., López, J.A., Castrodeza, F.J., Tamames, S & León, T. (2009). Prevalencia de demencias en pacientes institucionalizados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(1), 5-11.
- Lorenzo, T. (2010). *Predictores de la percepción de salud en una población mayor de 65 años en España: Influencias sociodemográficas y del apoyo social*. La Coruña, Universidad de A Coruña.
- Luis, M.T., Fernández, C & Navarro, MV. (2000). *De la Teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Barcelona, Editorial Masson.
- Lunney, M. (coord.). (2011). *Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. Estudio de casos y análisis de enfermería*. Barcelona, Masson.
- Mañá, M & Mesas, A. (2002). Impacto de una estrategia de implantación de diagnósticos de enfermería en un área de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 12(5), 193-200.
- Martí, D., Miralles, R., Llorach, I., García-Pallerio, P., Esperanza, A & Cervera, A.M. (2000). Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yessavage. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 35(1), 7-14.
- Martín, I. (2011). El debate sobre el socorro a los pobres en España durante el siglo XVI. *Eseconomía*, VI(31), 91-110. Recuperado de:
http://www.repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/handle/123456789/12100/esconom%EDa_No31.pdf?sequence=1#page=98

- Martínez, E., Ruiz, J., Gómez, L., Ramírez, M., Delgado, F., Rebollo, P., González, D & Arumi, D. (2009). Prevalencia de la Incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española: resultados del estudio EPICC. *Actas Urológicas Españolas*, 33(2), 159-166. doi:10/4321/S0210-48062009000200011
- Martínez, M.P., Polo, M.L & Carrasco ,B. (2002). Visión Histórica del concepto de vejez desde la edad media. *Cultura de los cuidados*, 11, 40-46.
- Martínez, P., Fernández, G., Frades, B., Rojo, F., Petidier, R., Rodríguez, V., Forjaz, M.J., Prieto, M.E & Pedro, J. (2009). Validación de la Escala de Independencia Funcional. *Gaceta Sanitaria*, 23(1), 49-54.
- Miles, M.B & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. (2ª Edic). Thousand Oaks, California: Sage publications.
- Millán, J.C. (comp). (2011). *Gerontología y Geriatría. Valoración e intervención*. Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- Mirallas, J.A & Real, M.C. (2003). ¿Índice de Barthel o Medida de Independencia Funcional?. *Rehabilitación*, 37(3), 152-157.
- Miranda, M.J. (1985). *Análisis sociológico del internamiento de ancianos*. Madrid, Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.
- Molero, M.M., Pérez, M.C., Gázquez, J.J & Sclavo, E. (2011). Apoyo familiar en mayores institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(1), 31-43.
- Molina, C., Meléndez, J.C & Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*, 24(2), 312-319.

- Montalba, C. (2013). Aplicación del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia en la Comunitat Valenciana: efectos sobre el ejercicio del derecho social. *Alternativas. Cuadernos de trabajo social*, 20, 163-186. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4628648>
- Montoro, J. (1999). Factores determinantes de la calidad del cuidado asistencial institucional a personas mayores y/o con discapacidad. *Papers*, 57, 89-112.
- Moreno, J.P., Richart, M., Guirao, J.A & Duarte, G. (2007). Análisis de las escalas de valoración de desarrollar una úlcera por presión. *Enfermería Clínica*, 17(4), 186-197.
- Morris, J.N., Fries, B.E., Mehr, D.R., Hawes, C., Phillips, C., Mor, V & Lipsitz, L.A. (1993). MDS Cognitive Performance Scale. *The Journal of Gerontology*, 49(4), 174-182.
- Morris, J.N., Hawes, C., Fries, B.E., Phillips, C., Mor, V & Katz, S. (1990). Designing the national resident assessment system for nursing homes. *Gerontologist*, 30, 293-307.
- Moscoso, D. (2013). Valoración del riesgo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados y su relación con los diagnósticos de enfermería. *Enfermería Dermatológica*, 18-19, 26-31.
- Mussoll, J., Espinosa, M.C., Quera, D., Serra, M.E., Pous, E., Villarroya, I & Puig, M. (2002). Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(5), 249-253.
- NANDA. (2013). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014*. Barcelona, NANDA. Elsevier España, S.L

- Nakrem, S., Vinsnes, A.G & Seim, A. (2011). Resident's experiences of interpersonal factors in nursing home care: a qualitative study. *International journal of nursing studies*, 48(11), 1357-66. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.05.012
- Navarro, A.B & Bueno, B. (2005). Efectos del sexo, el nivel educativo y el nivel económico en el afrontamiento de los problemas en personas muy mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 40(1), 34-43.
- Organización Mundial de la Salud. (1983). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Ors, A & Maciá, L. (2013). Mayores institucionalizados. Valoración de la satisfacción y el bienestar en una residencia geriátrica religiosa. *Gerokomos*, 24(1), 18-21.
- Ortiz, F.J., Vidán, M., Marañón, E., Álvarez, L., García, M.A., Alonso, M., Toledano, M & Serra, J.A. (2008). Evolución prospectiva de un programa de intervención geriátrica interdisciplinaria y secuencial en la recuperación funcional del anciano con fractura de cadera. *Traumatología*, 19(1), 13-21.
- Otero, A., Zunzunegui, M.V., Rodríguez, A., Aguilar, M.D & Lázaro. (2004). Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento de la población española. *Revista Española de Salud Pública*, 78(2), 201-213.
- Palacios, A & Bariffi, F. (2007). *La Discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Madrid, Ediciones Cinca.

- Palacios, A & Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Santiago de Compostela, Ediciones Diversitas-AIES.
- Paulo, P., Hoyle, T., Gac, H., Carrasco, M., Duery, P., Petersen, K., Cabezas, M., Dissaillant, C & Castro, S. (2004). Evaluación de 1.497 adultos mayores institucionalizados, usando el sistema de clasificación de pacientes RUG T-18. *Revista Médica Chile*, 132, 701-706. doi: 10.4067/S0034-98872004000600006
- Pérez, G. (2010). Acercamiento al sentido de la participación en las residencias públicas de personas mayores. *Educación y Futuro*, 22, 177-195.
- Polit, D.F & Hungler, B.P. (1997). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (5ª Edic). Méjico, MCGRAW-HILL INTERAMERICANA, S.A.
- Polo, M.I. & Martínez, M.P. (2001). Visión histórica del concepto de vejez en las sociedades antiguas. *Cultura de los cuidados*, 10, 15-20.
- Prado, B., Bischoffberger, C., Valderrama, E., Verdejo, C & Damián, J. (2011). Prevalencia y principales características de la incontinencia urinaria en la población anciana institucionalizada en Madrid. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 46(1), 7-14.
- Puga, D. (2002). *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*. Madrid: Fundación Pfizer.
- Puga, D. (2005). La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público. *Revista Española de Salud Pública*, 79(3), 327-330.

- Puig, M., Lluch, M.T & Rodríguez, N. (2009). Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos*, 20(1), 9-14.
- Puyol, R & Abellán, A. (coord). (2006): *Envejecimiento y Dependencia. Una mirada al futuro de la población española*. Madrid, Mundial Asistancia.
- Querejeta, M. (2004a). Aportaciones de la CIF a la conceptualización de la dependencia. *Rehabilitación*, 38(6), 348-354.
- Querejeta, M. (2004b). *Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.
- Quintanar, F. (2000) *Atención a los ancianos en asilos y casas de hogar de la ciudad de México: ante el escenario de la tercera ola*. México: Plaza y Valdés.
- Rabuñal, R., Monte, R., Casariego, E., Pita, S., Pertega, S & Bal, M. (2012). Valoración de actividades básicas de la vida diaria y de deterioro cognitivo en centenarios: concordancia entre las escalas utilizadas. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(1), 44-49.
- Regidor, E. (2001). La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. *Revista Española de Salud Pública*, 75(1), 13-22.
- Rivera, J., Rivera, S & Zurdo, A. (1999). El cuidado informal a ancianos con demencia: análisis del discurso. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 9, 225-232.
- Rivero, T & Salvá, A. (2011). "El Baremo para la valoración de las situaciones de dependencia en España". *Actas de la Dependencia*, 2, 5- 28.

- Rodríguez, G. (2007). La protección de la dependencia en España. Un modelo sui géneris de desarrollo de los derechos sociales. *Política y Sociedad*, 44(2), 69-85.
- Rodríguez, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166.
- Rodríguez, G., Gil, J & García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada, Ediciones Aljibe.
- Rodríguez, M & Vallejo, J.M. (2010). La gestión de úlceras por presión en residencias de mayores. Obstáculos y facilitadores. *Gerokomos*, 21(3), 108-113.
- Rodríguez, P. (2011). Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. *Actas de la dependencia*, 3, 5-40.
- Rojas, M.J., Toronjo, A., Rodríguez, C & Rodríguez, J.B. (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*, 17(1), 6-23.
- Rojo, F., Fernández, G & Rodríguez, V. (1995). El área de influencia de las residencias de ancianos de Madrid. *Anales de Geografía de la Universidad Complutense*, 15, 607-617.
- Román, M., Campos, A., Viñas, C., Palop, R., Zamudio, A., Domingo, R., López, M.C., Torre, I., Díaz, M.A & Mansilla, J.J. (2005). Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 15(3), 163-166.
- Romero, S., Gala, B & Gómez, E. (2006). Uso de escalas de valoración en el proyecto de ley de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas dependientes. *Index de Enfermería*, 15(54), 56-61.

- Roqueta, C., de Jaime, E., Miralles, R & Cervera, A.M. (2007). Experiencia en la evaluación del riesgo de caídas. Comparación entre el test de Tinetti y el Times up and Go. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 42(6), 319-327.
- Rubio, J. (2006). Tendencias en la atención a la discapacidad. *Osasunaz*, 7, 51-73
- Sáez, P., Hernández, T & Romero, I. (2013). Deterioro funcional secundario a fractura de cadera y adecuación de recursos sociosanitarios al alta. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(2), 94-99.
- Salvá, A., Roqué, M., Vallés, E., Bustins, M., Rodó, M & Sánchez, P. (2014). Descripción del perfil de complejidad de los pacientes admitidos en unidades sociosanitarias de larga estancia entre los años 2003 y 2009. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49(2), 59-64.
- San Román, T. (2009). Sobre la investigación etnográfica. *Revista de Antropología Social*, 18, 235-260.
- Sánchez, P & Bote, M. (2007). *Los mayores y el amor: una perspectiva sociológica*. Valencia: Nau Llibres – Edicions Culturals Valencianes, S.A.
- Sánchez, J.C & Cobo, P. (2013). Las reformas de la valoración de las situaciones de dependencia. Perspectivas de futuro. *Actas de la Dependencia*, 7, 5-19.
- Sánchez, C., Trianes, M.V & Blanca, M.J. (2014). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(3), 124-129.
- Santos, S.S.C., Tier, G.C., Silva, B.T., Barlem, E.L.D., Felicianni, A.M & Valcarenghi, F.V (2010). Diagnósticos e intervenciones de enfermería para ancianos con depresión y residentes en una institución de larga estancia (ILE). *Enfermería Global*, 20, recuperado de :

<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/110811/105151>

- Scheffer, B.K & Rubenfeld, M.G (2000). A consensus statement on critical thinking. *Journal of Nursing Education*, 39, 352-359.
- Segovia, M.G & Torres, E.A. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22(4), 162-166.
- Servicio Regional de Bienestar Social. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. (2002). *Clasificación Funcional de Residentes C.F.R.* Madrid, Boletín Consejería de Familia y Asuntos Sociales. SRBS.
- Shah, S., Canclay, F & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for Stroke Rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8), 703-709.
- Sitjas, E., San José, A., Armadans, L., Mundent, X & Vilardell, M. (2003). Factores predictores del deterioro funcional geriátrico. *Revista de Atención Primaria*, 32(5), 282-287.
- Slettebø, A. (2008). Safe, but lonely: living in a nursing home. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vard i Norden*, 28(1), 22-25. Recuperado de: <https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/487/2/416616.pdf>
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (2011). *Manual para el residente en geriatría*. Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
- Solano, J.J., Baztán, J.J., Hornillos, M., Carbonell, A & Tardón, A. (2001). Grupos de utilización de recursos en unidades de agudos y media estancia de servicios de geriatría. *Revista Española de Salud Pública*. 75(3),249-262.

- Taylor, S.L & Bogdan, R. (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. 2ª edición. Barcelona: Paidós.
- Teixidor, M. (2002). El Producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (III). *Revista Rol de Enfermería*, 25, 408-410.
- Tomás, C., Zunzunegui, M.V., Moreno, L.A & Germán, C. (2003). Dependencia evitable para las actividades de la vida diaria. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38(6), 327-333.
- Torramadés, J.P, Navarro, A & Fontanals, M.D. (2006). Uso de herramientas sencillas de valoración para clasificar las cargas de trabajo asistencial según la dependencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 41(3), 164-170.
- Torres, B., Núñez, E., De Guzmán Pérez, D., Simón, J.P., Alastuey, C., Corujo, E., González, M.D & Fernández, O. (2009). Índice de Charlson versus índice de Barthel como predictor de mortalidad e institucionalización en una unidad geriátrica de agudos y media estancia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(4), 209-212.
- Trigás, M., Ferreira, L & Meijide, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicía Clínica*, 72(1), 11-16.
- Urrutia, J.M. (2006). Modelo de valoración de la dependencia unificado para Euskadi. *Osasunaz*, 7, 19-36.
- Urteaga, E. (2012). El quinto pilar de la protección social: la política de dependencia en Francia. *Cuadernos de Trabajo Social*, 25(1), 221-235.
- Valderrama, E & Pérez, J. (1998). Prevalencia del anciano frágil o de riesgo en el medio rural. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 33, 272-276.

- Valdiviesco, C., García, J. Ponce, J & Rodríguez, L.P. (2002). Valoración de la institucionalización de los sujetos ancianos en relación a su dependencia, en función de la capacidad para las actividades de la vida diaria. *Motricidad. European Journal of Human Movement*, 8, 95-110.
- Van, B.M., Tighuis, M.A., Kalmijn, P.S., Giampaoli, M.D., Nissinen, M.D & Kromhout, P.D. (2004). Physical activity in relation to cognitive decline in edderly men. *Neurology*, 63(12), 2316-2321.
- Vellas, B. Albarede, J & Garry, P. (1997). *Salud y residencias de ancianos*. Barcelona, Glosa.
- Vernet, F. (2007). Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el Modelo V. Henderson. *Gerokomos*, 18 (2), 77-83.
- Vidal, F. (1987). El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid. *Revista de la Facultad de Geografía e Historia*, 1, 41-56.
- Vilá, A. (2001). Normativa autonómica para personas mayores. Características básicas. En Martínez, A. (coord). *Gerontología y Derecho. Aspectos Jurídicos y Personas Mayores* (pp. 25-102). Madrid, Editorial médica-Panamericana.
- Villarejo, L & Pancorbo, P. (2011). Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. *Gerokomos*, 22(4), 152-161.
- Zunzunegui, M.V. (1994). Las redes sociales y la salud en las personas mayores. *Index de Enfermería*, 8-9, 15-17.

Anexo I

Clasificación de la clase Social basada en la ocupación

I	Directivos de la Administración Pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3er ciclo universitario.
II	Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas a una titulación de 1er ciclo universitario. Técnicos superiores. Artistas y deportistas.
III	Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales.
IVa	Trabajadores manuales cualificados.
IVb	Trabajadores manuales semicualificados
V	Trabajadores no cualificados.

Fuente: Sociedad Española de Epidemiología. Elaboración propia.

Anexo II

Información contenida en el consentimiento informado para la fase cualitativa

▪ **Presentación del investigador y del estudio.**

Buenos (días/tardes), mi nombre es Óscar Álvarez López, estudiante del programa de Doctorado de la Universidad Católica San Antonio de Murcia y estoy realizando mi trabajo de Tesis Doctoral sobre la dependencia en las personas mayores que ingresaron en las residencias de la Comunidad de Madrid durante el año 2012 y cómo viven en ellas.

Para la/s entrevista/s, no tiene que conocer ninguna cuestión previa, simplemente hablar de su experiencia personal en la residencia.

Usted ha sido seleccionado/a porque ingresó durante ese año en una plaza de dependientes y presenta capacidad para responder, por lo que su testimonio es muy importante. Su participación es voluntaria y puede manifestar su negativa a continuar en cualquier momento del estudio.

▪ **Objetivos del estudio.**

A través de las entrevistas y de las visitas, que se desarrollarán en varias residencias como la suya, se pretende conocer:

- Cuál fue la causa que le condujo a solicitar la residencia.
- Cómo es la vida en un centro de estas características.
- Cómo se relaciona con los demás residentes, especialmente con los más dependientes.
- Qué aspectos son los más negativos de vivir en una residencia o cuáles cambiaría si fuera posible.

Por tanto, lo que pretendemos es ver desde dentro, a través de personas como usted, cómo es la vivencia de estar en una residencia de mayores dependientes.

▪ **Tratamiento de la información.**

Toda la información que se obtenga del estudio se tratará de tal forma que no posibilite que se le reconozca; no apareciendo su nombre, ni el de la residencia, ni otras cuestiones que permitieran su identificación.

Todo el contenido de la entrevista se transcribirá por escrito y es conveniente releerlo para ver si refleja adecuadamente sus opiniones.

Anexo III

Prevalencia de diagnósticos de Enfermería según Dominios

Prevalencia de los diagnósticos de enfermería del Dominio 1: "Promoción de la salud" según el perfil del residente "Autónomo/Dependiente" al ingreso (instrumento BVD)

	Autónomo (n=231)		Dependiente (n=916)		Total de residentes (n=1.147)		P
	N	%	N	%	N	%	
Déficit de actividades recreativas	5	2,2	32	3,5	37	3,2	NS
Estilo de vida sedentario	9	3,9	38	4,1	47	4,1	NS
Gestión ineficaz de la propia salud	11	4,8	27	2,9	38	3,3	NS

El valor de p corresponde al de la ch-cuadrado de Pearson; NS: no significativo.

Prevalencia de los diagnósticos de enfermería del Dominio 2: "Nutrición" según el perfil del residente "Autónomo/Dependiente" al ingreso (instrumento BVD)

	Autónomo (n=231)		Dependiente (n=916)		Total de residentes (n=1.147)		P
	N	%	N	%	N	%	
Deterioro de la deglución	0	0,0	14	1,5	14	1,2	NS
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	9	3,9	49	5,3	58	5,1	NS
Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades	6	2,6	20	2,2	26	2,3	NS
Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades	12	5,2	25	2,7	37	3,2	NS
Riesgo de deterioro de la función hepática	0	0,0	1	0,1	1	0,1	NS
Riesgo de nivel de glucemia inestable	9	3,9	36	3,9	45	3,9	NS
Déficit de volumen de líquidos	2	0,9	6	0,7	8	0,7	NS
Exceso de volumen de líquidos	1	0,4	1	0,1	2	0,2	NS
Riesgo de déficit de volumen de líquidos	3	1,3	19	2,1	22	1,9	NS
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	1	0,4	7	0,8	8	0,7	NS

El valor de p corresponde al de la ch-cuadrado de Pearson; NS: no significativo.

Prevalencia de los diagnósticos de enfermería del Dominio 3: "Eliminación e intercambio" según el perfil del residente "Autónomo/Dependiente" al ingreso (instrumento BVD)

	Autónomo (n=231)		Dependiente (n=916)		Total de residentes (n=1147)		P
	N	%	N	%	N	%	
Deterioro de la eliminación urinaria	0	0,0	48	5,2	48	4,2	<0,001
Disposición para mejorar la eliminación urinaria	2	0,9	7	0,8	9	0,8	NS
Incontinencia Urinaria de esfuerzo	2	0,9	15	1,6	17	1,5	NS
Incontinencia urinaria de urgencia	18	7,8	60	6,6	78	6,8	NS
Incontinencia urinaria funcional	6	2,6	316	34,5	322	28,1	<0,001
Incontinencia urinaria por rebosamiento	0	0,0	1	0,1	1	0,1	NS
Incontinencia urinaria refleja	2	0,9	30	3,3	32	2,8	<0,05
Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia	3	1,3	16	1,7	19	1,7	NS
Retención urinaria	0	0,0	3	0,3	3	0,3	NS
Diarrea	2	0,9	0	0,0	2	0,2	<0,05
Estreñimiento	20	8,7	112	12,2	132	11,5	NS
Estreñimiento subjetivo	0	0,0	6	0,7	6	0,5	NS
Riesgo de estreñimiento	7	3,0	38	4,1	45	3,9	NS
Incontinencia fecal	5	2,2	206	22,5	211	18,4	<0,001
Motilidad gastrointestinal disfuncional	0	0,0	2	0,2	2	0,2	NS
Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	1	0,4	1	0,1	2	0,2	NS
Deterioro del intercambio de gases	6	2,6	23	2,5	29	2,5	NS

El valor de p corresponde al de la ch-cuadrado de Pearson; NS: no significativo.

Prevalencia de los diagnósticos de enfermería del Dominio 4: "Actividad/Reposo" según el perfil del residente "Autónomo/Dependiente" al ingreso (instrumento BVD)

	Autónomo (n=231)		Dependiente (n=916)		Total de residentes (n=1147)		P
	N	%	N	%	N	%	
Insomnio	0	0,0	0	0,0	0	0,0	NA
Trastorno del patrón del sueño	30	13,0	132	14,4	162	14,1	NS
Deprivación del sueño	1	0,4	6	0,7	7	0,6	NS
Disposición para mejorar el sueño	1	0,4	16	1,7	17	1,5	NS
Deterioro de la deambulación	18	7,8	206	22,5	224	19,5	<0,001
Deterioro de la habilidad de traslación	2	0,9	91	9,9	93	8,1	<0,001
Deterioro de la movilidad en la cama	0	0,0	34	3,7	34	3,0	<0,01
Deterioro de la movilidad en silla de ruedas	0	0,0	56	6,1	56	4,9	<0,001
Deterioro de la movilidad física	7	3,0	197	21,5	204	17,8	<0,001
Riesgo de síndrome por desuso	0	0,0	1	0,1	1	0,1	NS
Fatiga	3	1,3	10	1,1	13	1,1	NS
Vagabundeo	0	0,0	15	1,6	15	1,3	<0,05
Intolerancia a la actividad	2	0,9	7	0,8	9	0,8	NS
Riesgo de intolerancia a la actividad	4	1,7	10	1,1	14	1,2	NS
Patrón respiratorio ineficaz	1	0,4	1	0,1	2	0,2	NS
Riesgo de perfusión renal ineficaz	8	3,5	19	2,1	27	2,4	NS
Perfusión tisular ineficaz	0	0,0	9	1,0	9	0,8	NS
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	1	0,4	0	0,0	1	0,1	<0,05
Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca	1	0,4	0	0,0	1	0,1	<0,05
Deterioro de la ventilación espontánea	0	0,0	1	0,1	1	0,1	NS
Déficit de autocuidado: Alimentación	2	0,9	203	22,2	205	17,9	<0,001
Déficit de autocuidado: Baño	30	13,0	644	70,3	674	58,8	<0,001
Déficit de autocuidado: Uso del inodoro	3	1,3	151	16,5	154	13,4	<0,001
Déficit de autocuidado: Vestido	10	4,3	480	52,4	490	42,7	<0,001
Deterioro de mantenimiento del hogar	0	0,0	2	0,2	2	0,2	NS

El valor de p corresponde al de la ch-cuadrado de Pearson; NS: no significativo; NA: no aplica.

Prevalencia de los diagnósticos de enfermería del Dominio 5: "Percepción y Cognición" según el perfil del residente "Autónomo/Dependiente" al ingreso (instrumento BVD)

	Autónomo (n=231)		Dependiente (n=916)		Total de residentes (n=1.147)		P
	N	%	N	%	N	%	
Desatención unilateral	0	0,0	2	0,2	2	0,2	NS
Confusión aguda	1	0,4	11	1,2	12	1,0	NS
Confusión crónica	0	0,0	13	1,4	13	1,1	NS
Riesgo de confusión aguda	2	0,9	3	0,3	5	0,4	NS
Conocimientos deficientes	2	0,9	17	1,9	19	1,7	NS
Deterioro de memoria	0	0,0	0	0,0	0	0,0	NA
Deterioro de la comunicación verbal	1	0,4	30	3,3	31	2,7	<0,05

El valor de p corresponde al de la ch-cuadrado de Pearson; NS: no significativo; NA: no aplica.

Prevalencia de los diagnósticos de enfermería del Dominio 6: "Autopercepción" según el perfil del residente "Autónomo/Dependiente" al ingreso (instrumento BVD)

	Autónomo (n=231)		Dependiente (n=916)		Total de residentes (n=1.147)		P
	N	%	N	%	N	%	
Desesperanza	0	0,0	3	0,3	3	0,3	NS
Riesgo de soledad	0	0,0	1	0,1	1	0,1	NS
Baja autoestima crónica	0	0,0	3	0,3	3	0,3	NS
Baja autoestima situacional	0	0,0	4	0,4	4	0,3	NS
Riesgo de baja autoestima situacional	1	0,4	7	0,8	8	0,7	NS
Trastorno de la imagen corporal	2	0,9	1	0,1	3	0,3	<0,05

El valor de p corresponde al de la ch-cuadrado de Pearson; NS: no significativo.

Prevalencia de los diagnósticos de enfermería del Dominio 9: "Afrontamiento y Tolerancia al estrés" según el perfil del residente "Autónomo/Dependiente" al ingreso (instrumento BVD)

	Autónomo (n=231)		Dependiente (n=916)		Total de residentes (n=1.147)		P
	N	%	N	%	N	%	
Síndrome de estrés de traslado	2	0,9	2	0,2	4	0,3	NS
Riesgo de síndrome de estrés de traslado	3	1,3	1	0,1	4	0,3	<0,05
Riesgo de síndrome postraumático	0	0,0	1	0,1	1	0,1	NS
Afrontamiento defensivo	2	0,9	4	0,4	6	0,5	NS
Afrontamiento ineficaz	2	0,9	3	0,3	5	0,4	NS
Ansiedad	1	0,4	12	1,3	13	1,1	NS
Deterioro generalizado del adulto	0	0,0	4	0,4	4	0,3	NS
Duelo	2	0,9	1	0,1	3	0,3	<0,05
Temor	2	0,9	0	0,0	2	0,2	<0,01

El valor de p corresponde al de la ch-cuadrado de Pearson; NS: no significativo.

Prevalencia de los diagnósticos de enfermería del Dominio 11: "Seguridad / Protección" según el perfil del residente "Autónomo/Dependiente" al ingreso

	Autónomo (n=231)		Dependiente (n=916)		Total de residentes (n=1.147)		P
	N	%	N	%	N	%	
Riesgo de infección	1	0,4	2	0,2	3	0,3	NS
Riesgo de aspiración	1	0,4	26	2,8	27	2,4	<0,05
Riesgo de caídas	30	13,0	238	26,0	268	23,4	<0,001
Deterioro de la dentición	38	16,5	100	10,9	138	12,0	<0,05
Deterioro de la integridad cutánea	6	2,6	65	7,1	71	6,2	<0,05
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	7	3,0	185	20,2	192	16,7	<0,001
Deterioro de la integridad tisular	0	0,0	1	0,1	1	0,1	NS
Riesgo de lesión	1	0,4	5	0,5	6	0,5	NS
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	6	2,6	7	0,8	13	1,1	<0,05
Deterioro de la mucosa oral	2	0,9	7	0,8	9	0,8	NS
Riesgo de traumatismo	0	0,0	17	1,9	17	1,5	<0,05
Automutilación	1	0,4	0	0,0	1	0,1	<0,05
Riesgo de suicidio	1	0,4	0	0,0	1	0,1	<0,05
Riesgo de violencia dirigida a otros	2	0,9	9	1,0	11	1,0	NS
Riesgo de intoxicación	0	0,0	1	0,1	1	0,1	NS
Hipertermia	5	2,2	7	0,8	12	1,0	NS
Hipotermia	1	0,4	3	0,3	4	0,3	NS
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	0	0,0	6	0,7	6	0,5	NS
Termoregulación ineficaz	1	0,4	1	0,1	2	0,2	NS

El valor de p corresponde al de la ch-cuadrado de Pearson; NS: no significativo.

Prevalencia de los diagnósticos de enfermería de los Dominios 7, 10 y 12 según el perfil del residente "Autónomo/Dependiente" al ingreso (instrumento BVD)

	Autónomo (n=231)		Dependiente (n=916)		Total de residentes (n=1.147)		P
	N	%	N	%	N	%	
Dominio 7: "Rol/Relaciones"							
Cansancio del rol de cuidador	1	0,4	3	0,3	4	0,3	NS
Dominio 10: "Principios vitales"							
Incumplimiento	2	0,9	7	0,8	9	0,8	NS
Dominio 12: "Confort"							
Dolor agudo	1	0,4	0	0,0	1	0,1	NS
Dolor crónico	1	0,4	9	1,0	10	0,9	NS

El valor de p corresponde al de la ch-cuadrado de Pearson; NS: no significativo.

