

**PERFIL DE LAS PERSONAS MAYORES USUARIAS DE RESIDENCIAS DE ASISTIDOS
PROFILE OF THE OLDER PEOPLE THAT USE ASSISTED LIVING RESIDENCES**

**Carlos Dosil Díaz, Patricia María Iglesias Souto, Eva M^a Taboada Ares,
Agustín Dosil Maceira y José Eulogio Real Deus**

Universidad de Santiago de Compostela.
piglesias@euts.es

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v5.685>

*Fecha de Recepción: 23 Febrero 2014
Fecha de Admisión: 30 Marzo 2014*

ABSTRACT:

The nursing homes (residences) for older people that are dependent (commonly referred to assisted or assisted living) are conceived nowadays, as open gerontology centers for personal development, and where an interprofessional socio-health care is provided. They represent facilities providing specialized and comprehensive care to people who have high levels of dependency. Therefore, they are aimed at users who respond to an specific profile: people with disabilities as result of degenerative or neurological diseases, with serious difficulties in ambulation, with a high degree of senility and/or in a situation of dependency due to a mental disorder.

In this work, we study the profile of users of state residences with assisted living in Galicia through the analysis of their health, functional, cognitive and social status, and we evaluate the degree of coincidence with the type profile to whom these centers aim to target.

The results obtained indicate that, although most people in assisted living residences show functional dependence and cognitive problems, a major part of them, could get adequate care, according to their characteristics and those of their social network, in community-based services, such as home help service or day centers.

Key words: Older people, Social services, Assisted living residences.

RESUMEN:

Las residencias para personas mayores en situación de dependencia (habitualmente denominadas de asistidos) son concebidas, en la actualidad, como centros gerontológicos abiertos, de desarrollo personal, y donde se presta una atención interprofesional de tipo sociosanitario. Constituyen equipamientos destinados a la atención especializada integral de personas que presentan elevados niveles de dependencia. Por tanto, están dirigidas a usuarios que encajen en un perfil específico: personas incapacitadas a consecuencia de enfermedades degenerativas o neurológicas, con graves

PERFIL DE LAS PERSONAS MAYORES USUARIAS DE RESIDENCIAS DE ASISTIDOS PROFILE OF THE OLDER PEOPLE THAT USE ASSISTED LIVING RESIDENCES

dificultades para la deambulaci3n, con alto grado de senilidad y/o en situaci3n de dependencia a causa de un trastorno psuico.

En este trabajo se estudia el perfil de los usuarios de residencias públicas para personas asistidas en Galicia, a través del análisis de su situaci3n de salud, funcional, cognitiva y social, y se valora el grado de coincidencia con el perfil tipo al que van dirigidos estos centros.

Los resultados obtenidos permiten concluir que, si bien, la mayor parte de las personas que viven en residencias de asistidos presentan dependencia funcional y problemas cognitivos, una parte importante de ellas, podra ser adecuadamente atendida, de acuerdo a sus características y a las de su red social, en servicios de tipo comunitario, como el servicio de ayuda a domicilio o los centros de día.

Palabras clave: Personas mayores, Servicios Sociales, Residencias.

INTRODUCCI3N

Las residencias son centros destinados a la vivienda común, ya sea permanente o temporal, en la que se presta una asistencia integral y continua a las personas mayores. Tradicionalmente se han dividido en tres tipos: de válidos, de asistidos y mixtas. Las residencias de válidos ofrecen servicios equivalentes a los del hogar a personas que todavía pueden valerse por sí mismas. Las de asistidos constituyen centros gerontol3gicos de atenci3n especializada integral a mayores que presentan elevados niveles de dependencia (demencia, incapacidad de locomoci3n, etc.). Están destinadas a usuarios que encajen en un perfil específico: personas incapacitadas a consecuencia de enfermedades degenerativas o neurol3gicas, con graves dificultades para la deambulaci3n, con alto grado de senilidad y/o en situaci3n de dependencia a causa de un trastorno psuico. Por último, las residencias mixtas están equipadas para atender las necesidades de ambos tipos de residentes (válidos y no válidos).

Las personas mayores muestran una preferencia clara por permanecer el máximo tiempo posible en sus hogares, y son reacias al ingreso en un centro residencial. No obstante, en aquellos casos donde concurren altos niveles de dependencia y un apoyo social informal insuficiente o precario, recibir atenci3n en uno de estos centros puede ser la mejor garantía de una buena calidad de vida para el mayor.

En este sentido, son numerosos los estudios que han analizado los factores que se asocian al uso de residencias, los cuales pueden ser agrupados en tres categorías: demográficos, relacionados con la salud física y mental, y de tipo social.

En relaci3n a los primeros, la edad avanzada, el sexo femenino, no tener c3nyuge y/o hijos, y poseer un bajo nivel socioecon3mico, son las variables que habitualmente caracterizan a los usuarios de este tipo de servicios (Dizy, 2008; Finlayson, 2002, IMSERSO, 2009).

El segundo grupo de factores, más importante incluso que el anterior, es el de los relacionados con la salud y el estado físico y cognitivo. Los mayores institucionalizados suelen ser personas con un mal estado de salud (Miller y Weissert, 2000), y está comprobado que la dependencia para la realizaci3n de las actividades de la vida diaria (Cohen, Gold, Shulman, Wortley, McDonald, y Wargon, 1993; Gaugler, Edwards, Femia, Zarit, Stephens, Townsend, et al., 2000; Osterweill, Martin y Sydulko, 1995; Reuben, Siu y Kimpau, 1992;) y la presencia de deterioro cognitivo (Osterweill, et al., 1995; Rice, Fox, Max, Webber, Lindeman, Hauch et al., 1993; Wollinsky, Callahan, Fitzgerald y Johnson, 1993) incrementan significativamente el riesgo de ingreso.

El apoyo social es también un factor crítico en el uso de residencias (Freedman, Berkman, Rapp y Ostfeld, 1994). El c3nyuge es el principal proveedor de apoyo social, pero también los hijos, otros familiares y los amigos pueden proporcionar el apoyo necesario para prevenir la institucionalizaci3n (Freedman, 1996) mientras que la soledad es un factor clave en el ingreso en este tipo de centros (Dizy, 2008).

La calidad de la relación con los cuidadores es un factor del apoyo social que resulta determinante en el proceso de institucionalización. Estudios recientes han constatado que las personas mayores dependientes tienen un mayor riesgo de sufrir malos tratos y comportamientos potencialmente dañinos por parte de sus cuidadores (Beach, Schulz, Williamson, Miller, Weiner y Lance, 2005; Williamson y Shaffer, 2001) y que la presencia de este tipo de conductas es un factor predictor de institucionalización entre personas mayores dependientes que viven en la comunidad (Sasaki, Arai y Arai, 2008).

El conocimiento de los factores que se asocian al uso de residencias y del perfil de los mayores que deben acceder a este tipo de centros, no siempre se ha traducido, en la práctica, en una correcta ubicación de estos en los mismos. Un ejemplo de ello lo constituye el estudio de la Fundación Sar (2007) sobre usuarios de residencias de distintas Comunidades Autónomas en el que se identificaron seis perfiles diferentes, de los cuales solo cuatro se corresponderían con el de personas que requieren el ingreso permanente en una residencia. No obstante, el ajuste entre el perfil del usuario y las características del servicio es un factor clave en la calidad de la atención, que debe ser priorizado a la hora de asignar los recursos.

OBJETIVOS

- Conocer el perfil de las personas mayores usuarias de residencias de asistidos de titularidad pública en Galicia.
- Analizar el ajuste de las características de los usuarios a las prestaciones y servicios proporcionados por los centros.

MÉTODO

Participantes

La muestra estaba formada por 150 sujetos, de los cuales el 78.7% eran mujeres. La media de edad era de 84.8 años ($SD = 8.05$; rango: 62-101). El 47.3% de los sujetos eran personas viudas, el 30.7% solteras, el 19.3% casadas y el 2.7% estaban separadas/divorciadas. Más de las tres cuartas partes (76%) no poseía estudios, el 22% tenía estudios primarios y sólo el 2% había cursado estudios superiores. En cuanto al nivel socioeconómico, el 76.0% poseía unos ingresos iguales o inferiores al salario mínimo interprofesional. El origen de procedencia, en función de la ubicación de la residencia, correspondía en el 50.0% de los casos al medio rural y en el 50.0% restante al medio urbano.

Procedimiento

Para la realización del estudio se solicitó autorización por escrito a la Subdirección Xeral de Autorización e Inspección de Centros de la Xunta de Galicia y, una vez obtenida, se contactó con los directores de los centros para solicitar su colaboración. La recogida de datos, totalmente anónima, fue realizada por varios miembros del equipo investigador que se desplazaban a los centros. En aquellos casos en que los usuarios podían participar en el estudio directamente, la información era recogida a través de ellos, una vez que daban su consentimiento para participar en la investigación. Se les advertía de que aquellos datos que no pudiesen facilitar por sí mismos, serían solicitados al personal del Centro. Cuando los usuarios no podían expresar su consentimiento y participar directamente en la recogida de datos se siguieron dos vías, en función del criterio de los responsables de los centros: a) establecer, a través del Centro, contacto con el familiar que estaba a cargo del usuario, quien decidía sobre la participación del mismo en el estudio y colaboraba aportando los datos que no obraban en poder del Centro, y b) el Centro facilitaba los datos a los investigadores tras la firma de un documento de confidencialidad. Participaron en el estudio cinco residencias públicas de Galicia.

PERFIL DE LAS PERSONAS MAYORES USUARIAS DE RESIDENCIAS DE ASISTIDOS PROFILE OF THE OLDER PEOPLE THAT USE ASSISTED LIVING RESIDENCES

Instrumentos

Se obtuvo información sobre cuatro variables: salud, capacidad funcional, estado cognitivo y situación social de los participantes. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- Un *Cuestionario sobre salud* elaborado *ad hoc* para esta investigación, del que se obtienen datos sobre enfermedades diagnosticadas, consumo de fármacos y hospitalización.

- El *Índice de Barthel* (Mahoney y Barthel, 1965): mide la capacidad para realizar las ABVD. Está formado por 10 ítems mediante los que se puntúa la ejecución del sujeto en una escala de 0 a 100 puntos, indicando las puntuaciones más altas un mayor nivel de independencia. Se interpretó siguiendo la propuesta de Baztán, González y del Ser (1994) según la cual las puntuaciones se agrupan en cuatro niveles de dependencia: <20= dependencia total, 20-35= dependencia grave, 40-55= dependencia moderada y ≥ 60 = dependencia leve. Se asume también que las personas que obtienen una puntuación de 100 pueden calificarse como independientes, creándose así una quinta categoría.

- El *Índice de Lawton* o *Philadelphia Geriatric Centre Activities of Daily Living* (Lawton, 1972; Lawton y Brody, 1969): valora la capacidad para realizar ocho actividades instrumentales. Cada elemento se puntúa con un 1 cuando el sujeto es independiente para su realización y con un 0 cuando necesita ayuda. A mayor puntuación, mayor nivel de independencia.

- El *Cuestionario Breve de la Función Cognitiva*: se utilizó la versión española del Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) (Pfeiffer, 1975) elaborada por Martínez, Dueñas, Onís, Aguado, Albert y Luque (2001). Se trata de una escala de *screening* para la evaluación de la función cognitiva, que valora, a través de 10 ítems, orientación, memoria y cálculo. Se registra un punto por cada error, con lo que la puntuación máxima que puede obtenerse es de 10 puntos, lo que indica el mayor grado de deterioro.

- El *Inventario de Recursos Sociales en Ancianos* (Díaz Veiga, 1985): evalúa cuatro aspectos: tamaño de la red social, tipo de apoyo (emocional e instrumental) proporcionado por ésta, frecuencia de las relaciones con los componentes de la red y satisfacción con las relaciones. Se divide en cuatro secciones dedicadas al cónyuge, los hijos, otros familiares y los amigos/vecinos. Se obtienen dos tipos de puntuaciones: a) puntuaciones objetivas referidas al número de áreas de interacción, las fuentes de apoyo emocional y las fuentes de apoyo instrumental (cada una de 1 a 4) y b) puntuaciones referidas al grado de satisfacción para cada una de las áreas de interacción (cada una de 1 a 3).

RESULTADOS

Salud

Los principales problemas de salud que presentaban los participantes eran de tipo neurológico (61.0%) seguidos de los relacionados con enfermedades óseoarticulares (59.3%). Otros problemas relativamente frecuentes eran la hipertensión (38.2%), los digestivos (35.8%) y los urinarios (33.3%).

Más de la mitad (61.0%) tenía diagnosticadas entre cuatro y seis enfermedades y el 30.1% entre una y tres. En consecuencia, el consumo de fármacos en la muestra era elevado. El 60.9% tomaba entre cinco y nueve, el 20.4% entre uno y cuatro y el 17.9% más de nueve.

En el último año habían sido hospitalizados 23 usuarios, que representaban el 18.7% de la muestra.

Capacidad funcional

El 84.7% presentaba una dependencia total para la realización de las AIBV, y en el 9.3% de los casos el nivel de dependencia era grave. Sin embargo, había algunos sujetos que eran indepen-

dientes (2.0%) o solo tenían una dependencia leve (1.3%) a este nivel. En cuanto a la capacidad funcional a nivel básico, la dependencia total afectaba a casi la mitad de los sujetos (48.7%). Sin embargo, cabe destacar que un 32.0% presentaba una dependencia leve y un 12.0% moderada.

Estado cognitivo

Aproximadamente la mitad de los sujetos (48.0%) obtuvieron puntuaciones en el SPMSQ indicativas de un deterioro cognitivo grave, seguidas de un 24.0% de casos donde el deterioro era moderado. Señalar, no obstante, que un 16.7% no presentaba deterioro cognitivo y en el 11.3% restante, este era leve.

Ámbito social

La red social estaba formada, en la mayoría de los casos, por uno (39.3%) o dos componentes (35.2%), aunque un 18.8% disponía de una red de mayor tamaño. Solo el 19.3% tenía cónyuge y el 57.3% tenía hijos. En la mayoría de los casos (72.0%) había otros familiares dentro de la red y en casi la cuarta parte (23.3%) se informó de la presencia de amigos.

A pesar de la existencia de red, el 20% de los usuarios de residencias no recibían apoyo emocional de ninguno de sus componentes y este porcentaje se elevaba al 60% en relación al apoyo instrumental (véase Tabla 1).

Tabla 1.
Número de fuentes de las que se recibe apoyo en función de los servicios estudiados

Variable	Residencia	
	<i>n</i>	%
<i>Emocional</i>		
0	30	20.0
1	62	41.3
2	36	24.0
3	15	10.0
4	7	4.7
Total	150	100.0
<i>Instrumental</i>		
0	90	60.0
1	55	36.7
2	4	2.7
3	1	0.6
4		
Total	150	100.0

Las relaciones eran muy frecuentes con el cónyuge y los hijos (64.5% y 58.8%, respectivamente) pero muy poco con los otros familiares y los amigos/vecinos (48.6% y 54.5% respectivamente), aún así los sujetos que, de acuerdo a su buen estado cognitivo, pudieron ser preguntados sobre su nivel de satisfacción, informaron de altos niveles del mismo para todos los componentes de la red, especialmente el cónyuge y los hijos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las personas que vivían en residencias presentaban unos elevados niveles de dependencia funcional y cognitiva. El 84.7% y el 48.7%, respectivamente, era totalmente dependiente a nivel instrumental y básico. Casi las tres cuartas partes de los usuarios de este servicio (72.0%) sufría deterioro cognitivo moderado o grave y, a nivel social, aunque el 74.6% contaba con una red de uno o dos miembros, el 6.7% estaba completamente solo. Estos resultados apoyan los de estudios previos en los que la dependencia funcional, el deterioro cognitivo y la falta de apoyo social han sido identificados como predictores de uso de este tipo de servicios (Cohen, Gold, Shulman, Wortley, McDonald, y Wargon, 1993; Gaugler, Edwards, Femia, Zarit, Stephens, Townsend, et al., 2000; Reuben, Siu y Kimpau, 1992; Osterweill, Martin y Syndulko, 1995; Rice, Fox, Max, Webber, Lindeman, Hauch et al., 1993; Wollinsky, Callahan, Fitzgerald y Johnson, 1993) incrementan significativamente el riesgo de ingreso.

No obstante, se identificaron también usuarios cuyas características no se correspondían con este perfil. Se trata de personas que solo presentan una dependencia leve, requiriendo de ayuda puntual, aunque pueda ser de elevada intensidad para algunas actividades. Por sus características, y teniendo en cuenta que en algunos casos existe una red informal comprometida, estos sujetos podrían ser adecuadamente atendidos en servicios de tipo comunitario, menos costosos y mejor aceptados por los mayores.

REFERENCIAS

- Baztán, J. J., Pérez, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G., y Manzarbeitia, J. (1993). Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 28(1), 32-40.
- Beach, S. R., Shultz, R., Williamson, G. M., Miller, L. S., Weiner, M. F., y Lance, C. E. (2005). Risk factors for potentially harmful informal caregiver behaviour. *Journal of the American Geriatric Society*, 53(2), 255-261.
- Cohen, C. A., Gold, D. P., Shulman, K. I., Wortley, J. T., McDonald, G., y Wargon, M. (1993). Factors determining the decision to institutionalize dementing individuals: A prospective study. *The Gerontologist*, 33(6), 714-720.
- Díaz Veiga, P. (1985). *Redes sociales y comportamiento afectivo en ancianos*. Memoria de licenciatura no publicada. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Dizy, D. (Dir.) (2008). *Economía y personas mayores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Finlayson, M. (2002). Changes predictin long-term care use among the oldes-old. *The Gerontologist*, 42(4), 443-453.
- Freedman, V. A. (1996). Family structure and the risk of nursing home admission. *Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 51B(2), S61-S69.
- Freedman, V. A., Berkman, L. F., Rapp, S. R., y Ostfeld, A.M. (1994). Family networks: predictors of nursing home entry. *American Journal of Public Health*, 79(6), 698-702.
- Gaugler, J. E., Edwards, A. B., Femia, E. E., Zarit, S. H., Stephens, M. A. P., Townsend, A., et al. (2000). Predictors of institutionalization of cognitively impaired older adults: Family help and the timing of placement. *Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55B(4), P247-P256.
- IMSERSO (2009). *Las personas mayores en España. Informe 2008*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Lawton, M. P. (1972). Assessing the competence of older people. En D. Kent, R. Kastenbaum y S. Sherwood (Eds.), *Research planning and action for the elderly* (122-143). Nueva York: Behavioral Publications.

- Lawton, M. P. y Brody, E. M. (1969). Assessment of older people self-maintainign and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, *9*(3-1), 179-186.
- Mahoney, F. I. y Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, *14*, 61-65.
- Martínez, J., Dueñas, R., Onís, M. C., Aguado, C., Albert, C., y Luque, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, *117*(4), 129-34.
- Osterweil, D., Martin, M., y Sydulko, K. (1995). Predictors of skilled nursing placement in a multi-level long-term-care facility. *Journal of the American Geriatrics Society*, *43*(2), 108-112.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assesment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society*, *23*, 433-411.
- Reuben, D. B., Siu, A. L., y Kimpau, S. (1992). The predictive validity of self-report and performance-based measures of function and health. *Journal of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *47A*(4), M106-M110.
- Rice, D. Fox, P. Max, W., Webber, P., Lindeman, D., Hauch, W., et al. (1993). The economic burden of Alzheimer´s disease care. *Health Affairs*, *12*(2), 164-176.
- Sasaki, M., Arai, A., y Arai, Y. (2008). Factors related to institutionalization amogn disabled older people; a two-year longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *23*(1), 113-115.
- Williamson, G. M. y Shaffer, D.R. (2001). The Family Relationships in Late Life Project. 2001. Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: how we were then, how we are now. *Psychological Aging*, *16*(2), 217-226.
- Wollinsky, F.D., Callahan, C.M., Fitzgerald, J.F. y Johnson, R.J. (1993). Changes in functional status and the risk of subsequent nursing home placement and death. *Journal of Gerontology. Serires B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *48*(3), S93-S101.

