



E. Gonzalo Jiménez

Escuela Andaluza de Salud Pública.
Granada.

Necesidades y demandas actuales de la población mayor. Repercusiones en el espacio domiciliario

Current needs and demands in the elderly population. Repercussions in home space

Conferencia pronunciada durante las 1.ª JORNADAS IMSERSO-SEEGG. Madrid, 22 y 23 Noviembre 2000.

Me gustaría, en primer lugar, agradecer a la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG) y al IMSERSO la oportunidad de participar en estas jornadas exponiendo un tema al que dedico gran parte de mi tiempo y de mi interés profesional. Desde un enfoque enfermero, desde el que me sitúo, las personas mayores representan la clientela por excelencia y una oportunidad para demostrar el impacto de una buena oferta de cuidados.

Se me ha pedido que hable de las necesidades de las personas mayores desde un punto de vista sociosanitario y orientado a la atención en el domicilio. Abordaré durante mi exposición los siguientes temas:

– En primer lugar trataré de identificar a las personas mayores recurriendo tanto a la información sociodemográfica disponible como al análisis de su propio discurso, valiéndome de investigaciones recientes realizadas desde una perspectiva cualitativa.

– Hablaré, en segundo lugar, de los problemas más prevalentes entre los mayores desde su propia perspectiva así como desde las de los sectores sanitario y social. Igualmente, me apoyaré en estudios recientes realizados en nuestro entorno.

– Por último, plantearé algunas reflexiones a tener en cuenta para orientar los servicios destinados a que las necesidades de las personas mayores puedan ser atendidas en el entorno comunitario.

LAS PERSONAS MAYORES: MITOS Y REALIDADES

El uniforme de la vejez agrupa a un número importante y creciente de ciudadanos europeos cuya proporción respecto a la población general es diferente según los países –entre algo más de un 11% en Irlanda y casi un 18% en Suecia–. España con un 15,4% se ha sumado tardía pero eficazmente al fenómeno del envejecimiento poblacional; se calcula que la proporción continuará aumentando al menos hasta el año 2025 y durante la próxima década a costa, sobre todo, de los más mayores –los que pasaron la frontera de los 80–. La mayor esperanza de vida de las mujeres hace que ellas aventajen en número a los hombres: en España hay 70 hombres mayores de 65 años por cada 100 mujeres de la misma edad y sólo 45 para el mismo número, entre quienes han cumplido los 85.



Bajo el uniforme de la vejez descubrimos, como ya se ha señalado con insistencia, a un grupo heterogéneo unificado artificialmente sobre un criterio de mercado laboral —la edad de jubilación— que soslaya las diferencias individuales y sociales en torno a una única característica, ni siquiera común a todo el grupo: el abandono del trabajo remunerado. Llama la atención el arraigo social de los 65 años como frontera entre la edad adulta y la vejez cuando las diferentes políticas de empleo y jubilación han llevado a que en la Unión Europea, sin ir más lejos, existan países donde la mitad de las personas mayores de 65 años se mantienen laboralmente activas junto a otros —España por ejemplo— en los cuales sólo 1 de cada 100 mujeres y 3 de cada 100 hombres desempeñan actividades remuneradas después de esa edad.

El indicador sociodemográfico de *dependencia* representa la relación entre las personas supuestamente *mantenidas* y las que *cotizan*; el numerador incluye a los menores de 15 años junto a los mayores de 65 y el denominador a las personas *en edad de trabajar* y, sin embargo, la dependencia económica es otra de las ideas radicalmente falsa, aunque aceptada socialmente, sobre las personas mayores. En un reciente estudio de situación realizado por el IMSERSO con la colaboración del CIS sólo una de cada 5 personas mayores de 65 años afirmaba depender económicamente de algún familiar. En realidad, cada vez más personas mayores contribuyen a la economía familiar apoyando o incluso sosteniendo económicamente a los más jóvenes —en España, durante la década 81-91 se incrementaron en un 35% los hogares en los cuales la fuente principal de ingresos era una persona mayor— y realizando actividades tradicionalmente reproductivas como cuidar de los nietos (1).

No obstante, se ha configurado una identidad social de la vejez caracterizada por los rasgos negativos de obsolescencia, deterioro físico y desvalimiento. La imagen resultante contribuye a afianzar la preocupación por los costes para hacer frente a las necesidades de servicios sanitarios y sociales derivadas del envejecimiento, aunque la discapacidad retrase cada vez más su llegada, los mayores generen una importante actividad económica como consumidores de ocio y servicios y, en países como el nuestro, la familia continúe siendo la principal proveedora de cuidados de quienes necesitan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Respecto a la distribución del cuidado entre los servicios formales e informales, el estudio *Cuidados y Cuidadores en el Sistema Informal de Salud* pone de manifiesto como, en la comunidad andaluza, una abrumadora proporción de la carga de cuidados es asumida por la familia; la participación más alta de los servicios formales —sanitarios o sociales— se produce en el cuidado de las personas mayores de 80 años y sólo alcanza al 3,6% de este grupo (2). Otras investigaciones de ámbito nacional aportan datos parecidos (3).

La tabla 1 recoge las ideas estereotipadas sobre las personas mayores descritas hasta aquí.



Tabla 1.

- Son mayores porque tienen más de 65 años.
- Son económicamente dependientes.
- Su perspectiva vital es la incapacidad y la muerte.
- Suponen una carga para los sectores sanitario y social.

El uniforme de la vejez oculta las diferencias personales, económicas, sociales que, como en otras edades, configuran la identidad de cada persona. El análisis del discurso de los propios mayores sobre su realidad ayuda a entender la diversidad existente dentro del grupo. A éste respecto, Hilario Sáez propone una tipología construida a partir de la información obtenida del diálogo entre los mayores que participaron en una investigación llevada a cabo mediante grupos de discusión (4). El análisis sugiere la coexistencia de cuatro identidades principales: un sector minoritario y en decadencia de las personas mayores, pertenecientes sobre todo a clases medias con patrimonio —urbanas o rurales—, se identifica con las características del *anciano* de la sociedad patriarcal. Enfatiza la sabiduría, la experiencia, la serenidad, cualidades que se ganan con la edad. Espera que en caso de necesidad sea la familia quién proporcione ayuda y considera la ayuda social estigmatizadora. Dos grupos mayoritarios, uno de ellos identificado con los estereotipos físicos negativos del *viejo* —enfermedad, pérdida de facultades y de valor—, integrado principalmente por personas mayores pertenecientes a clases trabajadoras que esperan de la sociedad ayuda para sobrevivir y otro adscrito a la definición institucional de *tercera edad*, con el que podrían identificarse gran parte de los mayores de las clases medias y bajas urbanas, al que representa una imagen antagónica del anterior, la de *no viejo*. Este grupo espera del Estado servicios que contribuyan al bienestar que considera le corresponde por derecho y aprovecha la oferta disponible. El cuarto grupo, todavía minoritario entre las personas mayores pero presumiblemente destinado a crecer, responde a una idea emergente del mayor —más extendida en los países del norte de Europa— caracterizada por el pro-

tagonismo de la identidad personal construida a lo largo de la vida y la relativización de la edad. A esta imagen se adscriben actualmente algunos mayores de clase media o alta que confían en el desarrollo de la sociedad civil, están dispuestos a participar y esperan poder adoptar soluciones privadas, en caso de necesitar ayuda, considerando los servicios como subsidiarios.

LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS MAYORES. PERSPECTIVA SOCIOSANITARIA

La salud, junto a la situación económica y afectiva, es una de las principales fuentes de preocupación de las personas mayores. Salud significa, para ellas, capacidad para llevar con normalidad la vida cotidiana, se entiende como un elemento decisivo para sentirse bien, se le asigna valor como recurso que permite acceder a otros recursos. Por el contrario *mala salud* se relaciona con la pérdida de energías, las limitaciones para continuar cumpliendo con los respectivos papeles o la percepción de dolor (5). La enfermedad pasa a ser un hecho natural con el que se aprende a convivir siempre que no repercute excesivamente sobre la vida cotidiana. La figura 1 ilustra cómo una proporción importante

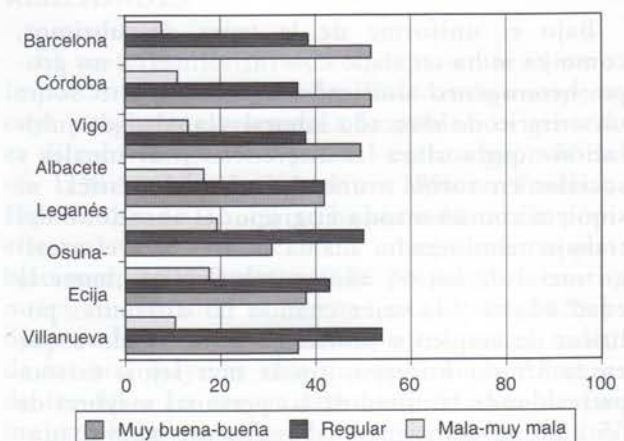


Fig. 1. Percepción de salud en mayores de 65 años según diversas encuestas en España (1992-1996). Fuente: informe SESPAS 1998.

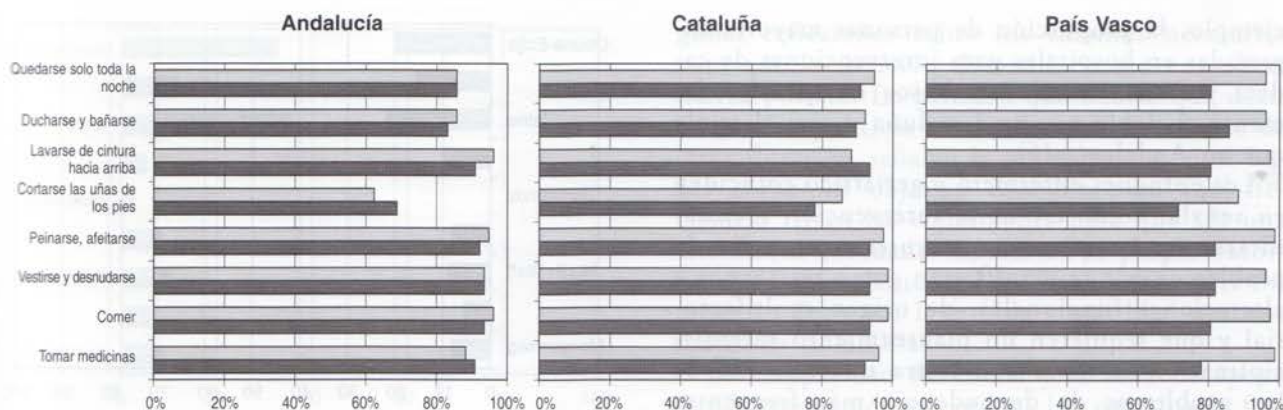


Fig. 2. Personas mayores independientes para realizar diferentes AVDs (1993/1997). Fuente: Informe Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el estado de las Autonomías. Resultados preliminares-BBVA. En prensa.

de las personas mayores en España consideran que disfrutan de buena salud.

La capacidad funcional para la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria se mantiene hasta más allá de los 75 años. En la figura 2 se comparan las proporciones de personas mayores de 65 años independientes para realizar diferentes actividades, en 3 Comunidades Autónomas, según las encuestas nacionales de salud de 1993 y 1997 (6). Se observa que la gran mayoría de los mayores —más del 80%— realizan sin ayuda las AVDs consideradas. Llama la atención como en el País Vasco, en el período entre las dos encuestas se ha incrementado en más de un 10% la proporción de personas mayores independientes.

Padecer una o más enfermedades crónicas es un hecho frecuente entre las personas mayores aunque la morbilidad tiende a comprimirse en torno a los últimos años de la vida y la esperanza de vida libre de incapacidad, a aumentar (7). Las enfermedades más frecuentes son las osteoarticulares, entre ellas la artrosis afecta a más de un 35% de los mayores, la hipertensión, la insuficiencia cardíaca, las patologías respiratorias, la diabetes y el accidente cerebrovascular agudo que afectan respectivamente a un 40%, 14%, 15% y 3% de los mayores de 65 años. La prevalencia de la enfermedad crónica es más elevada entre los ancianos que viven en residencias.

La figura 3 ilustra la proporción de personas mayores que padecen una o más enfermedades crónicas según la información obtenida en diferentes encuestas de salud realizadas en nuestro país.

Disminuir la variabilidad de las intervenciones y garantizar la equidad de acceso a servicios que han demostrado un alto impacto en evitar la incapacidad funcional, constituyen dos de los principales retos planteados al sector sanitario en relación con la enfermedad crónica. Por poner un

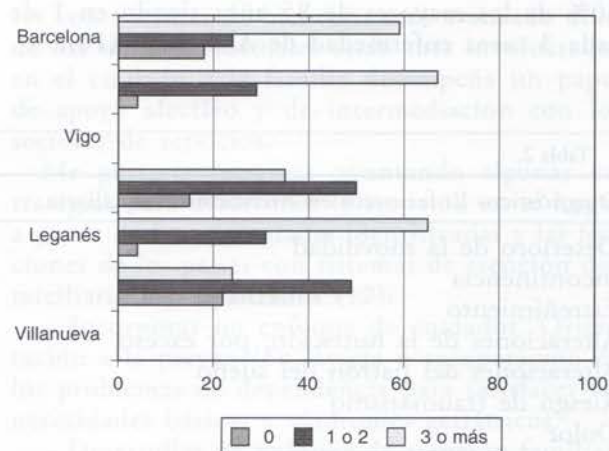


Fig. 3. Número de enfermedades crónicas en mayores según diferentes encuestas. Fuente: informe SESPAS 1998.



56 ejemplo, la proporción de personas mayores ingresadas en hospitales para intervenciones de cadera y fémur en el País Vasco es aproximadamente el doble que en Cataluña y casi el triple que en Andalucía (6).

Los enfoques enfermero y geriátrico coinciden en señalar como eje de la intervención sociosanitaria en las personas mayores, una serie de problemas que se manifiestan como trastornos o alteraciones funcionales, de origen multifactorial y que requieren un planteamiento interdisciplinario. La tabla 2 muestra una relación de los problemas de dependencia más frecuentes identificados por las enfermeras en los pacientes incluidos en programas de atención domiciliaria (9) y de los llamados Grandes Síndromes Geriátricos.

La importancia de estos trastornos reside por una parte en su impacto sobre la calidad de vida de los mayores —a los que instalan en la dependencia— y por otra en su alta incidencia. Según datos de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, entre un 10% y un 40% de las personas mayores padecen alguno de estos problemas siendo la inmovilidad, la incontinencia urinaria y los problemas de visión y audición los que afectan a un mayor número de personas.

Desde el punto de vista de su repercusión familiar, sociosanitaria y económica las demencias merecen especial mención; afectan a más del 30% de los mayores de 85 años siendo en 1 de cada 3 casos enfermedad de Alzheimer (10).

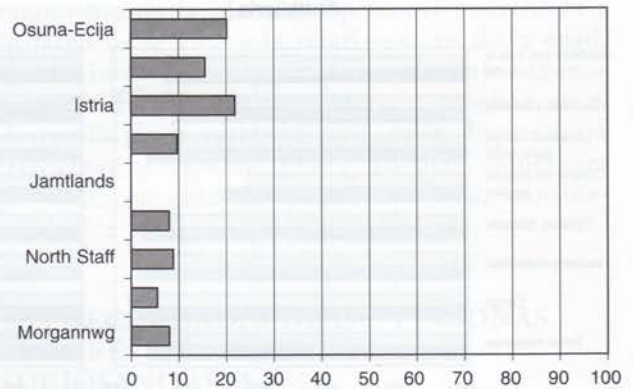


Fig. 4. Personas mayores de 70 años con déficit cognitivo en distritos de Reino Unido, Irlanda, Suecia, Finlandia, Croacia y España. Fuente: TTB/Elderly/Survey 1996.

En la figura 4 se ilustra la prevalencia de deterioro cognitivo en mayores de 70 años residentes en distritos de diferentes países europeos (11). Puede observarse como los distritos españoles (Castelldefels y Osuna-Écija) se encuentran entre los que presentan tasas más altas.

En cuanto a la sintomatología depresiva resulta difícil hablar de prevalencia ya que se utilizan muy diferentes instrumentos de medida. Estudios europeos encuentran tasas del 20% pero algunas investigaciones españolas aportan cifras mucho más altas, entre un 35% y un 40%. Su importancia estriba tanto en el impacto sobre el bienestar de los mayores como en su estrecha re-

Tabla 2.

Diagnósticos Enfermeros en Atención Domiciliaria	Grandes Síndromes Geriátricos
Deterioro de la movilidad	Inmovilidad
Incontinencia	Incontinencia
Estreñimiento	Malnutrición
Alteraciones de la nutrición: por exceso	Problemas sensoriales
Alteraciones del patrón del sueño	Depresión
Riesgo de traumatismo	Caídas
Dolor	Demencias
Deterioro de la integridad cutánea	Úlceras por presión
Cansancio en el desempeño del rol de cuidador	Polifarmacia
Afrontamiento familiar ineficaz	



ECOS

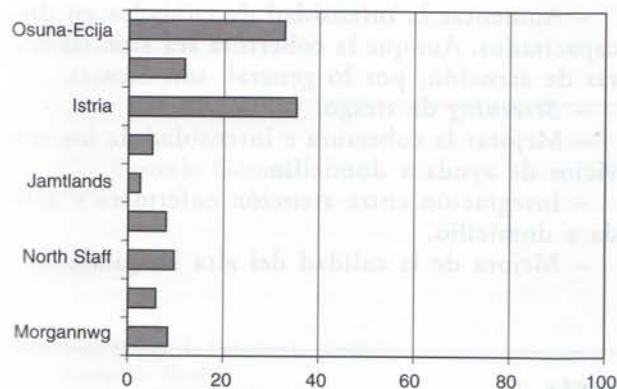


Fig. 5. Personas mayores de 70 años con sintomatología depresiva en distritos de Reino Unido, Irlanda, Suecia, Finlandia, Croacia y España. Fuente: TTB/Elderly/Survey 1996.

lación con la incapacidad y la demencia. La figura 5 muestra la proporción de ancianos con sintomatología depresiva en el estudio TTB/Elderly (11), antes mencionado. Se observará la alta proporción de mayores residentes en el distrito Osuna-Écija, en Andalucía con este problema. Uno de los argumentos que contribuye a explicar las diferencias es el desajuste entre la realidad y las expectativas de envejecimiento sobre todo en el medio rural.

Desde un punto de vista social los problemas de mayor impacto sobre la calidad de vida de las personas mayores son la pobreza, la soledad, las barreras estructurales y las dificultades de acceso a recursos y servicios. La pobreza afecta a 1 de cada 3 mayores aunque una proporción importante tiene que reducir sus gastos y modificar sus hábitos de consumo a consecuencia de la jubilación. Aproximadamente el 16% de los mayores viven solos, predominando en este grupo las mujeres viudas. La mayoría cuentan con algún familiar en el entorno próximo y se sienten satisfechos con las relaciones que mantienen (1).

REORIENTAR LOS SERVICIOS HACIA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Concluiré después de haber analizado las necesidades de las personas mayores haciendo al-

gunas reflexiones sobre los cambios necesarios para que la atención domiciliaria sea una alternativa posible. Lo primero que habría que decir es que las políticas orientadas a los cuidados de larga duración señalan la permanencia en el hogar como un objetivo deseable pero con frecuencia faltan las condiciones para que sea una alternativa adecuada. Cuidar en el propio entorno se convierte entonces en *ser cuidado por el entorno*, es decir por la familia y más bien por una mujer de la familia.

La incapacidad funcional y la falta de apoyo familiar son, por ese orden, los principales factores asociados a la decisión de solicitar plaza en una residencia. Los ejes entonces para convertir la atención en el hogar en una alternativa posible y adecuada deberán ser los cuidados para prevenir, recuperar, y ayudar en la discapacidad y la atención a las necesidades de las cuidadoras —cuidadores sólo en una minoría de los casos— informales. Y aunque la institucionalización no sea la primera de las opciones a veces es la única que puede garantizar la atención a las necesidades de la persona mayor dependiente o de la persona que desempeña el papel de cuidador principal.

En España, como en otros países del sur de Europa, la principal fuente de apoyo ante la dependencia ha sido, y todavía es, la familia pero la situación sociodemográfica comprometerá sin duda en un plazo corto su disponibilidad para el cuidado. Habría que mirar, entonces, a los países con sistemas de bienestar más avanzado donde los servicios formales están más involucrados en el cuidado y la familia desempeña un papel de apoyo afectivo y de intermediación con los sectores de servicios.

Me gustaría terminar apuntando algunas estrategias para desarrollar la atención en el hogar a partir de las necesidades identificadas y las lecciones de los países con sistemas de atención domiciliaria más avanzados (12):

- Incorporar un enfoque de cuidados. Orientación a la prevención, ayuda o recuperación de los problemas de dependencia para satisfacer las necesidades básicas y síndromes geriátricos.

- Desarrollar un enfoque de atención familiar.

- Considerar a la cuidadora/or informal como cliente de los servicios. Los problemas identificados con mayor frecuencia, desde el punto de



- 58 vista sociosanitario son: la ansiedad, el cansancio en el desempeño del rol de cuidador y el afrontamiento familiar ineficaz.
- Incrementar el nivel tecnológico. Ayudas técnicas, dispositivos para la adaptación de la vivienda, tecnologías sanitarias.
 - Incorporar un sistema de valoración integral estandarizado y la gestión de casos como procedimiento de coordinación.

- Aumentar la intensidad de cuidados en discapacitados. Aunque la cobertura sea alta, las horas de atención, por lo general, son escasas.
- *Screening* de riesgo.
- Mejorar la cobertura e intensidad de los servicios de ayuda a domicilio.
- Integración entre atención enfermera y ayuda a domicilio.
- Mejora de la calidad del alta hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Sanz B, Martínez Paricio J. Demografía de la vejez. En: Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. Ed. Médica Panamericana, Madrid 1999.
2. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Gutiérrez Cuadra P. Cuidados y Cuidadores en el Sistema Informal de Salud. Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada 1999.
3. Equipo técnico IMSERSO/CIS. Las personas Mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar. Ed. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid 1996.
4. Sáez Ménde H. Calidad de vida en las personas Mayores de Andalucía. Ed. Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales. Sevilla 1997.
5. Bazo MT. La ancianidad del futuro. Ed. SG editores SA, Fundación Caja de Madrid. Madrid 1992.
6. De Manuel Keenoy E, Miñarro del Moral R, Gutiérrez Cuadra P. Actividades y resultados de servicios sanitarios (resultados preliminares). En: Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. BBVA (en prensa).
- 7,8. Zunzunegui Pastor MV. Envejecimiento y salud. En: Informe SESPAS 1998: la salud pública y el futuro del Estado del Bienestar. Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada 1998.
9. Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ. La visión enfermera en la consulta de enfermería para pacientes crónicos. Revista Rol de Enfermería (en prensa).
10. Cacabelos R. Enfermedad de Alzheimer, una visión integral. En: Martín García, M; Rubio Herrera, R; Comp. Alzheimer, un nuevo reto social en el siglo XXI. Ed. Excmo Ayuntamiento de Granada. Granada 1999.
11. Gonzalo Jiménez E, Gutiérrez Cuadra P, De Manuel Keenoy E. El estado de salud y la utilización de servicios entre las personas mayores de nueve distritos europeos. Centro de Salud. Mayo 1999.
12. Contel JC, Gené J, Peya M. La Atención Domiciliaria. Organización y práctica. Ed. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona 1999.