



PERSONAS MAYORES Y RESIDENCIAS

**UN MODELO PROSPECTIVO
PARA EVALUAR LAS RESIDENCIAS**

TOMO I

Ilustración de cubierta:
Kommad, S.L.

Primera edición, 2000

© Instituto de Migraciones y Servicios Sociales

Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMERSO)

Avda. de la Ilustración, c/v. Ginzo de Limia, 58

Teléf. 91 347 89 35

28029 Madrid

NIPO: 209-00-016-0

ISBN (obra completa) 84-8446-027-4

ISBN (tomo I): 84-8446-029-0

Depósito legal: BI-3072-00

Imprime: Grafo, S.A.

EQUIPO RESPONSABLE DE LOS TRABAJOS EN LOS QUE SE APOYA ESTE LIBRO

- **Diseño de los estudios, dirección de las investigaciones y redacción de este libro:**
Manuel Martín Serrano
- **Aplicación y análisis del Delfos:**
Oscar Maeso
- **Obtención de fuentes bibliográficas:**
Santiago Álvarez y Celia Rodríguez
- **Tratamiento de fuentes bibliográficas para análisis de contenidos:**
Sonia Cruz
- **Explotación de fuentes institucionales:**
Esther Torrijos
- **Elaboración de programas para análisis de contenido:**
Apex, S.A.
- **Procesamiento de textos y maquetados:**
Amalia Díaz

ÍNDICE GENERAL

	<u>Páginas</u>
PRESENTACIÓN	13
PRESENTACIÓN DEL ANÁLISIS DE CONTENIDO	17
0. ENFOQUE SISTÉMICO	23
1. DISEÑO DE LA EVALUACIÓN	27
a) Presupuestos utilizados para diseñar la evaluación	27
b) El carácter supradeterminado del sistema "Residencias"	28
c) La intervención del sistema de referencia	29
2. EL MODELO DE EVALUACIÓN	33
a) Enfoque sociológico	33
b) Modelo sistémico propuesto para evaluar el subsistema "Residencias" ..	33
3. LA EVALUACIÓN	37
a) Amplitud de las evaluaciones	37
b) Contenidos de las evaluaciones	41
c) La obtención de datos para la evaluación y los informantes	47
d) Las metodologías	48
I. PROGRAMAS PÚBLICOS	51
1. CONCEPCIÓN DE LAS RESIDENCIAS	55
1.1. Evolución de las concepciones	55

	<u>Páginas</u>
1.1.1. De los asilos a las Residencias.....	55
1.1.2. Conveniencia de reabrir el debate sobre las funciones de las Residencias	57
1.1.3. Crisis de los modelos de evaluación cerrados	58
1.2. Formas de clasificación.	59
a) Según tiempo de permanencia y autonomía de los residentes...	60
b) Según objetivos y funciones en razón del tipo de Residencias...	67
c) Según tamaño	69
2. CONCEPCIÓN DE LOS/AS RESIDENTES.....	73
2.1. Quiénes pueden ser residentes	74
a) La concepción desde la necesidad social	75
b) Las necesidades a satisfacer por los servicios sociales	77
2.2. Las teorías relativas a la naturaleza y la condición de los/as mayores en las Residencias	78
a) Teorías del deterioro y de la pérdida de competencia	79
b) Teorías del ciclo vital y de la subcultura	82
c) Modelo funcionalista de la desvinculación y de la modernidad	84
d) Teoría del rol y de la clasificación por edades	85
e) Teorías de la interdependencia entre ambiente y vejez	86
II. LAS INFRAESTRUCTURAS	89
1. LOS RECURSOS	93
1.1. Desagregación de los recursos que cabe evaluar.....	94
2. RECURSOS MATERIALES	97
a) El edificio en su conjunto, su equipamiento y su entorno.....	98
b) Equipamientos genéricos.....	110
c) Equipamiento gerontológico	124

	<u>Páginas</u>
3. RECURSOS ECONÓMICOS	135
a) Importancia atribuida a la inversión y a la financiación de las Residencias	135
b) Debates abiertos en torno a los temas económicos	136
4. RECURSOS HUMANOS	139
5. LA EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS	141
a) Criterios de evaluación.....	141
b) Indicadores para la evaluación de equipamientos cuya necesidad es compartida, cualquiera que sea la carga asistencial que se tome en cuenta	142
c) Indicadores para la evaluación de equipamientos específicos.....	143
III. LAS ESTRUCTURAS Y LOS ACTORES	147
0. CONTENIDO	153
1. LAS ESTRUCTURAS DE LA ORGANIZACIÓN Y DE LA GESTIÓN	155
1.1. Niveles de estudio de la organización y de la gestión	156
1.2. Desagregación del análisis.....	157
a) Objetivos	157
b) Niveles de organización y de gestión	163
c) Pautas posibles	167
2. LAS ESTRUCTURAS DE LAS INTERACCIONES.....	173
a) Las unidades de interacción, según el tamaño	175
b) Tipologías de roles y estatus	176
c) Interacciones distinguibles en función de los espacios.....	181
d) Pautas de interacción	184

	<u>Páginas</u>
3. LOS ACTORES	187
a) Tipologías de residentes	187
b) Tipologías de cuidadores/as y del resto del personal	209
IV. LAS SUPRAESTRUCTURAS	225
1. COMPONENTES SUPRAESTRUCTURALES DEL ANÁLISIS DE LAS RESIDENCIAS	229
2. NECESIDADES, DESEOS Y ASPIRACIONES DE LOS USUARIOS/AS	231
a) Criterios y diseños	231
3. CLIMA SOCIAL	237
a) Concepto y componentes	237
b) Diagnóstico del clima social en las Residencias.....	238
c) Indicadores.....	239
V. LAS PRÁCTICAS	241
1. CONCEPTO Y ANÁLISIS	247
a) Interpretación de las prácticas como sistemas de intervención.....	248
b) El manejo de las desviaciones en las Residencias.....	249
2. FUNCIONES	253
a) Concepto y contenido.....	253
b) Criterios para identificar las funciones que deben satisfacer las prácticas.....	254
c) Naturaleza de las funciones	254
3. REPERTORIO Y CONTENIDO DE LAS TAREAS	257
a) Funciones relativas al hospedaje	257
b) Tareas asistenciales.....	262

	<u>Páginas</u>
c) La inserción/reinserción	311
d) Realización. Dimensiones a tomar en cuenta.....	322
e) Muerte, enfermedad terminal.....	332
VI. RELACIÓN DE FUENTES SECUNDARIAS	335
BIBLIOGRAFÍA PROCEDENTE DE FUENTES SECUNDARIAS	337
VII. DOCUMENTACIÓN	365
PRESENTACIÓN.....	367
ÍNDICE TEMÁTICO.....	369

PRESENTACIÓN

La pervivencia de personas mayores hasta edades consideradas quiméricas para el conjunto de la población hasta hace escaso tiempo se aparea con el desarrollo de dependencias tanto físicas como psíquicas. Los recursos residenciales se conforman en esenciales cuando la persona mayor alcanza un alto grado de dependencia, con necesidad de cuidados intensivos de tercera persona.

El cuidado de las personas mayores en el ámbito residencial se convierte en un reto ante la diversidad de atenciones que las personas mayores requieren, cuidados que han de adaptarse a los cambios que se producen en las dolencias propias del incremento de edad.

El IMSERSO, a través del Observatorio Permanente de Mayores, encuadrado en la Subdirección General del Plan Gerontológico y Programas para Mayores, junto con el Servicio de Estudios y Estadística de la Secretaría General, en su línea de investigación permanente para la mejora de los servicios para las personas mayores, ha promovido la realización de este estudio, cuyo objetivo es el establecimiento de un modelo base de indicadores que sirva para evaluar la calidad de los servicios no sólo en los aspectos estructurales, sino y principalmente en las facetas inmateriales que determinan las diferencias en los niveles de calidad en la prestación de un determinado servicio.

La investigación se afrontó mediante la utilización de técnicas documentales y cualitativas en tres fases consecutivas y una cuarta, paralela en el tiempo al conjunto de la investigación.

Una primera etapa se dirigió a realizar un análisis de contenido de todas aquellas obras que contenían información o análisis sobre las Residencias de personas mayores con carácter general. La selección de estas fuentes secundarias se

obtuvo de un volcado de libros, documentos de naturaleza teórica, metodológica, técnica y profesional.

El análisis de contenido bibliográfico y documental sirvió de soporte para extraer los indicadores indicativos que se sometieron a la valoración de técnicos y expertos en la materia a través de la técnica Delfos, que conformó la segunda fase del estudio.

Los indicadores a evaluar se organizaron en tres tipos de repertorios: los referidos al equipamiento material y humano, los vinculados a la atención/desatención que reciben los/as residentes en razón de las cargas asistenciales y los tocantes a las medidas de prevención y rehabilitación que son adecuadas en función de las cargas asistenciales.

Las aplicaciones que se realizaron en el Delfos fueron cuatro, que delimitaron los indicadores considerados esenciales por los profesionales y técnicos especializados en la materia.

La tercera fase de la investigación comprende la construcción del modelo de evaluación de los indicadores.

El modelo se ha estructurado en dos repertorios: de indicadores generales, que recogen los referidos a equipamientos, prácticas y controles que se consideraran necesarios para una asistencia adecuada, y de indicadores específicos, que agrupan aquellos indicadores diferenciados según las necesidades de las dolencias de los residentes que sean necesarios para ofrecer una asistencia adecuada a los mismos.

A la documentación de carácter jurídico y normativo se le ha dado un tratamiento diferenciado al ser analizada y sistematizada en una base de datos que contiene toda la normativa estatal y autonómica concerniente a las residencias de personas mayores, base de datos creada con la voluntad de actualización y permanencia. Dicha base de datos configura la cuarta fase del estudio, que se ha elaborado de forma paralela en el tiempo al resto de la investigación.

De la suma de todo ello resulta un modelo global, abierto y adaptable a los cambios, que pretende servir como marco base para la elaboración de estructuras desagregadas de indicadores de evaluación de calidad de las residencias de personas mayores, que bien puedan evaluar el todo o parte de las mismas según las necesidades e inquietudes detectadas en el sector.

Deseamos que este trabajo sirva para fomentar aún más el interés en la mejora de la calidad de los servicios que se prestan a las personas mayores en el ámbito residencial, enriqueciendo los instrumentos de medida que inciden positivamente en el trabajo diario de los profesionales.

DIRECCIÓN GENERAL DEL IMSERSO

PRESENTACIÓN DEL ANÁLISIS DE CONTENIDO

1. Materiales procedentes de fuentes secundarias que han sido utilizados para llevar a cabo este análisis del contenido

Este análisis de contenido representa la primera etapa de las que se han cubierto para realizar el estudio de estándares de calidad. Es un trabajo basado en el volcado sistemático de fuentes secundarias, que parte de las siguientes acotaciones:

- *Las obras que se han analizado, son libros, monografías, documentos de naturaleza teórica, metodológica, técnica o profesional.* No se han seleccionado textos de carácter jurídico o normativo, porque esta misma evaluación de los estándares de calidad de las residencias, incluye otro análisis de contenido, referido a las leyes, normas reglamentos, que conciernen a las residencias, y que, han sido promulgadas por las Comunidades Autónomas.
- *La selección de fuentes secundarias para el análisis de contenido se ha restringido a aquellas obras en los que se haya localizado información o análisis que sean **pertinentes**.*

Se considera que una obra cumple con ese requisito de pertinencia cuando en ella concurren las siguientes características:

- *La información está referida, o puede ser aplicada, al estudio de las residencias para mayores.* Por tanto, no se han analizado los textos referidos a residencias de estancia temporal, salvo cuando fuese necesario para ofrecer un contexto.
- *El contenido de la información tiene o puede tener una utilidad general.*

Se entiende que cumple con este requisito de utilidad cuando la información que se encuentra en la obra sirve para:

- *Describir o aclarar* lo que es propio del contenido que se está examinando;
- *Diferenciar* lo que es específico de un contenido, y le distingue de otro u otros contenidos.

Por ejemplo, se han considerado de utilidad general:

- Los textos que describen y aclaran las características de aquellos/as residentes a quienes se les cataloga de “válidos”;
- Los que diferencian entre residentes “válidos” y “no válidos”

En cambio, no se han considerado útiles para este trabajo otros textos que tienen una utilidad puntual. Por ejemplo, descripciones referidas a las formas de cumplimentar los registros de residentes.

2. La metodología de análisis de contenido

Se utiliza esta metodología para organizar de forma *sistemática* la información. En este caso se ha sistematizado la información disponible en fuentes secundarias, referida a las residencias.

La *sistemática* propia de este método de análisis se caracteriza por los siguientes rasgos:

- *Requiere de un **modelo previo**, en el que se hayan definido los contenidos concretos que son objeto de análisis.* Ese modelo, tal como aquí sucede, sirve para dejar establecidos:
 - *El uso* al que está destinado el análisis y, por tanto, sus límites y sus especificaciones.
 - Los *criterios* que se han adoptado para orientar el trabajo de los analistas, y por ello la concepción que se tiene del objeto de estudio.
- *Entre los datos y análisis que son pertinentes y de utilidad general se seleccionan solamente aquellos que **no son redundantes**.*
 - Se entiende que un material ofrece información novedosa (o si se prefiere, que tiene información *no redundante*) cuando esa información no ha sido recogida en otro material ya analizado.

Generalmente, la mayor parte del contenido que se encuentra en obras tan específicas como las que se han examinado se repite en otras obras. Por ejemplo, hay mucha redundancia en los materiales referidos a protocolos de evaluación de las AVD. El análisis de contenido toma en cuenta a cada uno de esos protocolos que se reproducen en numerosos materiales (por ejemplo, la escala de Barthel), sólo la primera vez que lo encuentra.

Por un prurito de respeto al trabajo científico en este análisis de contenido se ha procurado, cuando ha sido posible, identificar a la fuente originaria de la que proceden los materiales. Pero esa precaución, desde el punto de vista estrictamente analítico, es irrelevante; porque los modelos que se elaboran en el análisis del contenido para describir cada tema que se analiza se construyen *integrando todos los datos que se hayan recogido*, los cuales suelen proceder de fuentes muy diversas.

- *Esta metodología tiene por objeto, en la fase de análisis de las fuentes secundarias, hacer repertorios completos; por tanto en esta etapa se evita introducir juicios de valor sobre la calidad de los materiales.*
 - Se pretende identificar el repertorio de planteamientos *diferentes* que existen en la literatura, referidos a los contenidos que se analizan, y describir los aspectos *distintivos* que son específicos de cada planteamiento.

Sólo después de que se haya concluido con esta etapa de sistematización se puede proceder a *evaluar* el estado de la cuestión. Pero también hay algunas reglas metodológicas que son útiles para que esa evaluación esté tan objetivada como sea posible. Se mencionan seguidamente.

3. La metodología de evaluación de los resultados obtenidos con el análisis de contenido

Una vez que el análisis de contenido ha mostrado cuáles son los planteamientos alternativos que se han localizado en las fuentes secundarias, referidas al tema concreto que en cada capítulo sea objeto de estudio, es posible, y en nuestro caso obligado, evaluar el estado de la cuestión.

Esa evaluación responde a las siguientes pautas:

- *Valoración de la **coherencia** que tienen los materiales que se han localizado y analizado.*

Por ejemplo: podría ocurrir (como de hecho ocurre) que se quiera resolver determinados problemas interviniendo sobre los *comportamientos* de los/as residentes, cuando tales problemas está documentado que tienen que ver más bien con *los modelos de gestión* de las residencias.

- *Valoración de la **completitud** que tienen los análisis.*

Por ejemplo: pueden encontrarse (y se encuentran) diseños para diferenciar a las residencias según el estado de validez de los/as residentes, que no incluyen *los efectos* que tiene sobre esa clasificación de las residencias el progresivo deterioro de las personas mayores que viven en ellas.

- *Valoración de la **congruencia**.*

Es congruente un planteamiento en el que hay la posibilidad de captar los vínculos que existen en los análisis que se ofrecen; por ejemplo, entre *las causas* y *los efectos* del tema que se analiza.

Sea, por ejemplo, el análisis de las causas que se le atribuyen al crecimiento de la demanda de plazas en las residencias. Se mencionan entre otras causas la disminución del contingente de cuidadoras. Ese análisis, para que fuese congruente, llevaría a preguntarse por los efectos que el déficit de cuidadoras puede tener en la legislación actual, que hace de la familia, y no de las Administraciones Públicas, garantes y responsables de la atención a los mayores.

Queda, pues, explícito que el examen evaluativo al que se somete un análisis de contenido en ningún caso se hace en base a las pautas "mejor – peor", "bueno – malo", "acertado – erróneo".

4. Límites y utilidad de los análisis de contenido

Para concluir con esta introducción hay que mencionar algunas de las limitaciones que tiene un trabajo de estas características, que no por obvias son menos determinantes de los resultados.

En el análisis de contenido sólo va a encontrarse lo que se haya introducido. En este caso se ha hecho un esfuerzo importante por abarcar un volumen de docu-

mentación que cubra con amplitud el tema de las residencias. De ello queda constancia en la bibliografía que forma parte de este estudio. Sin embargo, estamos seguros de que existirán otros documentos que no hemos localizado en los que se encuentre algún dato o algún enfoque que no hayamos detectado en los textos que se han volcado.

Un análisis de contenido es por definición un trabajo finito, que se va a ver permanentemente rebasado por la producción de nuevos materiales documentales.

De hecho, el mejor análisis de contenido es el que está destinado a ser superado, porque ayuda a identificar cuáles son las cosas *nuevas* sobre las que conviene comenzar a pensar y los nuevos modos en que pueden ser pensadas.

5. Presentación de este análisis de contenidos

Este informe está diseñado para que pueda ser ampliado o modificado a medida que se vayan incorporando nuevas fuentes. Para ello se utiliza una norma DIM, cuya desagregación se muestra en el esquema que sigue

El informe se inicia con un índice general, desagregado sólo a nivel de *los temas* que contiene esta obra. Luego, en cada parte, aparece el índice específico, desagregado a nivel de los *contenidos*.

En cada página existe una cabecera que permite establecer las relaciones entre lo que allí se analiza y el resto de la obra. Las citas bibliográficas, remiten al listado de las fuentes que forma parte de este informe.

Finalmente, se hace entrega de un tomo de documentos en el que se han incluido aquellas fuentes que convenía reproducir de forma más amplia o textualmente. Cuando hay referencia a algún material contenido en este tomo, aparece con letra roja a pie de página.

* * *

Les estamos agradecidos a los/as autores/as que han proporcionado la materia para este análisis, y les ofrecemos nuestras disculpas por la pérdida de información y de matices que es consustancial con el método. Y sobre todo, nos discul-

pamos cuando en el proceso de transcripción o de análisis no hayamos acertado a interpretar correctamente el significado de los textos.

También tenemos una deuda con todas las Instituciones que han respondido a nuestra demanda de algunos materiales, que no se encuentran en los fondos documentales de libre acceso. Y agradecer toda la colaboración y la realimentación que hemos recibido del equipo que trabaja estos temas, con el mayor conocimiento y vocación, en el IMSERSO.

0. ENFOQUE SISTÉMICO

ÍNDICE

1. DISEÑO DE LA EVALUACIÓN	27
a) Presupuestos utilizados para diseñar la evaluación	27
b) El carácter supradeterminado del sistema "Residencias"	28
c) La intervención del sistema de referencia	29
c1) Modalidades de intervenciones	29
c2) Criterios para justificar las intervenciones	30
c2.1) Los criterios bioéticos	31
2. EL MODELO DE EVALUACIÓN	33
a) Enfoque sociológico	33
b) Modelo sistémico propuesto para evaluar el subsistema "Residencias".	33
3. LA EVALUACIÓN	37
a) Amplitud de las evaluaciones	37
a1) Evaluaciones globales	38
a2) Evaluaciones parciales	40
b) Contenidos de las evaluaciones	41
b1) De equipamientos, recursos y medios	43

b2) De funcionamiento	43
b3) Niveles de calidad	44
b4) De capacitación	44
b5) De efectos	45
b6) De cargas asistenciales.....	46
b7) De rentabilidad	46
c) La obtención de datos para la evaluación y los informantes	47
d) Las metodologías.....	48
d1) Los métodos de evaluación.....	48
d2) Técnicas de obtención de datos.....	49
d2.1) El recurso a los indicadores	49

1. DISEÑO DE LA EVALUACIÓN

a) Presupuestos utilizados para diseñar la evaluación

Planteamiento

El diseño de una evaluación de estándares de calidad en las Residencias no puede ser una evaluación de las Residencias como instituciones autónomas. Entendemos que es una evaluación de cómo tales Residencias:

se organizan,

funcionan

en su condición de instituciones heterónomas. Es decir, estas Residencias están:

a) *Supradeterminadas.*

b) *Intervenidas.*

a) *Esa sobredeterminación* deriva de que las Residencias son *una parte*, incluida en un subsistema que gestiona la atención a las personas mayores, en el interior de un sistema mucho más amplio.

b) *Esa intervención* proviene de la permanente afectación que llevan a cabo los cambios que se producen en el entorno.

Definiciones

- *Sobredeterminación:* Cuando la gestión de un sistema (en este caso el sistema de Residencias, del que forman parte las Residencias de mayores) responde a criterios que proceden *de fuera* del sistema (en este caso, los criterios administrativos que definen las políticas asistenciales para las personas mayores).

- *Intervención*: Cuando el diseño, el funcionamiento de un sistema, como el que nos ocupa, se ve afectado por lo que sucede en otros ámbitos externos al sistema. Por ejemplo: los cambios demográficos son factores de naturaleza social, que *intervienen* en el desenvolvimiento y en la eficacia del sistema de Residencias de mayores.
- La “intervención” consiste en cualquier afectación que se lleva a cabo en el diseño o en el funcionamiento de las residencias, para que mantengan el carácter de sistemas sobredeterminados por las políticas asistenciales.

b) El carácter supradeterminado del sistema “Residencias”

Planteamiento

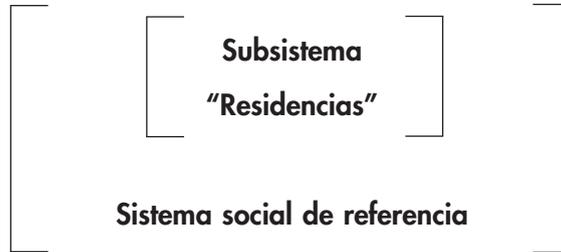
El sistema Residencias se ocupa de atender a las personas mayores tanto en régimen de residencia permanente como temporal.

- En este sistema cabe diferenciar “un subsistema de Residencias de mayores”, que es el que aquí se analiza.

El análisis de las instancias que sobredeterminan y que intervienen en el diseño y en el funcionamiento de las Residencias, debe de tomar en cuenta *al sistema social de referencia* en el que están incluidas las Residencias. En este caso, esa referencia la constituye la sociedad española, con sus características sociopolíticas, económicas, familiares, administrativas, etc.

Desde este punto de mira se puede entender que las Residencias de mayores son un “subsistema” incluido dentro del sistema, que se ocupa de atender a las personas mayores; y que ambos, a su vez*, están incluidos en el más amplio sistema que constituye la organización social en la que vivimos.

* Para evitar tanta premiosidad en el análisis, se va a utilizar habitualmente el concepto “sistema”, y sólo cuando resulte imprescindible se distinguirá entre “los sistemas de referencia” y sus “subsistemas”.



- La sobredeterminación, que procede del sistema social de referencia, tiene el siguiente origen:
- El sistema social de referencia para las Residencias se ocupa de la asignación de:
derechos (a veces encontrados);
recursos (siempre escasos),
entre las generaciones sociales (niños, jóvenes, adultos, mayores).

c) La intervención del sistema de referencia

c1) Modalidades de intervenciones

Se ha definido como "intervención" cualquier afectación que tenga por objeto mantener el carácter sobredeterminado de las Residencias.

Esa sobredeterminación opera con un repertorio cambiante de intervenciones, que podrían distinguirse en base a las modalidades de afectación:

MODALIDADES DE AFECTACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA		
Las instituciones que intervienen en las Residencias,		
• Controlan o asignan:	<i>Recursos</i> <i>Organización</i> <i>Ideología</i>	(infraestructura) (estructura) (supraestructura)
• Determinan o programan:	<i>Funciones</i> <i>Objetivos</i>	(prácticas)
• Establecen y evalúan:	<i>La reproducción del sistema</i> <i>Los cambios</i>	(programas)

c2) Criterios para justificar las intervenciones

Las justificaciones (explícitas o implícitas) que se hacen en los textos analizados, de lo que se hace con las Residencias obedecen a muy variados criterios.

Se encuentran las siguientes variantes:

1. Puede entenderse que las intervenciones deben de estar destinadas a la gestión correcta de los *recursos materiales* (infraestructuras, equipamientos, etc.).
2. Se puede adoptar el criterio de que se interviene para ofrecer una adecuada *atención (asistencial y/o residencial)*.
3. Cuando el énfasis se pone en los/as usuarios/as, se adopta a veces el criterio de que las intervenciones tienen por objeto *ofrecer una buena calidad de vida* a los/as destinatarios/as.
4. Cabe entender que intervenir en el diseño y en la gestión de las Residencias, supone *afectar a la vida y a la muerte* de quienes en ellas moran.

Son distintos estos criterios, en cuanto a su naturaleza, más instrumental o más deontológica; pero no parecen excluyentes. Aunque, ciertamente, se encuentran a niveles distintos. Lo cual lleva a pensar que la relación que existe entre ellos tiene un carácter jerárquico. En este caso esos vínculos significarían que cada criterio debe de estar informado –o si se prefiere, debe de tomar en cuenta– a todos los otros que le siguen, precisamente en el orden que se han repertoriado.

Si así fuese, el criterio más general (en el sentido de que informa a todos los demás) sería el n.º 4. Es una justificación de las intervenciones que remite a consideraciones deontológicas y éticas. Se examinan en el siguiente contenido.

c2.1) Los criterios bioéticos

Para buscar criterios deontológicos y éticos que justifiquen y que orienten las intervenciones que afectan a la vida y a la muerte de las personas y por lo tanto a lo que se hace con las Residencias, M. D. Hiller (en Treserra, M.A., *et al.*, 1993) propone el desarrollo de “la bioética”. La bioética se ocuparía de la defensa de la dignidad de la persona humana y de sus derechos inalienables.

La necesidad de la bioética derivaría de que existe un conflicto primordial entre los derechos del individuo y los de la sociedad, como un conjunto.

Según los autores (1993), la bioética puede también definirse como la disciplina que analiza cómo la sociedad ha de actuar en el terreno de la biomedicina, en las decisiones que afectan al nacimiento, la muerte, la naturaleza humana y la calidad de vida.

Además del campo específico referido a la ética de la salud y de la asistencia sanitaria, se dice que incluye las siguientes reflexiones:

- Referidas al acceso y a la distribución justa de recursos sanitarios
- Relativas a la protección y defensa de los derechos de los pacientes, de los profesionales sanitarios y de las instituciones de la sanidad.

Relacionadas con los estándares médicos y jurídicos que definen la vida y la muerte.

Estos son algunos ejemplos:

- Consentimiento por parte del paciente de las medidas asistenciales o paliativas que se le apliquen.
- Derecho a la intimidad.
- Derecho a la verdad.
- Derecho a morir con dignidad.

Según los autores, una ética de los derechos biológicos de las personas, implica:

- Justicia en la distribución de los recursos.
- Respeto al principio de la beneficencia.
- Igualmente, al de autonomía.
- Valoración de riesgos y beneficios.

Se recoge un análisis más pormenorizado en documentos 0.1. c2.1.

2. EL MODELO DE EVALUACIÓN

a) Enfoque sociológico

Planteamiento

La condición que tienen las Residencias de constituir un subsistema integrado en otro más global que le abarca y determina recomienda que se utilice un enfoque que tenga las siguientes características:

- En cuanto al contenido, *de naturaleza sociológica*.
- En cuanto a la comprensión, abierto a su *sistema de referencia*. Es decir, en relación con el sistema social de referencia que le sobredetermina y le interviene.
- En cuanto a la metodología, recurriendo a *modelos sistémicos*. Porque las Residencias incluyen numerosos elementos de carácter heterogéneo tales como personas, recursos y programas, que conviene analizar como componentes de un sistema y no como unidades aisladas.

b) Modelo sistémico propuesto para evaluar el subsistema “Residencias”

Planteamiento

El gráfico que sigue muestra los componentes que se han incluido en el análisis de las Residencias, como un sistema.

El diseño, distingue en **los centros** residenciales tres niveles:

- el de las infraestructuras;

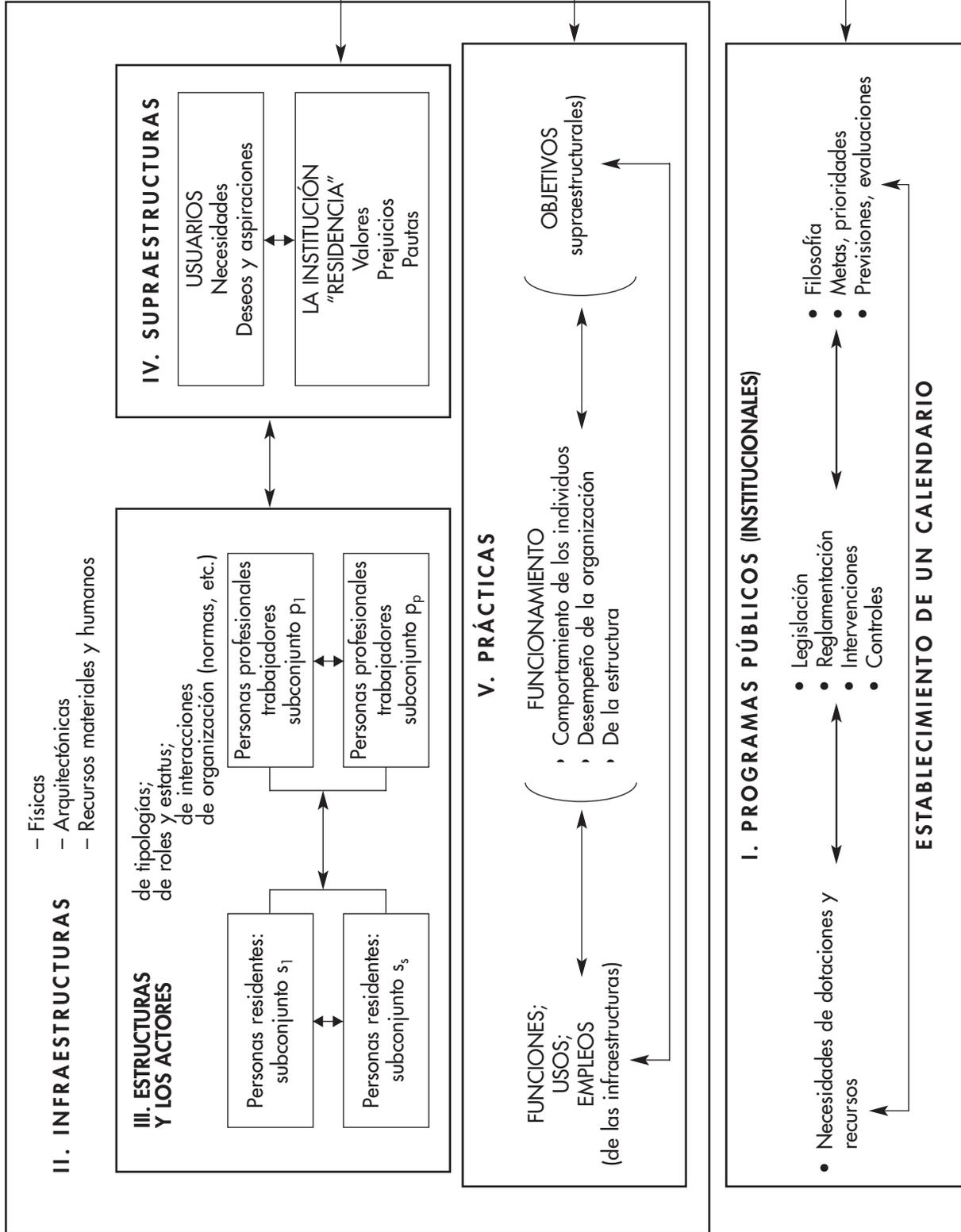
- el de las estructuras y actores;
- el de las supraestructuras.

Ese análisis de los centros, se relaciona con el estudio de **las acciones** que se realizan en las Residencias. Se concreta en el análisis de las *prácticas* de todo tipo que aparecen en el funcionamiento de las instituciones.

Se entiende que las acciones y los centros están sobredeterminados por **la programación** que se hace desde las instituciones de las Residencias en general, y de estas Residencias de mayores, en particular.

Este esquema responde a una concepción del funcionamiento de los sistemas sociales que vincula acción y control social. (Para un análisis de estos modelos, puede leerse: Martín Serrano, M., 1986.)

LOS COMPONENTES DEL SUBSISTEMA "RESIDENCIAS"



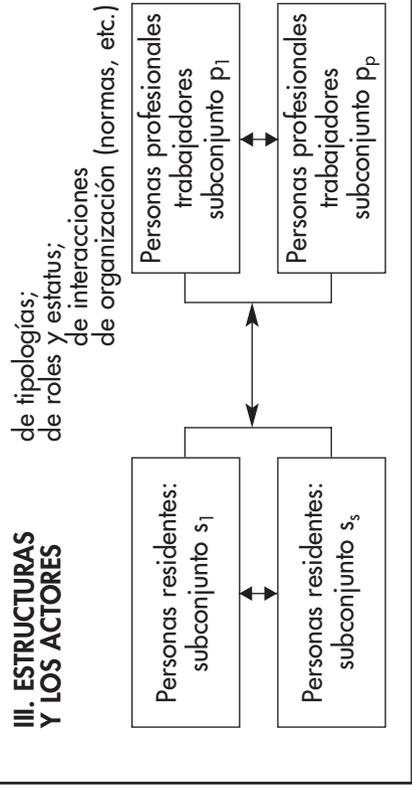
EL CENTRO

LA ACCIÓN

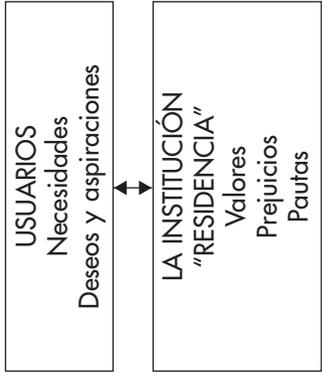
LA PROGRAMACIÓN

- Físicas
- Arquitectónicas
- Recursos materiales y humanos

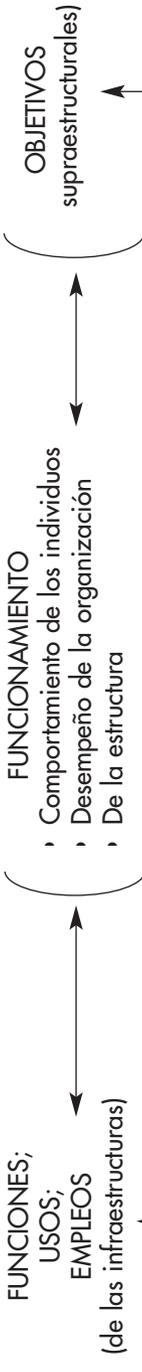
II. INFRAESTRUCTURAS



IV. SUPRAESTRUCTURAS



V. PRÁCTICAS



I. PROGRAMAS PÚBLICOS (INSTITUCIONALES)



ESTABLECIMIENTO DE UN CALENDARIO

3. LA EVALUACIÓN

Planteamiento

En la perspectiva sistemática que aquí se adopta evaluar una Residencia de mayores equivale a: poder establecer la correspondencia (o falta de correspondencia) que existe entre:

- Los *programas públicos*, que les fijan a las Residencias unas funciones, unos objetivos en el orden a la satisfacción de determinados criterios.
- Las *actuaciones* que se llevan a cabo en la práctica, para responder a esos programas.
- Las características que permiten diferenciar a *los centros* de Residencia de mayores y a *las personas* que en ellos participan, sea como residentes, sea como gestores y empleados.

El examen de los materiales que se refieren a la evaluación de Residencias puede sistematizarse tomando en cuenta:

- a) La amplitud de las evaluaciones.
- b) El contenido de las evaluaciones.

Así se procede en los análisis que siguen.

a) Amplitud de las evaluaciones

Según amplitud de la evaluación, cabe distinguir en los materiales analizados entre:

a1) Evaluaciones globales.

a2) Evaluaciones parciales.

a) Hay textos que abarcan la evaluación de la Residencia de mayores, con el propósito de tomar en cuenta *todos* los componentes que se consideran más representativos de ese funcionamiento de los centros, o al menos, los componentes que se consideran más representativos de ese funcionamiento.

b) Otros textos renuncian a ese proyecto de evaluación global e incluso ponen en duda la posibilidad de que una evaluación tan comprehensiva sea posible o sea útil. Son los análisis que se centran en la evaluación *de un determinado tópico*.

a1) Evaluaciones globales

Las evaluaciones globales que se han analizado suponen necesariamente, aunque no siempre se explicita, unos presupuestos y unos modelos que remiten a algún paradigma.

Se entiende por "paradigma" un modelo de investigación general, que sirve para crear modelos específicos, en muy distintos campos. Los paradigmas que en España parecen tener más predicamento en el tema de la evaluación de Residencias son los siguientes:

- ***Paradigmas ecológicos.***

Ponen en relación la producción y el manejo de un *entorno* con el *estado* y el desempeño de unos actores. En este caso el entorno residencial abarca, además de los componentes físicos, otros referidos "al ambiente social", y el desempeño corresponde a la intervención de los/as gestores de la Residencia y a la calidad de vida de los residentes. La aportación de la catedrática Dra. Rocío Fernández Ballesteros y de su equipo de investigadores corresponde en gran medida a este paradigma y culmina con la elaboración del Sistema de evaluación de residencias de ancianos "SERA". Hay un análisis más puntual de las principales líneas de desarrollo de este paradigma ecológico en (I.2f): Teorías de la interdependencia entre ambiente y vejez. Se ofrece un texto de la Dra. Fernández Ballesteros, en documentos 0.3.a1.

- ***Los paradigmas estructurales – funcionalistas.***

Derivan de las obras de Parsons T. (1966). En España esta corriente ha tenido menos desarrollo, pero en cambio resulta ser la predominante en EE.UU. Los planteamientos más pegados al modelo parsoniano, se describen en I.2.c. (Modelos funcionalistas de la desvinculación y de la modernidad). Pero también tienen raíces estructural funcionalistas los modelos que se fundan en el análisis de los roles y estatus (cf I.2.d.).

- ***Los paradigmas que corresponden a modelos de equilibrio.***

Tienen varias aplicaciones en el campo de donde proceden –la economía– y en el ámbito donde fueron adaptados por las ciencias humanas: la sociología y la psicología social. En este último contexto se utilizan por los psicólogos cognitivos (por ejemplo, Festinger, L., 1964, *Análisis de la congruencia y modelos de la disonancia*), pero aquí interesan más aquellos modelos que han desarrollado los psicólogos varias aplicaciones (modelos transaccionales, entre otros).

Todos ellos tienen una réplica en el estudio de las Residencias. En este análisis de contenido se han tomado en cuenta al tratar en (I.2.e) las Teorías de la actividad y de la compensación.

- ***Paradigmas biologistas.***

Es el paradigma más determinante en la interpretación que se hace del mundo de las Residencias para mayores y de los mayores residentes. Evalúa en razón de los ciclos vitales, y sobre todo del deterioro vital, por una parte, las funciones de las Residencias: por otra, el trato, las necesidades y las oportunidades de los/as residentes. La influencia de este paradigma no se limita a sus formulaciones más explícitas; las que se analizan en I.2.a) y I.2.b). Se amplía ese influjo a los restantes paradigmas, porque de una u otra forma se encuentra en casi todos los materiales que hemos analizado una visión que vincula vejez con deterioro.

- ***Paradigmas críticos.***

La lista quedaría incompleta si se dejaran fuera los paradigmas críticos. Proceden todos ellos del encuentro entre Estructuralismo y Marxismo que se produce en la década de los sesenta. Y más concretamente, de los análisis de la institucionalización, que llevan a cabo varios autores, franceses y estadounidenses. En España los más mencionados son los textos de Goffman, E.

(cf. bibliografía, pero en el resto de Europa la obra de referencia suele ser los trabajos de Foucault, M. (1964). Todos estos planteamientos confluyen con la obra crítica de la Escuela de Frankfurt, y con la corriente que en aquellos mismos años se denominó “Antipsiquiatría”. En todos estos espacios intelectuales se prestó atención a los problemas derivados del internamiento.

Cabe afirmar que las observaciones contenidas en todas estas referencias críticas han tenido un importante eco, sobre todo en los países nórdicos, donde se han desarrollado los programas que con más decisión buscan alternativas a las Residencias y a la institucionalización. En este análisis de contenido, hay varias ocasiones de mostrar la relevancia que tienen los paradigmas críticos, tanto en la parte del estudio dedicado a las prácticas (V) como en el que corresponde a las supraestructuras (IV).

a2) Evaluaciones parciales

El repertorio de áreas de investigación concretas que se tienen por más adecuadas para buscar indicadores destinados a la evaluación es muy amplio. Existe en Luque O. (1994) una sistematización, que es la siguiente:

Áreas básicas de evaluaciones parciales:

- I. Características físico – arquitectónicas del edificio
- II. Tipo, características y uso de los servicios de las Residencias
- III. Gestión y administración de las Residencias.
- IV. Satisfacción de los usuarios y características personales de los usuarios

Esta clasificación distingue las perspectivas que son distintivas de los diferentes especialistas. Generalmente, I interesa a los planificadores; II y III, a las Administraciones que evalúan el funcionamiento de las instituciones; IV, a los psicólogos, y todas, a los gerontólogos.

Los planteamientos que fundan las evaluaciones en unos aspectos concretos de las Residencias y de sus actores tienen en el actual estado de la información una ventaja y una limitación:

- La ventaja radica en que pueden ofrecer análisis muy elaborados, y en ocasiones con buen apoyo empírico, de aquellos temas que han seleccionado

como más estratégicos para llevar a cabo una evaluación. Por ejemplo, los modelos que describen tipologías de usuarios desde una perspectiva gerontológica, son muy completos.

- El inconveniente que puede encontrarse, tiene que ver con la falta de referencias sociológicas y en ocasiones axiológicas que suelen mostrar estas evaluaciones. Por lo general se muestran más pendientes *del uso instrumental* de los modelos que de los *presupuestos* y de las *consecuencias* que conviene tomar en cuenta a la hora de aplicar los modelos instrumentales.

b) Contenidos de las evaluaciones

Se comprende que el contenido de la evaluación depende en lo esencial de los objetivos que se persigan. Estos objetivos siempre existen, aunque no estén explícitos, y suelen ser bastante diferentes, según que quienes propongan los contenidos a evaluar sean representantes de las Administraciones, profesionales de las Residencias, gerontólogos o empresas del ramo.

Para poner algún orden en el panorama tan disperso que se observa cuando se analizan las fuentes secundarias ofrecemos la clasificación siguiente:

b1) De equipamientos, recursos y medios	(Capacidad/incapacidad para desenvolver una práctica adecuada a la estructura del centro)
	<i>Suficiencia/insuficiencia Adecuados/inadecuados (capacidad/incapacidad para prestar una atención adecuada al nivel de deterioro de los/as residentes)</i>
b2) De funcionamiento	(Eficiencia/ineficiencia de la organización y de las interacciones)
	<i>Mejorables/no mejorables</i>
b3) De niveles de calidad	(Controles de calidad)
	<i>Niveles mínimos/óptimos/posibles/eficiencia/ineficiencia</i>
b4) De capacitación	(Implantación/no implantación del programa)
	<i>Desviación/cumplimentación</i>
b5) De efectos	(Adecuación o inadecuación de las prácticas)
	<i>Deseables, satisfactorias/indeseables no satisfactorias Esperados/inesperados</i>
b6) De cargas asistenciales	(Capacidad/incapacidad para prestar una atención adecuada a los niveles de deterioro de los/as residentes)
	<i>Evaluaciones mínimas/óptimas Residentes de riesgo alto/bajo</i>
b7) De rentabilidad	(Coste/beneficio de las Residencias; en términos de rentabilidad social y política para las Administraciones y de rentabilidad económica para las empresas)
	<i>Rentable/no rentable</i>

b1) De equipamientos, recursos y medios

El examen de la existencia y de la calidad de las infraestructuras y de la dotación de equipos materiales y humanos, son determinantes en todas las propuestas de evaluación que se han analizado.

Para organizar el enorme repertorio de literatura que trabaja esta línea de evaluaciones se cuenta en este estudio con todos los capítulos incluidos en el apartado II, "Las infraestructuras". La sistematización que allí se ofrece diferencia entre las siguientes evaluaciones:

- De los recursos materiales.
- De los recursos económicos.
- De los recursos humanos.

Las Administraciones suelen prestar atención preferente a esta línea de evaluaciones. Resulta justificado priorizar en cualquier evaluación las condiciones de infraestructura. Pero también puede que esta orientación, hacia los indicadores más primarios, tenga que ver con su mayor visibilidad y a veces con su más fácil comprobación. Lo cual es conveniente, siempre que se preste atención a otros criterios, cuya observación y evaluación resulta ser más complicada, porque no son evaluaciones de materiales, sino de comportamientos.

b2) De funcionamiento

Esta clase de evaluaciones se articulan en torno a dos parámetros:

- La calidad de la gestión y
- La adecuación de las relaciones entre los actores que comparten las Residencias.

Constituye una línea de investigación a la que se han dedicado muchos esfuerzos, todavía más teóricos que aplicados por quienes ofrecen visiones globales del universo de las Residencias en los estudios que ha promovido el IMSERSO. Notoriamente, estos modelos de evaluación aparecen en los textos escritos por equipos vinculados a la Universidad, y también en especialistas que están implicados en la gestión de Residencias.

En este estudio se ofrecen varios análisis, en I.1. "Concepción de las Residencias", y sobre todo en II.4. "Recursos humanos".

b3) De niveles de calidad

Tal como señalan Treserra, M. A., *et alt.* (1993), el nivel de calidad tiene una relación directa con el coste. Sólo considerando los recursos que se quieren o que se pueden aplicar al funcionamiento de las Residencias se pueden señalar unos niveles.

Pero incluso cuando ya se hayan tomado en cuenta esta premisa (y siguiendo a los autores) el concepto de calidad resulta de una combinación de objetividad y subjetividad.

Por tanto una evaluación de la calidad en la práctica suele remitir a un análisis de la eficiencia/ineficiencia en la utilización de los recursos disponibles. A nivel enunciativo, se apuntan los parámetros siguientes:

- Evaluación coste – beneficio a nivel individual (satisfacción del individuo).
- Evaluación coste – beneficio a nivel social (rendimiento social).

Los sistemas de priorización (escala de valores)

La definición de los niveles de calidad en las Residencias puede realizarse —dicen— tomando en cuenta tres criterios alternativos:

- El mínimo.
- El posible.
- El óptimo.

b4) De capacitación

Todas las evaluaciones que pertenecen a esta línea comparan la correspondencia que existe o no existe entre:

Los programas que se les marcan a las Residencias (desde las Administraciones).

La implantación que de ellos se hace.

Estas evaluaciones operan con el criterio “desviación/cumplimentación” para llevar a cabo el control de las Residencias.

Son las evaluaciones que más se corresponden con la forma tradicional del control. Sirve, sobre todo, para que quienes tienen la responsabilidad de conce-

der autorizaciones de apertura y de llevar a cabo el seguimiento de estos centros residenciales, cuenten con criterios de evaluación objetivados. Tales criterios normalmente aparecen explícitos en normas y reglamentos de las CC.AA.

Otra forma alternativa podría consistir en llevar a cabo la evaluación de la capacidad de los centros por *objetivos*. Teniendo en cuenta que una parte importante del sector que gestiona las Residencias es de titularidad pública o recibe subvenciones, esta otra línea de evaluación podría ensayarse y tener continuidad. De este modo, el criterio más dinámico “logro/malogro” tendría un lugar en las políticas administrativas.

b5) De efectos

El análisis de los efectos tiene dos criterios distintos:

- Según se analice el carácter “deseable/indeseable”, “satisfactorio/no satisfactorio”, de lo que se hace en las Residencias y de lo que en ellas sucede.

Esta perspectiva puede acogerse bajo el rótulo de “análisis de las prácticas”. Constituye a nuestro juicio un contenido esencial para diseñar indicadores de evaluación. Se encuentran referencias a las prácticas en la mayoría de los textos que proponen evaluaciones de los niveles de calidad y del funcionamiento (ya mencionados en b2 y b3). Pero es poco frecuente que se traten las prácticas como un componente *diferenciado* del sistema de “Residencias”, tal como nosotros lo sugerimos en este mismo estudio y desarrollamos en la parte V de este análisis de contenido.

- Un segundo criterio, lleva al estudio de los efectos “esperados/inesperados”. Este enfoque deriva de la siguiente evidencia:

En los sistemas complejos, como son las Residencias, hay inevitablemente consecuencias de las intervenciones sobre el sistema que no han sido previstas y que a veces pueden ser indeseables; e incluso lo suficientemente graves como para dar al traste con los programas que se quieren aplicar y con los objetivos que se desean alcanzar. El análisis de los materiales de los que hemos dispuesto indica que este criterio se utiliza poco. Para introducir esta referencia a los efectos en la evaluación de las Residencias se requiere que se ahonde en los vínculos que existen entre el sistema residencial (y lo que en él acontece) y el sistema social.

b6) De cargas asistenciales

Se ha indicado que la calidad de una Residencia tiene que evaluarse considerando los recursos disponibles. De modo equivalente, los recursos de todo tipo que cabe exigir a las Residencias convendría que se evaluaran en razón de *las cargas asistenciales* que deben de soportar. Por ejemplo, entre una Residencia donde toda la población es de personas válidas y otra donde conviven quienes son autónomos y quienes no son válidos, existen obvias diferencias en las respectivas cargas asistenciales.

Existen numerosos indicadores que clasifican a los/as residentes, según la cantidad de atenciones que requiere. Se analizan en I.2. "Concepción de los residentes" y sobre todo en V3b "Repertorio y contenido de las tareas asistenciales"*. Sin embargo, y por más que parezca sorprendente, ninguno de las fuentes que se han analizado, ofrece un modelo que permita algo tan necesario para las políticas, como clasificar a las residencias según sus cargas asistenciales. Pretendemos contribuir a subsanar esa carencia con el sistema de indicadores que ofrecemos en el correspondiente informe, con el que se culmina el trabajo que nos ha encomendado el Imserso.

b7) De rentabilidad

La circunstancia de que en el sistema de residencias participen tanto las administraciones públicas como la iniciativa privada, significa que la evaluación de rentabilidad, responde a dos criterios distintos. Se observa que esos criterios no siempre son coincidentes, a veces aparecen encontrados, y en cualquier caso son distinguibles.

- Para las Administraciones públicas prima el criterio de *la rentabilidad política* (en la más noble acepción del término política, que le vincula al interés público), y
- Para la iniciativa privada cuenta *la rentabilidad de la inversión* (en el no menos noble sentido de inversión que viene a satisfacer una demanda social no cubierta).

* Las "cargas" que suelen tomarse en consideración varían según los autores, pero suele haber coincidencia en los siguientes indicadores:

- Problemas de autonomía y movilidad
- Disminuciones sensoriales
- Dificultades para las actividades instrumentales de la vida diaria

Todos ellos están contemplados en este análisis de contenido, a lo largo del capítulo V.3. "Repertorio y contenido de las tareas".

La coexistencia del modelo mixto de gestión que existe en España lleva emparejado un debate referido a cuál debería de ser el criterio predominante y a la manera en que pueden compatibilizarse ambas rentabilidades. Este tema muy posiblemente va a saltar a la actualidad de los medios de comunicación de masas y también es previsible que sea objeto de debate político en un plazo breve.

c) La obtención de datos para la evaluación y los informantes

En teoría cualquier actor implicado en el universo de las Residencias puede ofrecer información. En la práctica los textos que se han analizado privilegian a unos u otros informantes. Si se examina con detenimiento el cuadro que se ofrece cabe pensar en otras prioridades alternativas.

Los informantes que habitualmente se mencionan en las fuentes secundarias, para cada tema objeto de información

Categorías de informantes	<i>Residentes</i>	<i>Sus familiares</i>	<i>Gestores de las Residencias</i>	<i>Empleados*</i>	<i>Observadores**</i>
Objetos de evaluación → ↓					
La Residencia	*				*
Los residentes, su estado y situación	*		*	*	
Los familiares	*		*		
Los gestores	*				*
Los empleados	*				*
Las políticas públicas	*		*		*

* Se diferencian según el caso y la función.

** Se distingue entre quienes están vinculados y no están vinculados con las Administraciones.

d) Las metodologías

En la evaluación conviene distinguir entre los *métodos* y las *técnicas*.

- *Los métodos* corresponden a la forma en la que se obtiene la información.
- *Las técnicas* se refieren a las herramientas de las que se sirve cada método para realizar la evaluación.

Se analizan seguidamente.

d1) Los métodos de evaluación

El repertorio de métodos que son en principio pertinentes para llevar a cabo evaluaciones es muy amplio. Aquí no cabe ahondar en mayores desarrollos (puede consultarse a este propósito, Martín Serrano, M., 1978).

En las fuentes secundarias analizadas hay ejemplo del recurso a las siguientes metodologías:

- ***Método tipológico.*** Para clasificar a los/as residentes.
- ***Método praxeológico.*** Para evaluar los comportamientos de los/as residentes.
- ***Métodos constructivistas y holistas.*** Para diseñar modelos globales de evaluación de las Residencias, a partir de los cuales evaluar los aspectos concretos.
- ***Métodos positivistas.*** Todos los que recurren a escalas tipificadas y validadas.
- ***Métodos formalistas.*** Cuando se compara el ajuste o la desviación entre los programas a cumplir y la aplicación de los programas.
- ***Métodos sistémicos.*** Cuando se evalúan los elementos que son objeto de análisis, en cuanto constituyen parte de un sistema.

Es un repertorio amplio que contribuye al enriquecimiento de las perspectivas.

d2) Técnicas de obtención de datos

Los principales recursos que se están utilizando (por este orden) son:

- **El cuestionario o protocolo.** En sus dos opciones: autoaplicado y aplicado por personas más o menos cualificadas, en función de la dificultad que tenga la cumplimentación.
- **La entrevista.** Generalmente precodificada y luego categorizada como un cuestionario. Existe un uso bastante más escaso de las entrevistas semiestructuradas* y resulta meramente testimonial el empleo de las dinámicas de grupo.
- **La observación participante.** Esta técnica parece que está despertando interés en los trabajos más recientes que se han publicado. Pero no se suele encontrar todavía el uso de la observación participante, distanciado y objetivado, que se recomienda por parte de los antropólogos. Los investigadores que observan lo que sucede en las Residencias habitualmente no cumplen con esos requisitos porque suelen estar implicados en la asistencia a los/as residentes.
- Se echa de menos el recurso a la explotación de *documentos*, tanto administrativos como asistenciales. Técnica que sirve para muchas más cosas que para la mera inspección de la calidad de los servicios

d2.1) El recurso a los indicadores

El destino de las evaluaciones es servir para la comparación:

- **Comparación sincrónica**, por ejemplo, entre diferentes centros, llevada a cabo en un mismo tiempo, o
- **Comparación diacrónica**, por ejemplos, en las mismas Residencias, con un intervalo de cinco o diez años.

Las herramientas adecuadas para estos usos tienen que ser estables (no verse muy afectadas y por el paso del tiempo) y permitir alguna medida objetivable (ser razonablemente cuantificables).

* Las entrevistas denominadas "en profundidad" o "semiestructuradas" suelen ser útiles para trabajar con informantes cualificados/as. Parecería una técnica útil, pero existen pocos ejemplos de utilización.

Por otra parte es imposible medir todos los aspectos que son relevantes cuando se evalúa un determinado tema referido a las Residencias. Hay que elegir, entre todos los aspectos que podrían evaluarse, aquel o aquellos que sean más *indicativos*.

Las mediciones que tratan de responder a estos requisitos son, precisamente los indicadores.

Por eso, desde el punto de vista de las técnicas de investigación, en el caso de las Residencias, es lo mismo hablar de "modelos de evaluación" que "de repertorios de indicadores".

Siendo el indicador una herramienta cuyo empleo es muy adecuado y bastante eficaz cuando está bien diseñado y elegido, no por eso deja de presentar algunos problemas. No hay aquí lugar para detallar estas cuestiones técnicas, pero conviene al menos advertir lo siguiente:

Una cosa es el indicador, que *indica* algo a propósito de las Residencias, o de los/as residentes, y otra más compleja *las Residencias y los/las residentes*. Mencionar esta perogrullada resulta una precaución ineludible. Porque los indicadores psicotécnicos priman en este campo sobre otros menos tipificadores. Y aunque los pruritos de garantizar la significatividad y la validez en la evaluación son legítimos y en ocasiones muy justificados, la herramienta psicotécnica puede llevar a algún abuso. Porque es sabido que "la normalidad" y "la desviación" estadísticas tienden a la hipóstasis, deviniendo juicios de valor sobre lo que hay que considerar "normal" y "desviado" entre los residentes y en las Residencias.

Se ofrece una descripción de cómo pueden utilizarse los indicadores en las Residencias, en Documentos 0.3.d2.2

I. PROGRAMAS PÚBLICOS

ÍNDICE

1. CONCEPCIÓN DE LAS RESIDENCIAS	55
1.1. Evolución de las concepciones.....	55
1.1.1. De los asilos a las Residencias.....	55
1.1.2. Conveniencia de reabrir el debate sobre las funciones de las Residencias	57
1.1.3. Crisis de los modelos de evaluación cerrados	58
1.2. Formas de clasificación.....	59
a) Según tiempo de permanencia y autonomía de los residentes..	60
a1) Criterios implícitos.....	60
a2) Tipologías	62
a2.1) Como lugares de permanencia temporal	63
a2.2) Como lugares de Residencia de mayores	63
a2.3) Residencias mixtas (para válidos y no válidos)....	65
a3) Aporías del modelo	66
b) Según objetivos y funciones en razón del tipo de Residencias..	67
b1) Repertorios de objetivos y funciones.....	67
b2) Áreas de atención asistencial	68

c) Según tamaño	69
d1) Clasificación de los centros residenciales según su tamaño	70
d2) Propuestas para evitar la masificación.....	71
2. CONCEPCIÓN DE LOS/AS RESIDENTES.....	73
2.1. Quiénes pueden ser residentes	74
a) La concepción desde la necesidad social	75
b) Las necesidades a satisfacer por los servicios sociales.....	77
b1) La incapacidad de las instituciones para atender las necesidades	77
b2) La concepción jerárquica de las necesidades	77
2.3. Las teorías relativas a la naturaleza y la condición de los/as mayores en las Residencias	78
a) Teorías del deterioro y de la pérdida de competencia.....	79
a1) Rasgos discriminativos	80
a2) El modelo implícito en la concepción de los residentes	81
a3) Análisis del deterioro en las Residencias como limitador de los/as residentes	81
b) Teorías del ciclo vital y de la subcultura	82
c) Modelo funcionalista de la desvinculación y de la modernidad	84
d) Teoría del rol y de la clasificación por edades	85
e) Teorías de la interdependencia entre ambiente y vejez	86

1. CONCEPCIÓN DE LAS RESIDENCIAS

1.1. Evolución de las concepciones

1.1.1. De los asilos a las Residencias

LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Con una mirada que tenga perspectiva histórica, la concepción de los centros para atención permanente de las personas de edad ha seguido el siguiente recorrido:

Del asilo —que prestaba atención paliativa o de arrecogimiento a personas que por su edad o su salud estaban excluidas de la sociedad o marginadas—, a *una estructura de servicios comunitarios*, de las que son componentes las Residencias.

— *Diferencia* a los actuales servicios comunitarios de las antiguas organizaciones de caridad y de beneficencia que desarrollaron aquellos servicios de arrecogimiento, la voluntad de no generar desadaptación ni desarraigo. Por eso tratan de ofrecer al conjunto de la población mayo apoyo para permanecer o para reorganizar las relaciones con el medio social de procedencia.

Fuentes: Badou, G. (1989); Bazo, M. T., coord (1999); Benett, R., y Nahemow, L. (1975); Conseil de l'Europe (1993); Ferigla, J. M. (1992); Foucault T. M. (1964); *Gerontología y sociedad* (1987); Goffman, E. (1961; 1972); Jameson, A. (1994); Jani-le Bris, H. (1993); Jouvenel, H. (1989); Juan, H., y Pastor, V. (1990); Kalish, R. A.; Martín, P., y Bellido, N. (1993); Miranda, M. J., *et al.* (1985); ONU (1982); Parlamento Europeo (1993); Ramos M., (1995); *Rev. Papers* (1992); Rodríguez, S., y Sancho, T. (1995); Ruíz, J., y Martínez, R. (1994); Sánchez, L. S. (1991); San Román, T. (1990); Shanon, E., *et al.* (1978); Todd, E. (1983); Walker, A., edit. (1982, 1994).

- *Permanece* todavía de aquella tradición asistencial la condición de instituciones de servicio público que tienen estas Residencias:
 - Servicio que puede y debe de ser promovido y si fuese necesario gestionado directamente por las Administraciones;
 - Y que en todo caso, tiene que estar regulado y controlado por las instituciones públicas cuando las Residencias sean de titularidad privada.

Si esa perspectiva histórica que proponemos abarcase desde la Revolución Francesa, se observaría que es ahora cuando realmente está haciendo crisis el concepto “asilar” de la asistencia a las personas mayores. El hecho que mejor puede manifestar esta transformación es el esfuerzo que se viene haciendo por buscar alternativas a las Residencias destinadas a una retirada definitiva de la vida comunitaria.

Las razones por las que ahora se empieza a despegar de la concepción asilar son sólo en parte teóricas y deontológicas. También tienen que ver con factores sociodemográficos y de políticas asistenciales:

- a) El incremento de la población mayor;
- b) La prolongación de los años de vida de esas mismas cohortes de población;
- c) El esfuerzo por retrasar cuanto sea posible el ingreso en las Residencias. Consecuentemente las Residencias se están llenando de un proporción cada vez mayor de personas que ingresan para recibir una asistencia terminal.

Estos cambios en la estructura de la población y de la asistencia a los/as mayores están teniendo también algún efecto perverso; que analizamos seguidamente.

LA VIGENCIA DE LAS FUNCIONES ASILARES

Resulta una ironía de la historia que cuando existe voluntad de buscar alternativas a la Residencia “de retirada” es cuando más se aprecia la necesidad de encontrar dónde y cómo acoger a un número cada vez mayor de personas no válidas y sin otras alternativas asistenciales que las Residencias públicas o financiadas con los presupuestos públicos.

Con lo cual, y por la presión de los hechos –una vez salvadas las diferencias en cuanto a calidad de atención y en cuanto a valoración de las personas–, *se está volviendo nuevamente a la concepción de las Residencias que se encuentra originariamente en la fundación de los asilos*. Esta necesidad de seguir asegurando las funciones asistenciales que cumplió el asilo para las personas desprovistas de apoyos y de redes sociales no puede obviarse. Pocas veces se encuentra explícita esta reflexión en los textos analizados; pero está implícita en los propios baremos que aplican las Administraciones para asignar plazas en las Residencias.

Toda vez que el nuevo escenario demográfico parece ser una situación inevitable, va a crecer la demanda de Residencias permanentes con un elevado contenido asistencial e incluso paliativo. Sería muy útil que se ahondase mucho más en el papel que les corresponde desempeñar a las diferentes modalidades de Residencias permanentes, dentro del sistema global de atenciones a las personas mayores. Todo ello sin dejarse condicionar por los prejuicios y la mala conciencia que genera la referencia histórica a los asilos.

En las páginas que siguen se ofrece la información disponible, en la que se muestran los esfuerzos por adecuar la evolución vital de las personas mayores, con el diseño de los servicios residenciales. Documento: II.1.1: “Programa sueco de acomodación en alojamientos para las personas mayores”

1.1.2. Conveniencia de reabrir el debate sobre las funciones de las Residencias

A nosotros nos compete centrar el análisis en las Residencias de mayores. Hecha esta acotación puede ser previo y necesario obtener algunas indicaciones de esta breve mirada evolutiva:

- La atención institucional a las personas mayores tendrá que seguir ofreciendo lugares de retirada de la vida comunitaria;
- En consecuencia, las atenciones paliativas serán, en la práctica, el máximo que queda ofrecer a una parte importante de los y las residentes. Lo cual indica que se puede estar cerrando en falso el debate sobre las funciones asilares de las Residencias.

El escenario de un número creciente de personas mayores con 85 o más años, necesitadas de centros donde predominen los cuidados paliativos, ya es el que corresponde a España.

A pesar de los esfuerzos, tanto de reflexión como de equipamientos que se vienen haciendo (Cf. *Proyección y contenido de un centro residencial para la Tercera Edad*, INSERSO, 1990), sería una ligereza suponer que se cuente en este momento:

- Con un modelo en el que esté claro cuáles deben de ser las tipologías de Residencias que es necesario establecer, a quiénes deben de estar destinadas y qué funciones deben de cumplir.
- Con una infraestructura que pueda atender la avalancha de personas muy mayores, que van a necesitar un techo y unos cuidados permanentes.

El horizonte de lo indeseable sería que, desbordados por el inexorable cambio demográfico, las instituciones no consigan poner en funcionamiento los centros que se requieran y que una parte importante de esa población anciana se convierta en marginada y desvalida. Con lo cual habría que reinventar las instituciones para ancianos basadas en el altruismo o la caridad: es decir, otra vez los asilos.

También es un escenario indeseable, pero no imposible, que queden desbordadas las Residencias que deban de ocuparse de los/as ancianos/as necesitados/as de cuidados paliativos. Sería de temer que si se las lleva al tope de su capacidad y de su adecuación para atender las necesidades de las nuevas generaciones de ancianos, se constituyan en instituciones inadmisibles a las que se les vuelva a poder describir con las imágenes de pesadilla que tenían los asilos en la literatura del siglo XVIII y XIX.

1.1.3. Crisis de los modelos de evaluación cerrados

A tenor de cuanto se ha indicado en los epígrafes procedentes, se deduce:

- Que el esfuerzo por eliminar el modelo asilar para sustituirlo por otro de prestaciones de servicios a la Tercera Edad es un empeño histórico de la mayor validez y trascendencia social.
- Que constituye criterio esencial de ese cambio de perspectiva conseguir sustituir siempre que sea posible el internamiento por la asistencia en el entorno familiar y social de las personas mayores.

- Que ese empeño todavía no se ha alcanzado entre nosotros. Por ahora no se han hecho públicos ni los programas ni los recursos, ni los plazos destinados a llevar a cabo esa revolución histórica en el ámbito de las prestaciones a las personas mayores.
- Que si ese proyecto no llega a “implantarse —e incluso si la implantación se lleva a cabo con ritmos o con recursos insuficientes—, las previsiones demográficas pueden hacerlo inviable.

Abandonado el modelo asilar, la redefinición de las modalidades de Residencias y de sus respectivas funciones tiene que hacerse en el marco de un sistema global de atención a la Tercera Edad:

- Global porque abarque a toda la población mayor;
- Y porque incluya y relacione todas las prestaciones;
- Y porque se prolongue desde el inicio de la edad mayor, hasta la muerte.

Mientras se siguen dando sucesivos pasos en ese sentido, es obvio que un sistema de indicadores no puede ni debe ser una herramienta cerrada. Porque el objeto que trata de evaluar está cambiando y va a tener que cambiar muy aceleradamente.

La utilidad del indicador será mayor en la medida en la que ofrezca información útil para seguir el proceso del cambio.

1.2. Formas de clasificación

Planteamiento

Las formas de clasificación de las Residencias remiten explícita o implícitamente a algún marco más amplio. En este texto, ese marco de referencia se ha identificado como «el (sub)sistema de prestación de servicios a las personas mayores».

En el interior de tal (sub)sistema, las Residencias que son objeto de este estudio corresponden a aquellas que funcionan como lugares de vida permanentes. Tales Residencias constituyen solamente uno de los eslabones de una cadena de

centros que incluyen, además, a centros de estancia temporal y a otros de carácter ambulatorio.

La clasificación de este amplio repertorio varía mucho según cual sea la Comunidad Autónoma que se considere (cf. análisis de contenido de la labor legislativa de las CC.AA.). Se denominan además con nombres diferentes a centros que cumplen funciones equivalentes (por ejemplo, centros de día, casals d'avis, los centros ambulatorios, centros de diagnóstico y rehabilitación, etc.).

Las diferentes denominaciones responden lógicamente a criterios distintos. En ese repertorio de enfoques se pueden establecer las siguientes variantes:

Enfoques que se encuentran en las formas de clasificación de las Residencias:

- a) Según tiempo de permanencia y autonomía de los residentes.
- b) Según objetivos y funciones en razón del tipo de Residencias.
- c) Según organización.
- d) Según servicios.
- e) Según tamaño.

Se examinan a continuación.

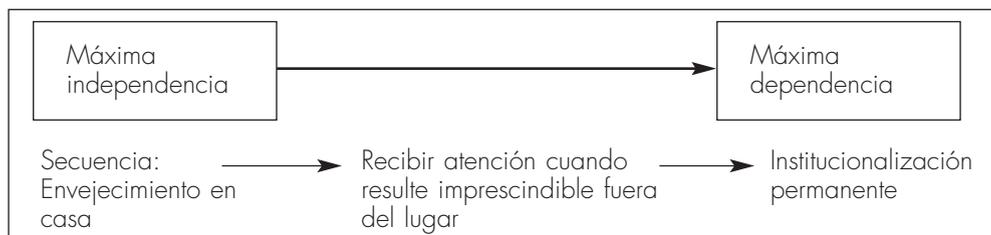
a) Según tiempo de permanencia y autonomía de los residentes

a1) Criterios implícitos

Referirse a las tipologías de Residencias según el tiempo de permanencia de los residentes es un criterio solidario de los niveles de autonomía de las personas mayores.

Siendo diferentes los niveles de autonomía, diversas deben ser las ofertas de Residencias y sus funciones

La diversificación de las Residencias pretende ofrecer alternativas especializadas a los mayores de 65 años (alternativa al deterioro en casa y al ingreso en Residencias).



Este criterio tiene un carácter secuencial. La atención se iría ofreciendo en lugares diversos a lo largo de la historia de vida de la persona mayor

La institucionalización no sería el objetivo final de los programas públicos, sino prolongar cuanto sea posible la atención a la persona mayor en su contexto social (si es posible en su domicilio), facilitando que se mantenga la integración en su medio, con los suyos.

Este enfoque obliga a un profundo rediseño de las políticas generales de prestación de servicios a la Tercera Edad, con sus correlatos de adaptaciones normativas y administrativas. Además requiere de otra asignación más cuantiosa de recurso privados y públicos y de otra redistribución de las inversiones gerontológicas.

Un rediseño secuencial de las prestaciones a la población mayor, orientado a prolongar el tiempo de autonomía en el seno de las estructuras familiares y sociales, tiene algunos presupuestos implícitos, no siempre suficientemente desarrollados en los que se han analizado. Entre ellos:

- El recurso a las nuevas tecnologías para asegurar la eficacia de las atenciones en tiempo útil (por ejemplo, sistema centralizado de recepción de avisos).

Fuentes: Allende, J. (1992); Andisac, P.A. (1985); Aranguren, J. L. (1992); Arbelo, A., y Hernández, G. (1989); Attias-Donfut, C. (1987); Badou, G. (1989); Carceles G., y Monrel, J. (1995); Colvez, A., y Robine, J. M. (1984); Conde, Ll. (1993); Conseil de l'Europe (1993); *Cuadernos de acción social* (1988); Díaz Veiga, P. (1987); Guillemard, A. M. (1990); Gundelach, P., y Rils, O. (1994); IMSERSO (1996); CSIC (1994); Justel, M., *et. alt.* (1989); OCDE (1988: 1994); Pineda, R., *et alt.* (1990); *Rev. Française des Affaires Sociales* (1993); Rodríguez, J. A. (1994); Rodríguez, P. (1995c); Rosenmayr, L. (1992); Simeoni I. (1989); Tennstedt, S. L., y Mc Kinlay, J. B. (1989); Townsend, P. (1981); Twigg, J. (1993: 1994); UNAE (1993).

- El desarrollo de nuevas formas de cooperación entre familiares, oferta privada de servicios para la Tercera Edad, y oferta pública de servicios.

Las Residencias de permanencia habitual se verán muy afectadas en sus funciones, y todo apunta a que tendrá que definirse de otra forma el papel que les compete desempeñar en el sistema. Se avanza el análisis en el texto que sigue.

a2) Tipologías

Enfoque

Este análisis de las tipologías se hace considerando que las Residencias de mayores forman parte de una red de servicios comunitarios en base a un programa público de atención a las personas mayores. Por esa razón, aunque aquí interesen las Residencias de mayores, en este punto resulta conveniente referirse al resto de las tipologías que abarca el sistema.

El análisis de los criterios de clasificación de las Residencias que suelen encontrarse en los textos analizados se desglosa en las siguientes tipologías*:

a2.1) *Residencias de permanencia temporal*

a2.2) *Residencias para residencia permanente*

Las Residencias permanentes se distinguen generalmente en tres tipos:

- Para válidos.
- Para personas asistidas.
- Mixtas.

* Existe un análisis completo en el estudio de la producción legal de la CC.AA.

Fuentes: Alonso, L. M., *et alt.* (1990); Barenys, M. P. (1991); Bazo, M. T. (1991); Defensor del Pueblo (1990); INSS 1990; IMSERSO (1992); Luque, O. (1994); Maravall, H. (1995); Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993; OCDE, 1993; OMS (1974); Reuss, J. M. (1995); Rodríguez, P. (1995b, 1995c, 1995d); Sarasola, A. (1995); Treserra, M. A., *et alt.* (1993); Walls, M. (1991).

a2.1) Como lugares de permanencia temporal

Enfoque

- Destinadas a ofrecer *“Una recuperación funcional y psicosocial para devolver a la comunidad individuos recuperados de sus dolencias mediante estancias programadas en el tiempo a un costo razonable”*.

En Treserra, M.A., *et alt.* (1993) se les define como *“Residencias de estancia limitada: son Residencias para suplir temporalmente el hogar familiar de personas con autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria. Disponen de diferentes servicios, como área de comida, de descanso y de tiempo libre, atención psicológica y social, así como también de actividades socio - culturales”*.

Se añade que *“la utilidad de estas Residencias es máxima para evitar el internamiento, pero que es un recurso muy poco utilizado”*.

a2.2) Como lugares de Residencia de mayores

La distinción que suele encontrarse hace referencia al estado de los/as residentes que las ocupan.

Residencias de válidos

Existen actualmente discrepancias en la clase de residentes que se cree que deban asignarse a esta tipología de Residencias. Dependiendo de los niveles de “validez” que se marquen, en algunos casos, las Residencias de mayores de válidos se conciben como hogares alternativos, para familias mayores que necesitan pocas atenciones. En cambio la OCD (1993) indica que estarían destinadas a personas mayores dependientes que necesitan un caudal considerable de cuidados.

Se indica que tienen las siguientes funciones:

- *Ofrecer servicios equivalentes a los del hogar a personas que pueden valerse por ellas mismas* (Treserra, M.A., *et alt.* 1993).
- *Para ofrecer una buena calidad de vida. “Calidad” remite al bienestar (físico, psicológico, relacional) de quienes todavía son válidos.*

Fuentes: INSS 1990; Reus, J. M. (1995); Treserra, M. A., *et alt.* (1993); IMSERSO (1990a, 1992, 1996).

- *Ofrecer disfrute* (ocio, cultura, creación) y *participación* (política, sindical, incluso laboral, etc.).

Este diseño remite a una nueva articulación de varias dimensiones que no suelen estar explícitas en los textos analizados, entre ellas:

Trabajo/jubilación.

Trabajo/pensiones.

- *Prestar una atención geriátrica integral*; se refieren los/as autores/as a la prestación de las medidas médicas asistenciales y rehabilitadoras necesarias en cada caso para mantener o mejorar el estado de salud física, mental del/la residente.

Observaciones:

En realidad esta concepción de las Residencias de mayores de válidos está haciendo aguas, o bien porque en la práctica no son centros de residencia “permanente” o bien porque pronto dejan de ser residencias de “válidos”.

El modelo supone que estos centros no pueden ofrecen atención especializada a mayores con graves minusvalías. El problema radica en qué se hace, cuando un/a residente “válido” se convierte en “no válido”. Caben dos políticas:

- a) que continúe en la misma institución, en cuyo caso el centro cambia a ser Residencia mixta, o
- b) que se le traslade a otro lugar, en cuyo caso, y en la práctica, el centro funciona como una Residencia “temporal”.

Residencias asistidas destinadas a quienes ya no son válidos

Concebidos como centros gerontológicos de atención especializada integral a mayores con graves minusvalías (demencia, incapacidad de locomoción, etc.)

Concretamente el INSS (1990) menciona los siguientes usuarios:

Fuentes: Bazo, M. T. (1991b); INSS (1990); INSS y Confederación Nacional de Residencias Privadas de la Tercera Edad (1994); IMSERSO (1995b); Izal (1995); Leed, S. M., y Shore, M. (edit.) (1992); OCDE (1993); Treserra, M. A., *et al.* (1993).

- Ancianos incapacitados como secuela de enfermedades degenerativas o neurológicas.
- Ancianos que, por inmovilidad prolongada, presenten grave dificultad para la deambulación.
- Ancianos con alta senilidad, generalmente con más de 85 años, que tengan dificultades para valerse por sí mismos.
- Ancianos dependientes por causa psíquica que no provoque un trastorno grave de su comportamiento.
- En algunos casos, y seguramente por la inadecuación entre la demanda y la oferta, se añade el requisito de que a las incapacidades físicas o psíquicas reseñadas habrá de añadirse la circunstancia de presentar una problemática social (familiar, económica, de vivienda, etc.) que les impida permanecer en su domicilio.

También se dice reiteradamente en los textos analizados que estas Residencias deben de prestar servicios equivalentes a los del hogar, complementados con los gerontológicos que necesitan estas personas que no puedan valerse por sí mismas.

En los programas públicos hay indicios de que las Residencias de mayores van a orientarse sobre todo a atender a mayores no válidos. Por ejemplo, en IMSERSO (1990) se indica que es recomendable que la política de actuación con la Tercera Edad en materia de atención institucionalizada se oriente especialmente hacia residentes incapacitados.

a2.3) Residencias mixtas (para válidos y no válidos)

Equipada para ambos tipos de residentes.

Es un modelo que se ha contemplado con interés en algunos trabajos (cf. INSERSO, 1990):

“El incremento de la esperanza de vida tiene como consecuencia una mayor permanencia de los ancianos en los centros, y con ello un porcentaje mayor de personas que por su deterioro psico-físico necesitarían ser asistidas.

Por ello, actualmente, y con proyección de futuro, parece aconsejable que las Residencias de la Tercera Edad permitan que su estructura y diseño hagan factible la atención tanto a residentes válidos como incapacitados que necesiten asistencia."

Estas tipologías de Residencias plantean numerosas dificultades en su funcionamiento y también en su financiación:

- Las primeras, referidas a la tensión entre "integración" (de las personas no válidas en ambiente de válidos) y "calidad de vida" (para los/as residentes válidos/as);
- Las segundas, relacionadas con las infraestructuras, servicios y costos que se requieren para satisfacer las distintas necesidades en una población heterogénea, tanto en sus condiciones físicas como sociales.

a3) Aporías del modelo

Se ha mostrado que frecuentemente las tipologías que se elaboran en los programas públicos operan con la variable "*residencia temporal, versus residencia definitiva*", en relación con la variable "*residentes que se valen por sí mismos, versus residentes que tienen que ser asistidos*".

La asociación a primera vista parece coherente. Pero ya se ha demostrado que plantea algunos problemas prácticos y deontológicos. Porque este enfoque implica el siguiente dilema a la hora de asignar unos u otros residentes a unas u otras tipologías de Residencias:

¿Qué debe de primar?:

a) ¿Que los/as residentes sean trasladados a sucesivos centros a medida que van pasando de la condición de "válidos" a la de "no válidos" para mantener una mínima equivalencia de los estados físico y mental de las personas y de la asistencia que reciben?

O bien:

b) ¿Que los/as residentes permanezcan en el mismo centro, hasta su fallecimiento, para evitar sucesivos traumas de traslado y la siniestra asociación entre cambiar de residencia y aproximarse a la muerte?*

* Se encuentra más bien esta concepción referida a las Residencias mixtas, en INSERSO, 1990.

Los programas públicos para las Residencias de mayores tienen con esta aporía uno de los problemas más importantes a la vista de los cambios demográficos que ya están en marcha, y que van a triplicar en muy poco tiempo la población longeva (cf. Martín Serrano, M., 1999).

b) Según objetivos y funciones en razón del tipo de Residencias

En la práctica, la mayoría de los programas públicos en los que hay referencia a las Residencias, tratan al mismo tiempo e incluso identifican “los objetivos” y “las funciones” que les asignan a estos centros.

En realidad, los “objetivos” orientan a pensar en *qué es lo que se quiere conseguir* con las Residencias. En cambio, las “funciones” llevan a reflexionar sobre *qué misión se les asigna* a las Residencias en el diseño de los programas públicos.

La mayor parte de los programas examinados están describiendo más bien las *funciones* que los *objetivos*. Seguramente, esta inclinación hacia los programas “funcionales” tiene que ver con las dificultades que existen para aclarar qué es lo que se quiere conseguir con las diversas tipologías de Residencias. A esas dificultades nos hemos referido anteriormente (cf. 1.1. “Evolución de las concepciones de las Residencias”).

b1) Repertorios de objetivos y funciones

Enfoque*

La mayoría de los programas le asignan a las Residencias de mayores funciones y objetivos directamente tomados de las políticas sanitarias. Concretamente, coinciden por lo general en referirse a las tareas preventivas, terapéuticas y rehabilitadoras.

* A partir de Montorio, I., 1995. B: Fontanal y Suñol, 1999; elaboración propia.

En algunos casos se amplía el marco, incluyendo las tareas sustitutorias y paliativas. Pero en pocas ocasiones, a la hora de referirse a los objetivos y funciones, se pone el énfasis en el carácter *existencial* y no meramente *asistencial*.

Esa otra perspectiva existencial, requiere que se preste atención a las prácticas cuando los programas públicos diseñen las funciones. En este trabajo, ese análisis más existencial aparece en la V parte de esta obra.

FUNCIONES	OBJETIVOS
<i>Preventivas</i>	Mantener: <ul style="list-style-type: none"> – La autonomía. – Las capacidades, evitando o retrasando la aparición o el empeoramiento de trastornos y enfermedades funcionales. – Los recursos y actividades sociales.
<i>Rehabilitadoras</i>	Recuperar las capacidades alteradas (sociales, físicas, mentales).
<i>Terapéuticas</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Atender en la enfermedad. – Atender en la convalecencia.
<i>Sustitutorias</i>	Dar soporte, ayudar en las funciones alteradas o perdidas. Favorecer e impulsar las relaciones sociales.
<i>Paliativas</i>	Disminuir los dolores y los sufrimientos: <ul style="list-style-type: none"> – Físico. – Psíquico.

b2) Áreas de atención asistencial

Enfoque

La concepción que se tiene de las funciones que le compete cumplir a las Residencias tiene reflejo en los modelos de organización para la atención asistencial.

Según Pérez, F., *et alt.* (1995) se deben diferenciar cuatro áreas:

- 1) **Área geriátrica:** Incluye a todos los pacientes portadores de distintas patologías geriátricas. El objetivo siempre es devolverles a su propio domicilio, si ello es posible.
- 2) **Área psicogeriátrica:** Considera que la incidencia de patologías psicogeriátrica justifica la necesidad de un área específica.
- 3) **Área de cuidados paliativos:** El autor dice que *“si en un grupo etario tienen razón de ser los cuidados paliativos, éste es el de nuestros mayores”*. Trae a cuento un aforismo del siglo XV:

“Curar, a veces. Aliviar, a menudo. Cuidar, siempre”.

- 4) **Área de rehabilitación:** Afirma que el objetivo inicial de la atención geriátrica es la rehabilitación. Este área estaría interconexionada con las otras tres, dada la necesidad de su participación en todas las actividades del centro.

c) Según tamaño

Enfoque

En la práctica se ha comprobado que las Residencias diseñadas para una población muy numerosa tienen problemas específicos, distintos de los que tienen las Residencias menores, y por lo tanto relacionados con la dimensión del centro.

Se confirma así lo que ya se sabía:

A partir de un cierto tamaño el incremento de la complejidad supone unos requerimientos de burocratización que aumentan más allá de lo admisible.

La despersonalización,

la ritualización y

el desarraigo.

En definitiva, los riesgos que conlleva aumentar el tamaño de los centros son secuelas de la masificación.

No existe un acuerdo sobre cuál es el número de residentes a partir del que aparecerían los signos de masificación. Es un debate abierto cuando se están escribiendo estas líneas.

Razones económicas y demográficas llevan a que algunos programas contemplen la posibilidad de combinar las ventajas que ofrece la economía de escala, favorable a los centros más grandes, y las exigencias de una asistencia no masificada (véase 1.e.2.: "Propuestas para evitar la masificación").

c1) Clasificación de los centros residenciales según su tamaño

La clasificación de las Residencias en base al número de plazas constituye la forma más habitual de diferenciar los centros por su tamaño.

Las variantes son tantas como Autonomías y pueden consultarse con el análisis que se ha hecho de la producción legislativa de las CC.AA.

Seleccionamos aquí la clasificación que se encuentra en IMSERSO (1990).

- *Pisos o viviendas tuteladas*
Con capacidad para seis u ocho personas y de carácter familiar.
- *Miniresidencias*
En todo caso de no más de 40 plazas.
- *Pequeñas Residencias*
Con capacidad entre 40 y 100 plazas.
- *Medianas Residencias*
Con capacidad entre 100 y 200 plazas.
- *Grandes Residencias*
Con capacidad superior a 200 plazas.

c2) Propuestas para evitar la masificación

Se ha indicado que los programas públicos suelen ser sensibles a los efectos de la masificación, y que también tienen que tomar en cuenta las dificultades reales, tanto de infraestructuras como de equipamientos materiales y económicos. Se encuentran algunas propuestas que, sin abandonar las construcciones de centros "macro", tratan de adecuarlas a un uso no masificador. Por ejemplo, en IMSERSO (1990):

"Desde una perspectiva humana es mejor la pequeña y mediana Residencia, próxima al medio social en que se desenvuelve la vida de los usuarios, que la gran Residencia, ubicada en la cabecera de la provincia, la cual, además de masificar a las personas, las desarraiga de su familia y de su entorno.

En todo caso, es necesario tomar en consideración que la masificación no viene dada por el número de plazas del Centro, ya que el diseño arquitectónico permite diversificar ambientes en pequeños módulos y crear un clima familiar y personalizado, compatible con un número de residentes, que permite un responsable equilibrio entre coste y atención personalizada."

2. CONCEPCIÓN DE LOS/AS RESIDENTES

Rasgos discriminativos

Aquellos rasgos que aparecen en las fuentes, como *específicamente diferenciadores de*:

Los/as ancianos/as, versus de los/as no ancianos/as;

De los ancianos/as residentes/versus de los no residentes;

Los rasgos discriminativos sirven de fundamento para definir (y por tanto para evaluar y también para actuar). Concretamente, diferencian en el colectivo de ancianos:

- quiénes (son o pueden ser residentes);
- cómo se concibe que son los/as residentes.

Análisis cuyo correlato es el siguiente:

- cómo hay que tratar a los residentes.

Seguidamente se examina la forma en la que se describen estos tópicos en las fuentes secundarias.

2.1. Quiénes pueden ser residentes

A pesar del esfuerzo que se ha realizado, la demanda de plazas en Residencias de mayores es mayor que la oferta. Consecuentemente, en las residencias se establece un orden de prelación, que supone elaborar distinciones generalmente traducidas a baremos.

En el estudio de la labor legislativa de las Autonomías hay un análisis detallado de los criterios de selección. Suelen aparecer los siguientes:

- Falta de medios de subsistencia.
- Estados de desamparo.
- Grado en el que la persona necesita atención asistencial.

En la actual coyuntura de escasez de Residencias públicas las plazas disponibles se destinan de preferencia a las demandas de los sectores más desfavorecidos.

Cabe concluir que en la actual etapa de desarrollo del sistema público de Residencias sigue presionando la insoslayable necesidad de utilizar estos centros para atender a los/as "necesitados/as", es decir (en los términos de Treserra, M., A. *et al.* 1993), "para atender preferentemente a los ancianos *terminales, solitarios por abandono de la familia, incapaces de gestionar sus derechos; los "explotados" o manipulados por sus propios familiares, a los enfermos físicos y mentales, a los abandonados, etc.*". Lo cual redundará en el carácter todavía de beneficencia que sigue desempeñando en la práctica el sistema público de Residencias para mayores. Esta prioridad parece muy justa. Pero en estas circunstancias quienes suelen verse discriminadas son las clases "medias" y "medias bajas", porque no pueden costearse el precio que tienen las Residencias privadas.

Fuentes: Bazo, M. T. (1999); Borch y Escribano, C., y Sánchez, I. (1989); Cabré, A. (1993); Carceles, G. (1996); Castell, M., y Ortiz, L. (1992); Cruz, P., y Cobo, T. (1990); Conseil de l'Europe (1993); Comisión Europea (1995a); Díez Nicolás, J. (1996); Fernández, J. A. (1992); Fundación FOESSA (1994); Generalitat de Catalunya (1993); Gobierno Vasco (1993); INE (1993: 1994); Informe GAUR (1975); IMSERSO (1989, 1990b, 1990c, 1990d, 1992); Jameson, A., e Ilsley, R., edit. (1995); Kaufmann, A., y Frías, R. (1996); Pérez, L. (1993); Ramos, R. (1995); *Revista Española de Geriátria y Gerontología* (1995); Wilbers, J. (1993)

Con menos razón el sistema público de Residencias está actualmente en condiciones de ofrecer opciones reales al resto de la población que tiene otras necesidades, menos apremiantes, aunque no menos legítimas. Por ejemplo, a quienes buscan en las Residencias una opción para mejorar su situación psicológica. Al parecer esta es la razón que alegan la mayoría de los/as solicitantes de plazas:

En la práctica la atención del resto de la población mayor sigue estando confiada a las familias. Todavía el sistema de prestaciones para las personas mayores no está en condiciones de ser esa alternativa que se ofrece a la sociedad, para que el ingreso en la Residencia represente una opción normal, posible y conveniente, cuando las circunstancias y los deseos de las personas lo estimen necesario.

a) La concepción desde la necesidad social

Se ha indicado que por ahora es el estado de necesidad el principal criterio que a nivel "macro" le otorga a una persona mayor la condición de candidato a una plaza en las Residencias públicas.

Ciertamente hay un vínculo entre los conceptos de "necesidad social" y de "servicio social" que está analizado en el Seebohm Report. del Reino Unido (en Treserra, *et alt.*, 1993). Los servicios sociales se entienden como "*experimentos a gran escala para ayudar a los necesitados*".

En el *Pla Integral de la Gent Gran* (vol. 2), del Departamento de Bienestar Social de la Generalitat de Catalunya, se hace un resumen de Bradsaw (1977) que sirve para mostrar el carácter polivalente del concepto de "necesidad social". Se distingue entre:

Necesidad normativa: Definida por los profesionales, expertos, administradores, a partir de unos niveles previamente establecidos de atención o de estado de salud (por ejemplo, a partir de las diversas escalas de incapacidad o de malnutrición, o de ingresos, entre otras muchas).

Se indica explícitamente en el texto que este concepto normativo cuando usa un mismo nivel para toda la población no toma en cuenta la relación que existe entre necesidad y características socioeconómicas, por ejemplo, la clase social. Ciertamente, "*la necesidad no es un hecho empírico*"

Necesidad experimentada: Definida como carencia subjetiva. Dicen los autores que en una democracia la necesidad experimentada constituye un componente importante de toda definición de necesidad, pero que sólo se han incorporado en el terreno de los estudios. La atención a esta dimensión subjetiva supondría, en unos casos, un aumento de la demanda, cuando se exagere la situación personal, y en otros casos, una infravaloración, cuando no se esté dispuesto a reconocer ese sentimiento de carencia y dependencia.

Necesidad expresada: Definida como la necesidad experimentada cuando se manifiesta como demanda explícita. Dicen los autores que "las listas de espera" son indicadores de esta necesidad. Y añaden que no coinciden las demandas que se expresan con las necesidades "reales". Ciertamente los cambios en los baremos y en los criterios de admisión aumentan o rebajan las listas de espera

Necesidad comparativa: Por referencia a Davies, B. Se interpreta esta necesidad en términos de déficit de equipamientos en determinadas zonas (por ejemplo, comarcas) en comparación con los equipamientos del conjunto del territorio.

Esta categoría parece que puede plasmarse en el denominado "modelo del déficit" (cf. Kauffman, en Luque, O., 1994).

Existe otro modelo propuesto por Stuffebeaum y Shinkfields (1987) que se denomina "de la discrepancia" y que articula tres criterios: lo que se piensa que *debería* de ser, lo que se *querría* que fuese y lo que se *desearía* que fuese.

Otro planteamiento muy semejante, y seguramente más útil para diferenciar las concepciones de la necesidad social, se encuentra en Frisquie, y lo recoge Luque, O., en la misma obra. Diferencia cuatro situaciones de discrepancia:

- Estado actual – hipotético estado futuro.
- Estado actual – deseado.
- Estado actual – esperado.
- Estado actual – ajustado a norma.

Fuentes: Allende, J. (1992); Arago, J. (1980); Atchley, R., y Seltzer, M. ed. (1976); Bandera, J. (1994); Bazo, M. T. (1992); Barren. J. E., y Bengston, V. L., edit. (1988); CCE (1993); Collado, A. (1993); Coxe, H. (1984); García, B. (1994); Harris, D. K. (1985, 1990); Herlich, C. (1969); Kauffman (1994); Kane, R. A., y Kane, R. L. (1981); Maiztegui, C. (1995); Treserra, M. A. *et al.* (1993); Thayer, R. (1983)

b) Las necesidades a satisfacer por los servicios sociales

b1) La incapacidad de las instituciones para atender las necesidades

Luque, O. (1994), citando a Butler y Wilson (1990), escribe:

“Entre las características específicas de la planificación en servicios sociales donde incluimos los gerontológicos se han señalado una serie de factores «inevitables» a considerar. Son estos:

- 1) Las necesidades siempre serán superiores a los recursos.*
- 2) La determinación de los usuarios siempre implica juicios de valor.*
- 3) Los servicios y sus costos no son nunca estáticos.*

4) Las mejoras futuras provendrán sobre todo de prácticas mejores y más productivas.

Estos criterios marcan unos límites al alcance de la planificación social. Parece que también pueden ser aplicables a las políticas de las Administraciones públicas en el campo de las Residencias de mayores. Pero en todo caso habrá que adoptar criterios que permitan jerarquizar las necesidades que compete y no compete satisfacer a las instituciones, en relación con las necesidades cuya satisfacción se considera responsabilidad de otras instancias: por ejemplo, de la familia. Este debate está iniciado en algunos textos sociológicos y previsiblemente será un tema relevante a corto plazo.

b2) La concepción jerárquica de las necesidades

Existen varios textos que se interesan en ordenar las necesidades que deben de ser satisfechas por los servicios sociales en general y por el sistema de Residencias públicas en particular. Pero en estas propuestas suele observarse un cambio de nivel: se pasa del análisis sociológico al psicológico. Concretamente, la referencia más utilizada es el modelo jerárquico multidimensional de Maslow (1936), cuyas características son muy conocidas:

Las necesidades básicas, según el autor, son cinco, y la satisfacción de cada una de ellas prima sobre la satisfacción de todas las que le siguen:

a) *Necesidades fisiológicas*: Respirar, comer, beber, evacuar, dormir, tener calor y abrigo, etc.

b) *Necesidad de seguridad*: Contar con protección frente a todas las amenazas (físicas, económicas y/o psicológicas, sociales).

c) *Necesidades de pertenencia a grupos*: Incluye la obtención de afectos, amistosos, amorosos, etc.

d) *Necesidad de ser estimados*: Se relaciona con la persecución de prestigio, del poder.

e) *Necesidades de autorrealización*: Se refieren al impulso que lleva a desenvolver todas las capacidades de la persona.

En documentos I.2.2.b2 se reproduce el listado de necesidades correspondientes al SERA.

2.2. Las teorías relativas a la naturaleza y la condición de los/as mayores en las Residencias

Interesan estas teorías porque proponen unas interpretaciones de las personas mayores, que arrastran tras de sí *modos de tratarles*.

El trato que reciben las personas deriva de la representación que de ellas se tenga. Las representaciones en torno a la vejez residencial, según Memin, Ch. (1984), muestran que no se tiene muy claro *quién* es una persona mayor. Dice la autora:

"...para determinadas gerontologías, a un anciano hay que tratarle: o como si todavía fuese un adulto, o como si fuese un niño, o como si él fuera más que nada un enfermo, o como si ya no tuviese otro proyecto vital que morirse."

La concepción que se tiene de las personas mayores en general, y de quienes son residentes en particular, está frecuentemente plasmada en modelos que suelen ser a la vez una "teoría de la Tercera Edad" y unas herramientas para es-

tablecer las necesidades que supuestamente el colectivo de la gente mayor necesita cuando pasa a vivir en una Residencia.

En España tienen la mayor relevancia las teorías que se centran en las relaciones entre ambiente y vejez. Es un enfoque que se apoya en un importante esfuerzo analítico y de investigación. No obstante, también hay otros planteamientos, que tiene interés analizar, siendo algunos de ellos muy relevantes en EE.UU. y en otros países de la U. E.

El repertorio de teorías que van a examinarse es el siguiente:

- Teorías del deterioro y de la pérdida de competencia.
- Teorías del ciclo vital y de la subcultura.
- Modelo funcionalista de la desvinculación y de la modernidad.
- Teoría del rol y de la clasificación por edades.
- Teorías de la interdependencia entre ambiente y vejez.

a) Teorías del deterioro y de la pérdida de competencia

Contenido de este análisis

Incluye los siguientes desarrollos:

- a1) Rasgos discriminativos.
- a2) Modelo implícito en la concepción de los residentes.
- a3) Características del deterioro en las Residencias.
- a4) Niveles de deterioro de los residentes.

Fuentes: Andisac, P. A. (1985); Bazo, M. T. (1996); Benatar *et al.* (1993); Bermejo, F. (1993); Casals, J. (1982); Carretero, M. *et al.* (1985); Casals, J. (1982); Fericgla, J. M. (1992); García, B. (1994); Harris, D. K. (1990); Isach, M., e Izquierdo, G. (1993); Kalish, R. A. (1991); Lehr, U. (1980); Misrama, B. L., y Riedel, R. G. (1986); Moody, H. R. (1994); Rosenmayr, L. (1979); Sáez, N. (1986); Sánchez, P. (1993)

a1) Rasgos discriminativos

Se ha indicado que las teorías del deterioro de la pérdida de competencia tienen una gran relevancia en la concepción de los residentes, tanto por su peso específico cuando proporcionan modelos de análisis, como por su penetración en la mayor parte de las restantes teorías.

“Dependencia” en relación con “pérdida” aparecen como los dos apoyos para el aparato conceptual. Esas categorías aparecen explícitas en variados niveles de análisis, que tratamos de resumir en este Cuadro:

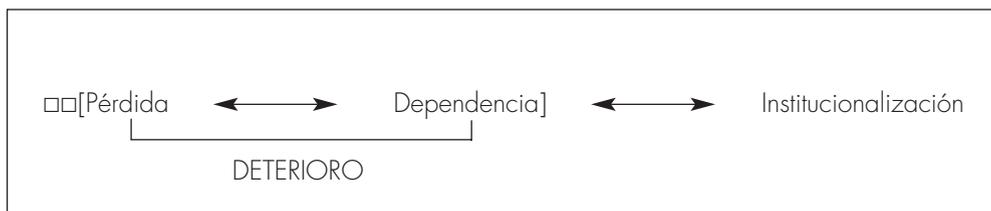
Rasgos discriminativos	Explicitación
Pérdidas ¹	De lugar de residencia. De seres queridos (amigos, cónyuge). De capacidades funcionales. De capacidades mentales. De actividad laboral. De recursos económicos. De interés hacia el entorno social. De vida sexual.
Dependencia física	Limitaciones para el desempeño de las A.V.D.: – En el cuidado de sí mismo. – En el manejo del entorno.
Dependencia emocional	Limitaciones para la expresión de sentimientos (retirada emocional, depresión, etc.).
Síndrome de la institucionalización	En la autoimagen. En la proyección social. En la salud. En la satisfacción existencial.

¹ Cf. Benatar *et al.* (1993).

a2) El modelo implícito en la concepción de los residentes

El repertorio de rasgos discriminativos que acaban de relacionarse pueden reunirse en un único modelo, que denominamos "modelo de generación del deterioro en las Residencias".

- Estructura del modelo de generación del deterioro en las Residencias



Las componentes de este modelo tienen las siguientes conexiones:

- Por una parte, hay un nexo (retroactivo) que vincula [Pérdida] con [Dependencias].
El deterioro podría entenderse precisamente como esa interfaz.
- A su vez, el deterioro tiene un nexo (retroactivo) con la institucionalización.

a3) Análisis del deterioro en las Residencias como limitador de los/as residentes

En el análisis del deterioro suelen aparecer las siguientes distinciones:

- deterioro físico.
- deterioro mental.
- deterioro psicológico,
- deterioro social.

El grado en el que esas dificultades afectan a la vida de las personas que los padecen y por tanto a quienes les cuidan se evalúa por lo general distinguiendo entre:

- *Deficiencias*: Que se interpretan como derivaciones respecto de la norma biomédica, cualquiera que sea la función que se vea afectada.
- *Incapacidades*: Cuando la deficiencia, por sí sola o en interacción con el entorno es causante de que la persona no pueda realizar alguna actividad.
- *Handicap, sea psicológico o social*. Cuando la falta de recursos sociales (por ejemplo, dinero, redes de apoyo) o la incapacidad física o mental para establecer relaciones hacen que la persona tenga dificultades que no puede superar para la interacción.

Tiene importancia la valoración que se hace en los textos analizados de los niveles de deterioro de la población, a la hora de planificar las políticas de construcción de Residencias. Esta perspectiva es propia de los estudios sociodemográficos y de salud pública.

Además hay otra perspectiva gerontológica y administrativa, que trata de poner en relación los niveles de deterioro de las personas residenciadas, con las cargas para el centro, y con los programas de rehabilitación y de asistencia que tienen que ser previstos.

La producción de herramientas de diagnóstico y clasificación de los deterioros es abundantísima. Las más utilizadas están reproducidas en la parte V de este estudio, dedicada al análisis de las prácticas, en el correspondiente capítulo del tomo de Documentación.

b) Teorías del ciclo vital y de la subcultura

Rasgos distintivos

El fundamento de esta teoría está en el interaccionismo simbólico, y más concretamente en la obra de Mead, G. H., que se editó en 1934. Según el autor, el "Yo" —o si se prefiere, la propia identidad—, surge de la interacción con los demás. Más concretamente es el resultado de la imagen de nosotros que nos devuelven los demás. El YO viene a ser la idea que los demás tienen de nosotros, interiorizada.

- *La teoría de la actividad* retoma estos análisis, vinculando actividad social y satisfacción existencial.

La imagen que la sociedad devuelve de los ancianos, por estar devaluada en su rol social, y por estar marcada por una atribución de ineptitud y de decadencia, vendría a erosionar gravemente el yo de las personas mayores.

En consecuencia, una persona mayor es quien ha abandonado los papeles que poseía en su ser adulto.

- Un planteamiento más constructivo se ofrece en *la teoría de la continuidad*. Entiende que puede y debe de haber una congruencia entre la etapa vital y la clase de representaciones de sí mismos que las personas pueden valorar y desear.

El YO que se haya construido antes de la vejez seguiría persistiendo, con los convenientes reacomodos a la nueva etapa biológica y social, y tendrían que entenderse esas variaciones, como constituyentes de un ciclo natural, que no tiene porqué ser ni traumático ni displacentero.

- Finalmente, *el modelo de la subcultura* subraya que esas interacciones sociales en las que se genera el YO se dan en el interior de grupos, contruidos en torno a afinidades o a pertenencias sociales y espaciales. Las personas residiendo vivirían en una comunidad de mayores y por tanto tendría que ser interpretado el universo de estas personas, como una subcultura. Según escriben, tienen en menos estima intereses y necesidades propios de otras edades: por ejemplo, el sexo. Lo que contaría para la satisfacción existencial de estos y estas mayores sería el rol y el estatus que reciben en su nicho de subcultura y no tanto la evaluación que se les haga en la sociedad global.
- Otra variante de este modelo advierte que la condición de los mayores es parecida a la de una minoría, que ya no tiene acceso ni al poder ni a los recursos sociales, y que por tanto está objetivamente segregada. La minoría de los mayores, como colectivo, sería socialmente impotente y cada vez más estará inmersa en la pobreza.

Fuentes: Atchley, R., y Seltzer, M. (edit.) (1976); Attias – Donfut C. (1998); Cicourel, M. (1989); Cornreid, D. W., *et alt.* (1977); Lehr, U. (1980); Mead, G. H. (1934); Reid, D. W., *et alt.* (1997); Sáez, N. (1986).

c) Modelo funcionalista de la desvinculación y de la modernidad

Rasgos distintivos

El origen de este modelo está en Durkheim, E., autor que tiene una referencia explícita a los problemas de la edad, en un texto poco conocido (cf. 1970). Lo esencial de esta referencia al Padre del Funcionalismo es lo siguiente:

La estructura de la sociedad (o si se prefiere la organización social) determina las funciones que se les atribuyen a los actores sociales. Nuestra sociedad está organizada en base a la productividad, y este orden no tiene funciones que ofrecer a quienes ha dejado fuera del sistema productivo. Por tanto, la vejez es una etapa vital durante la que se les fuerza a las personas a consumir una *desvinculación* del orden social. Añade Durkheim que este proceso carece de "ritos de passage".

Se concluye que la vejez, tal como hoy la conocemos, resulta ser un producto de la "modernidad", es decir, de las sociedades organizadas para la productividad y la rentabilidad.

Aceptando como irrevocable este estado de cosas, hay propuestas para facilitar la desvinculación. Como es lógico, concluyen en la idea de que las Residencias son un universo inevitablemente desvinculante y desvinculado.

Llevando estos análisis a sus últimas consecuencias resulta además de inevitable necesaria la desvinculación entre la persona mayor y el sistema social. Porque las personas mayores deberían de dejar disponibles sus papeles y sus estatus, con el objeto de asegurar la reproducción social. De hecho hay autores, como Cumming y Henry (1961), que consideran necesaria para vivir una "buena vejez" que se consume ese desenganche: de modo tal que la vida se articule sólo en torno a las posibilidades de uso del tiempo que ofrece la jubilación.

Fuentes: Bandera, J. (1993); Beauvoir, S. (1970); Bourdieu, P., y Passeron, J. C. (1974); Cumming, E., y Henry, W. H. (1961); Díez Nicolás, J., e Inglehar, R. (edit.) (1994); Durkheim, E. (1970); Festinger, L., *et al.* (1994); San Román, T. (1990); Touraine, A. (1992).

d) Teoría del rol y de la clasificación por edades

Rasgos distintivos

El concepto de "rol" procede del padre fundador de la sociología, A. Comte. Se usa en paralelo con los términos "papel social" y lleva implícito un "estatus" o "posición" en el seno de la organización social.

Obviamente, la vejez implica un cambio de roles. Pero estas teorías se interesan en la transformación del estatus social consecuente al envejecimiento. En el ámbito del "Estructuralismo-funcional" americano hay varios autores —incluidos Merton y Parsons—, que han especulado con la idea de que en nuestras sociedades la estratificación social es en medida no despreciable cuestión de edades. Incluso la edad sería más determinante del estatus que las clases sociales. Y concretamente los viejos tendrían el estatus más bajo.

- *Teorías de la estratificación*

Riley (1971), discípulo de Parsons, plantea cuatro temas para estudiar la estratificación resultante de las edades:

1) Cómo la edad afecta a las actitudes y comportamientos de las personas.

2) Cómo se llevan a cabo las interacciones entre las personas de un mismo estrato de edades y el resto de las personas que pertenecen a otro estrato.

3) Cuáles son las dificultades que el envejecimiento de las personas lleva implícitas para el grupo al que se incorpora y para los restantes estratos.

4) Cuáles son los cambios en las actitudes que se relacionan con el tránsito por las sucesivas etapas de edad.

- *Teoría del rol social*

Phillips (1957, en Treserra, M. A., *et al.*, 1993), dice que el rol social tiene que ser ajustado cuando llega la Tercera Edad, y destaca dos tipos de reacciones:

— Ajustes referidos al abandono de los roles y de las relaciones, que caracterizaban la época adulta.

Fuentes: Birren, J. E., y Bengston, V. L. (edit.) (1988); Casals, J. (1982); Confort, A. (1978); Comte, A. (1912); Ginn, J., y Arber, S. (1993); Rsoy, I. (1974); Todd, E. (1983).

- Ajustes relacionados con la aceptación de los roles, actividades y relaciones tipificadas por la vejez. Phillips menciona que los mayores cambios que se producen en este periodo de transición son los siguientes: 1) Retirada laboral; 2) Abandono de los roles de liderazgo social o empresarial; 3) Disolución del matrimonio, normalmente por muerte de uno de los esposos; 4) Pérdida de un lugar de residencia independiente; 5) Pérdida de interés en las metas; 6) Aumento de la dependencia con respecto de los otros; 7) Subordinación respecto de los hijos; 8) Adopción de una orientación día a día. Estos son los cambios que, según el autor, la sociedad espera de las personas mayores.

e) Teorías de la interdependencia entre ambiente y vejez

Rasgos distintivos

Fernández, R., et al. escriben (en 1991): «...la mayoría de los modelos de interdependencia derivan de tres puntos fundamentales:

a) La idea lewiniana de interdependencia entre la conducta, las variables personales y el ambiente [$P=f(C \times A)$] (Lewin, 1936).

b) La idea de que las personas y los ambientes mantienen un diálogo de causas recíprocas.

c) La mayoría de los modelos resaltan la adaptación como razón de ser de dicha perspectiva.

Según los/as propios/as autores/as Moos y Lemke (1985) proporcionan el marco general para el examen de los aspectos ambientales en las Residencias de mayores.



Esta misma fuente incluye como ejemplos paradigmáticos de esta línea de trabajos cuatro desarrollos: el modelo ecológico de Lawton; el modelo de la congruencia de Kahana, el modelo ecológico social de Moos y el modelo ecológico conductual de Fernández-Ballesteros.

Tal como señalan las autoras y autores, esta perspectiva pone el mayor énfasis en los procesos de *adaptación* de la persona al ambiente. Ciertamente, quedan menos subrayados los procesos de *transformación* de los ambientes para que se adecúen a las necesidades de los grupos y de las personas.

El concepto de "ambiente" (como corresponde al origen del modelo en la tipología de Lewin y se señala en el texto que se ha reproducido) integra el análisis de los comportamientos con el estudio del entorno donde se desenvuelve cada actor. En la perspectiva lewiniana resulta poco pertinente referirse a otros componentes de la conducta que queden fuera de ese "topos", por ejemplo, a los conflictos de personalidad, al sufrimiento.

La interpretación que se hace de "qué es lo que debe de entenderse por ambiente" incluye distintas perspectivas según los/as autores/as que se analicen. En principio el concepto "ambiente" acepta variables infraestructurales (p.e., la distribución de los espacios en las Residencias), estructurales (la organización de la vida cotidiana en los centros) y, en menor medida, variables supraestructurales (la satisfacción de los residentes).

El término "ambiente", al ser tan comprehensivo, llega a abarcar todo lo que no es el sujeto. En ocasiones, resulta una categoría demasiado general, lo cual puede ser un inconveniente frente a otras alternativas de análisis por niveles específicos. Por ejemplo, en cualquier evaluación de un sistema complejo, como lo son las Residencias, resulta conveniente que se distinga entre lo que es material, lo que es información, lo que es organización y control, lo que es ideológico y axiológico, y también es útil que para cada uno de estos niveles existan categorías y análisis específicos.

Algunos/as autores/as, incluido el equipo que dirige la Profesora R. Fernández-Ballesteros, han abierto el modelo, integrando en el ambiente algunas variables, denominadas "contextuales", que corresponden al sistema social de refe-

Fuentes: Caro (1987) y Fernández Ballesteros (1991); Corraliza, J. A. (1987); Fernández Ballesteros, R., *et al.* (1986, 1992); Izal y Fernández-Ballesteros (1990); Kahana, E. (1982); Lawton, M. P. (1982, 1989); Moos, R. H. (1974, 1979); Pincus, A. (1968); Pincus, A., y Wood, V. (1970); Stokol, S. A., y Altman, D. (edit.) (1987); Zube, E. (1984).

rencia donde se sitúan las Residencias y los residentes. Ciertamente tanto *el comportamiento* (en el sentido de Lewin) como la posibilidad de *apropiarse de un entorno-ambiente, para vivir* tienen mucho que ver con las condiciones sociales de las personas (p. e., dinero, cultura) y con las disponibilidades sociales (recursos públicos).

Las propuestas de indicadores de evaluación es muy abundante en los modelos que derivan de estas teorías. Según quienes han hecho una revisión de la literatura especializada, para la elaboración del SERA, el repertorio de modelos de indicadores que tiene más relevancia sería el siguiente:

<p>Satisfacción de los residentes con el Centro.</p> <p>Evaluación ambiental.</p> <p>Relación entre recursos de la institución y necesidades de los residentes.</p>	<p>Escala de satisfacción con la Residencia McCaffree y Harkins, 1976.</p> <p><i>Sistema de evaluación de Residencias de ancianos (SERA)</i>. Fernández Ballesteros et alt. Procede del MEAP: <i>Evaluación multifásica ambiental</i>, de Moos y Lemke, (1979, 1984).</p> <p><i>Cuestionario para la descripción de Residencias de ancianos</i> (Pincus, 1968; Pincus y Wood, 1970).</p> <p><i>Escala de congruencia persona-ambiente</i> (Coulton, 1979).</p> <p><i>Sistema de valoración de calidad</i> (Dennis et alt. 1977).</p>
---	--

II. LAS INFRAESTRUCTURAS

ÍNDICE

1. LOS RECURSOS	93
1.1. Desagregación de los recursos que cabe evaluar.....	94
2. RECURSOS MATERIALES	97
a) El edificio en su conjunto, su equipamiento y su entorno.....	98
a1) Definición de espacios e instalaciones básicas	98
a1.1) Repertorio de elementos	98
a1.2) Categorías para definir y estandarizar los repertorios..	100
a2) Funciones según los usos y necesidades de los/as usuarios/as...	103
a2.1) Repertorio de usos y necesidades	104
a2.2) Repertorio de las evaluaciones más mencionadas.....	105
a2.3) La prevención del riesgo de caídas a nivel de las infraestructuras y equipamientos	108
a3) Espacio abierto exterior y entorno	109
b) Equipamientos genéricos.....	110
b1) Repertorio de equipamientos genéricos y sus especificaciones	110
c) Equipamiento gerontológico	124
c1) Repertorio de equipamientos gerontológicos y especificaciones...	125

c2) El equipamiento para los/as ancianos/as dementes	131
c2.1) Opciones entre separar o integrar los/as residentes.....	131
c2.2) Diseños de los espacios	132
3. RECURSOS ECONÓMICOS	135
a) Importancia atribuida a la inversión y a la financiación de las Residencias	136
b) Debates abiertos en torno a los temas económicos	136
4. RECURSOS HUMANOS	139
5. LA EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS	141
a) Criterios de evaluación.....	141
b) Indicadores para la evaluación de equipamientos cuya necesidad es compartida, cualquiera que sea la carga asistencial que se tome en cuenta	142
c) Indicadores para la evaluación de equipamientos específicos.....	143

1. LOS RECURSOS

Definiciones

En este análisis se entienden por “infraestructuras” todos los recursos de los que es necesario disponer para que sea posible:

- Crear una Residencia.
- Hacer que funcione.
- Ofrecer la gama y la calidad de servicios que estén determinados por las normativas.
- En razón de la naturaleza de los recursos las infraestructuras suelen diferenciarse según:
 - “Los recursos materiales y financieros”.
 - “Los recursos humanos”.

También en ocasiones (pero no en los textos analizados) se consideran recursos:

- “El conocimiento” y “el saber hacer”.
- La existencia de instituciones que promueven y coordinan “la generación de recursos”.

Planteamiento

El análisis de cuáles deben de ser las infraestructuras necesarias para el mantenimiento, la creación y el buen funcionamiento de las Residencias es uno de los temas más estudiados, tanto a nivel teórico como normativo.

Estos análisis derivan:

- De la reflexión sobre los recursos genéricos que se necesitan en cualquier centro donde conviva un colectivo (cf. en esta misma parte “Infraestructuras”).
- De la previa definición de las tareas que deben de asumir las Residencias y de las actividades que en ellas se llevan a cabo (cf. “Programas públicos, Prácticas”).
- Del análisis de las necesidades que tienen los/as residentes (cf. “Las estructuras”).

Suele ser una observación adicional en los textos al uso que las tareas y las necesidades son más numerosas que los recursos disponibles y en algún caso, se añade, que siempre lo serán.

Por esa razón abundan más los análisis que se fijan en los recursos mínimos que aquellos que se dedican al cálculo de los recursos óptimos. Como es lógico, la valoración de lo que resulta imprescindible, y de lo que se considera excelente, a nivel de las infraestructuras, está sujeto a cambios con el paso del tiempo. En el tema que nos ocupa, esos cambios parecen bastante acelerados, seguramente por la creciente sensibilidad que existe hacia los problemas materiales y emocionales de la población mayor residenciada y por el incremento de residentes con mayores demandas de servicios y atención especializadas.

1.1. Desagregación de los recursos que cabe evaluar

Para volcar la abundante literatura disponible es posible adoptar la siguiente clasificación:

Recursos materiales

- a) Infraestructuras físicas–arquitectónicas y su equipamiento.
 - a1) Edificio en su conjunto y su equipamiento.
 - a2) Espacio abierto exterior y entorno.
- b) Equipamiento gerontológico.
- c) Otros equipamientos genéricos.

Recursos económicos

- a) Capital.
- b) Financiación.
- c) Costos.

Recursos humanos

- a) Según funciones.
- b) Según formación y capacitación.
- c) Estimación de plantillas.

2. RECURSOS MATERIALES

Organización del análisis de contenido referido a los recursos materiales

La información de la literatura referida a los recursos materiales se puede organizar de la siguiente forma:

- a) Aquellos textos que se refieren a *de qué forma deben de estar contruidos los edificios destinados a Residencias de mayores; de qué instalaciones deben de estar dotados y dónde deben de estar situados*. Este tema está muy documentado, tanto en los libros e investigaciones como en las normativas emanadas de las Administraciones públicas. Se analizan en II.2.a).
- b) Las referencias a *cuales deben de ser las instalaciones y equipamientos específicos que son necesarios* para atender a la población residente en razón de esas demandas que son propias de su condición de mayores. Se analizan en II.2.c) como "equipamientos gerontológicos".
- c) Las menciones al *resto de las instalaciones y equipamientos que no son específicos* de un centro de estancia permanente, pero que se consideran necesarios para que la institución funcione. Se estudian como equipamientos genéricos en II.2.b).

a) El edificio en su conjunto, su equipamiento y su entorno

Planteamiento

La importancia que se le atribuye a una fijación de los *mínimos* que deben de exigirse a las infraestructuras físico–arquitectónicas de las Residencias se muestra en el trabajo referido a las normativas autonómicas.

No obstante, el tema parece estar todavía en fase de elaboración. Porque son muy distintos los elementos sobre los que se llevan a cabo las especificaciones y aún son más diversos los mínimos que se establecen. Por esa razón todavía existen pocos trabajos que se animen a sugerir modelos generales de evaluación.

Criterios para diseñar el análisis

En los textos que se han examinado predominan criterios arquitectónicos aunque se nota la sensibilidad para las peculiaridades fisiológicas y afectivas de quienes son los destinatarios.

Recogemos dos ejemplos de estos criterios en el capítulo de “Documentos”. Pero en el estado actual que tiene la literatura existente sobre este tema todavía es obligado examinar los repertorios de elementos infraestructurales concretos que se eligen como indicadores.

a1) Definición de espacios e instalaciones básicas

a1.1) Repertorio de elementos

Las funciones y usos de las Residencias justifican que se establezcan repertorios de los elementos de infraestructuras que deben ser objeto de un diseño específico y eventualmente de alguna regulación.

Actualmente se está realizando un esfuerzo de estandarización que no ha concluido cuando se redacta este capítulo.

El repertorio de tales elementos que se han recogido en las diversas fuentes es el siguiente:

Telefonía.	Mortuorio, velatorio.
Megafonía.	Área de servicios sociales.
Alarmas, seguridad contra intrusos.	Vestuario, taller de mantenimiento.
Señalizaciones.	Camas.
Intercomunicación.	Baño geriátrico.
Protección de incendios y evacuación.	Baño de incontinentes.
Instalaciones de seguridad pasiva.	Baño privado.
Pasillos, rampas.	Baños colectivos.
Escaleras.	Aseos.
Ascensores.	Sala de visitas.
Iluminación natural.	Zona de estar.
Iluminación artificial.	Peluquería.
Instalación eléctrica.	Sala de animación; de terapia ocupacional.
Instalación de gas.	Espacios de usos múltiples, o salas de diferencias para:
Calefacción.	Biblioteca TV.; videoteca; fonoteca, hemeroteca, discoteca.
Ventilación natural.	Sala de reuniones, salón de actos.
Ventilación artificial forzada.	Recepción.
Climatización:	Enfermería; cuarto de curas.
– En el conjunto del edificio;	Rehabilitación.
– En espacios determinados;	Oxigenoterapia.
– En habitaciones.	Farmacia.
Agua.	Espacio abierto exterior.
Fontanería y desagües.	Piscina.
Accesos al edificio.	Tratamiento de residuos sólidos.
Comedor.	Cocinas.
Habitaciones.	Lavandería, lencería.
Mobiliario.	Almacén.
Armarios.	
Dirección.	
Administración.	

*Fuentes: Casinello, A. M. (1995); CTN (1999); Diputación Foral de Álava (1996); Guillén, F., *et al.* (1998); INSS (1990); Leeds y Shore, M. (edit.) (1992); Luque, O. (1994); Reuss, J. M. (1995); Rodríguez, P. (1995t); Treserra, M. A. *et al.* (1993); Vellas, P. (1991); Vercauteren, R. (s.d.).

a1.2) Categorías para definir y estandarizar los repertorios

Diseño del análisis

Los trabajos que definen cómo deben de ser las infraestructuras y los equipamientos de las Residencias pueden verse facilitados si se adoptan unas categorías que sean generales y que quepa tomar en cuenta sistemáticamente cuando se fijan los estándares.

Ofrecemos en las páginas que siguen un modelo estándar. Procede del análisis de contenido de todos los documentos relacionados con la definición de elementos estructurales. De este modo se puede analizar no sólo las categorías que se están utilizando en la estandarización, sino además otras que no se han usado y que podrán ser pertinentes.

Además de esta sistematización de elementos que se consideran necesarios, en los edificios de las Residencias hay otros análisis similares:

- En 2b1) están las plantillas donde se sistematizan los equipamientos genéricos.
- En 2c1) las plantillas correspondientes a los equipamientos gerontológicos.

El modelo que aquí se desarrolla organiza todas las especificaciones que se han encontrado en el análisis de las fuentes secundarias en los siguientes campos:

- Referencias a las ratios; al tamaño.
- Indicaciones relacionadas el diseño y con la distribución de los espacios y/o de los elementos.
- Indicaciones de equipamiento.
- Referencias al mantenimiento y/o la seguridad.
- Especificaciones legales y administrativas.
- Fuentes de los datos.

EQUIPAMIENTOS	RATIO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - ILUMINACIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> - De emergencia (obligatoria a partir de 20 personas). 	<p>Abarca tres modalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Natural. - Artificial. - De señalización. - De suenio a 30 cm. del suelo. <p>Debe ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suficiente. - Natural. - Uniforme. - Sin proyección de sombras, reflejos y deslumbramientos. 				CTN
<ul style="list-style-type: none"> - INSTALACIÓN ELÉCTRICA. 		<ul style="list-style-type: none"> - Mecanismos de apagado y encendido que sobresalgan de los paramentos con un color que resalte con el fondo. - Altura de los interruptores adecuada para facilitar su uso por los usuarios de sillas de ruedas. 	<p>Incluirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Tomas de tierra y mecanismos de fuerza.</i> - <i>Diferenciales de alta sensibilidad en cada habitación.</i> - <i>Timbre de llamada en aseos, con cadenilla y pulsador que encienda piloto sobre la puerta y en el control central.</i> - <i>Grupo electrógeno de seguridad que dé energía a:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Al alumbrado. • Al montacamillas • A las cámaras frigoríficas. <p>A la sala de máquinas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conducciones eléctricas empotradas en los paramentos u ocultas en falsos techos para evitar contactos directos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Debe cumplir como mínimo la legislación vigente. 	CTN

EQUIPAMIENTOS	RATO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
- SEGURIDAD PASIVA				<p>Controles de seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> De aparatos que transportan o contienen energía. Los cables eléctricos. Las clavijas y enchufes. La cocina. Las estufas. Revisión periódica. De las estufas de gas/cocinas. De quemadores. De seguridad del suelo: Moqueta/alfombras deshilachadas. Estado de las escaleras. Iluminación. De los pasillos y escaleras. De barandillas y asideros. 		CTN
- SEÑALIZACIÓN		<p>Modalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Óptica. - Acústica. - Táctil. 				CTN
- VENTILACIÓN:		<p>Modalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Natural. - Artificial. - De emergencia. <p>Debe evitar :</p> <ul style="list-style-type: none"> - El aire viciado. - El exceso de calor y frío. - La humedad y la sequía. - Los olores desagradables. 				CTN
EN HABITACIONES		<ul style="list-style-type: none"> - Ventilación directa con 1/20 de la superficie de la habitación. 				CTN
EN SALAS CERRADAS		<ul style="list-style-type: none"> - Deben incluir renovación de aire. 				CTN
EN LOCALES BAJO RASANTE		<ul style="list-style-type: none"> - Con ventilación forzada. 				CTN

a2) Funciones según los usos y necesidades de los/as usuarios/as

Planteamiento

Como se ha indicado, las mejores especificaciones de cuáles deben de ser las infraestructuras y equipamientos de los edificios para Residencias proceden de quienes utilizan criterios de arquitectura funcional, es decir, de quienes establecen los requisitos para el diseño de estos centros en base a las funciones que deben de cumplir.

Establecer las funciones es tarea que requiere el concurso de especialistas en Residencias y Tercera Edad, quienes pueden tomar en cuenta, además de las funciones gerontológicas, otras de naturaleza más existencial. Hemos intentado en este trabajo poner algún orden en el variopinto repertorio de funciones que se le asignan a los edificios, a sus equipamientos y al entorno, recurriendo a los siguientes criterios:

- *Distinguiendo los diversos usos que hacen de esas infraestructuras los/as residentes y quienes les atienden*
- *Clasificando los usos según las necesidades a los que correspondan.*

a2.1) Repertorio de usos y necesidades

Funciones según los usos de los/as residentes:
MOVILIDAD Debe de facilitar: <ul style="list-style-type: none">• Salir, entrar.• Estar confortablemente.• Estar seguro.• Circular, deambular.• Pasear.
FISIOLÓGICAS <ul style="list-style-type: none">• Alimentarse, beber.• Dormir.
TERRITORIALES <ul style="list-style-type: none">• De limpieza y aseo.• Poseer y guardar cosas.• Abrigo, calor.• Vestirse, desvestirse.
RELACIONALES <ul style="list-style-type: none">• Recibir personas.• Reunirse, comunicarse.• Aislarse.• Entretenerse, distraerse.• Recibir ayuda.• Desplazarse; accesibilidad:<ul style="list-style-type: none">– a la ciudad.– a los servicios de salud.– a zonas verdes.– a zonas de ocio.• Duelos.
MÉDICO/CLÍNICOS. Previstos para: <ul style="list-style-type: none">• Preservar la salud.• Curar, cuidar.• Paliar el sufrimiento.
ADMINISTRATIVOS Adecuado para: <ul style="list-style-type: none">• Gestionar, dirigir, planificar, administrar.• Controlar a los/as administradores.• Seguir y evaluar resultados.
MANTENIMIENTO <ul style="list-style-type: none">• Facilitar la labor del personal.• Garantizar la seguridad.

a2.2) Repertorio de las evaluaciones más mencionadas

• Usos	• Repertorio de indicadores
Territoriales	<p>Abrigo, calor</p> <ul style="list-style-type: none"> * Iluminación, ventilación, temperaturas específicas para población mayor. * Áreas verdes, soleadas y saludables. <p>Limpieza y aseo</p> <ul style="list-style-type: none"> * Cuartos de baño y aseos adecuados para transferencias y limpieza de incontinentes. <p>Poseer y guardar cosas</p> <ul style="list-style-type: none"> * Cuartos personalizados. * Armarios accesibles. <p>Vestirse/desvestirse</p> <ul style="list-style-type: none"> * Separaciones para privacidad en habitaciones.
Movilidad	<p>Salir, entrar</p> <ul style="list-style-type: none"> * Accesibilidad desde exterior. * Señalizaciones. * Facilidad de evacuación. * Eliminación de rampas, bordillos y otras barreras arquitectónicas. * Existencia de ayudas protésicas. <p>Estar confortablemente</p> <p>Características de las zonas de uso común:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Número y destino de los espacios, con indicación de superficie. * Ratio m²/habitantes. <p>Estar seguro</p> <p>Medidas para evitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Accidentes domésticos. * Envenenamientos. * Quemaduras, electrocución, cortes. * Salidas fuera del Centro de quienes puedan dañarse o perderse.

• Usos	• Repertorio de indicadores
	<p>Circular, deambular</p> <ul style="list-style-type: none"> * Racionalización de los movimientos del personal. * Ayudas de orientación. * Regularidad, orden y comprensibilidad del espacio, para facilitar la orientación de los/as residentes * Control de la entrada en lugares peligrosos. * Anchos adecuados para circulación de sillas de ruedas.
Fisiológicas	<p>Alimentarse, beber</p> <ul style="list-style-type: none"> * Infraestructuras de cocina y sus anexos adecuados para proveer de dietas especiales e ingesta asistida. <p>Dormir</p> <ul style="list-style-type: none"> * Sistemas para control del sueño.
Relacionales	<p>Reunirse, comunicarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Capacidad y adecuación para estimular relaciones sociales, en pequeños y grandes grupos. <p>Aislarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Disposición de espacios privados. * <i>Ibidem</i>, para las parejas. * Capacidad de amueblar y decorar espacios privados. * Tamaño óptimo (número de plazas en total y en habitaciones). <p>Entretenerse</p> <ul style="list-style-type: none"> * Equipamientos para el ocio. * El uso de los medios de comunicación (prensa, cine, radio, TV, etcétera). <p>Recibir ayuda</p> <ul style="list-style-type: none"> * Timbres, luces de llamada y de emergencia. * Cuarto para control permanente de enfermera. <p>Desplazarse</p> <ul style="list-style-type: none"> * Disponibilidad de transportes. * Disponibilidad de acompañantes.

• Usos	• Repertorio de indicadores
	<p>Duelos</p> <ul style="list-style-type: none"> * Espacios rituales. * Accesos independientes. <p>Recibir personas</p> <ul style="list-style-type: none"> * Salas de visita con privacidad. * Adecuación de los cuarto privados para este uso. * Servicios separados.
Médico-clínicos	<p>Preservar la salud curar, cuidar, paliar el sufrimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Infraestructuras de mantenimiento y rehabilitación * Infraestructuras y equipamientos de urgencias, de curas * Sistemas para detectar necesidad rápida de atención
Administrativos	<p>Gestionar, dirigir, planificar, administrar</p> <p>Separación de espacios según sus usos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Modelización flexible de las plantas para diferentes ocupaciones de los residentes. <p>Controlar a los administradores/as</p> <ul style="list-style-type: none"> * Sala de consejo, de reuniones. * Posibilidad de participar en la modificación del entorno.
Mantenimiento	<p>Facilitar la labor del personal</p> <ul style="list-style-type: none"> * Salas de personal. * Baños separados.

a2.3) La prevención del riesgo de caídas a nivel de infraestructuras y equipamientos

- Suelos inadecuados.
- Suelos con grasa.
- Suelos con agua.
- No se usa cera antideslizante.
- No limpian las salpicaduras.
- Objetos en el suelo.
- Cables en lugares de paso.
- Bordes de alfombras inadecuados.
- Alfombras deslizantes.
- Llaves de luz no accesibles.
- Muebles de apoyo inestables.
- Iluminación inadecuada.
- No accesibilidad teléfono de emergencia.
- Sin barandillas en lugares de riesgo.
- Inadecuada altura de las sillas.
- Muchos muebles en lugar de paso.
- Alfombra deslizante a la salida de la ducha.
- Ducha sin alfombra antideslizante.
- Jabón de pastilla en ducha.
- Demasiada distancia a toalleros.
- Bañera o ducha sin asideros.
- Bañera o ducha sin asiento/tabla transfer.
- Bañera alta: difícil acceso.
- Reducido espacio ducha.
- Retrete bajo sin elevador.
- Retrete sin barras de apoyo.
- Mala orientación de cama.
- Inadecuada altura de cama.
- Alfombras al pie de cama.
- Inadecuada colocación mesilla.
- Sin interruptor de luz junto a la cama.
- Sin lamparilla de mesa.
- Armarios de ropa altos.
- Demasiados objetos en habitación.
- No hay timbre de llamada.

a3) Espacio abierto exterior y su entorno

Planteamiento

Según la CTN, el espacio abierto exterior incluye:

- Patios, jardines, terrazas privativas de la Residencia.
- Otros espacios públicos no privativos si están a menos de 50 metros y son accesibles.

Cuando en los textos se menciona el entorno de la Residencia, generalmente viene a cuento de la necesidad de:

- Áreas que permitan el paseo de los/as residentes. Se señala la necesidad de lugares donde sentarse, de espacios con sombra y protegidos de la lluvia
- Control sobre los/as residentes que podrían desorientarse, perderse, escarpase o sufrir algún accidente.
- Facilidad para los desplazamientos a otros lugares y para la recepción de visitas.

La referencia al espacio exterior también suele hacerse considerando al edificio en su entorno. Se indica que hay que tomar en cuenta:

- Uso del espacio exterior por personas con movilidad reducida, lo cual afecta al diseño de los accesos a la Residencia desde el exterior. Se indica que es necesario:
 - Eliminar barreras
 - Evitar desniveles pronunciados
 - Preparar los caminos para circular con sillas de ruedas.
- También existen indicaciones de carácter estético, como la siguientes:
 - Evitar la excesiva volumetría o altura.
 - Elegir materiales que cumplan con la funcionalidad específica que requieran las Residencias, sin mengua de su valor estético.

b) Equipamientos genéricos

Concepto

Equipamientos genéricos: aquellos que constituyen parte de cualquier edificio residencial. En todo caso, las exigencias propias de una residencia para mayores, llevan en la mayoría de las fuentes consultadas que lo genérico tenga que ser específico.

b1) Repertorio de equipamientos genéricos y sus especificaciones

- Las normativas y Reglamentos e indicaciones de las CC.AA. suelen elaborar un detallado repertorio (cf. el correspondiente análisis del contenido).
- En las fuentes secundarias también hay numerosos textos que abordan cuáles deben de ser los equipamientos específicos y sus especificaciones.

Los Cuadros que siguen permiten un análisis comparativo de las indicaciones que se manejan para proyectar o evaluar los equipamientos genéricos. Se han vuelto a considerar los mismos criterios que en el estudio de los edificios y sus equipamientos (cf. 2.a11):

- Ratio/tamaño.
- Diseño distribución.
- Equipamiento.
- Mantenimiento, seguridad.
- Especificaciones legales y administrativas.

EQUIPAMIENTOS	RATIO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Administración 	<ul style="list-style-type: none"> - Despacho mínimo 10 m². - Suficiente para recibir visitas. 	<ul style="list-style-type: none"> - En el mismo edificio de la Residencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mesas y sillas de oficina, según el número de administrativos. - Ordenadores. - Archivadores y estanterías. - Armario ropero. - Juego de cortinas. - Muebles de decoración. - Caja fuerte empotrable. - Máquina calculadora. - Papelera. 			CTN
<ul style="list-style-type: none"> - Agua 		<ul style="list-style-type: none"> - <i>Griferías</i>: de fácil manejo - <i>Lavabos y bañeras</i>: con dispositivos que eviten inundaciones por olvido o descuido. - <i>Las conducciones de desagüe</i> no deben entorpecer ni obstaculizar el acceso y aproximación de las personas que se desplazan en sillas de ruedas. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Agua corriente</i> procedente de la red municipal. - Si es de depósito, con reserva para un día. - <i>Agua caliente</i> en aseos y cocinas. - <i>Evacuación</i> a red municipal. - Si no hay se acepta uso de depuradora, pero no de pozo negro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agua de depósito analizada periódicamente, mínimo una vez al mes. - Agua caliente disponible, al menos a 40°C. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Las griferías, accesorios y aparatos sanitarios</i>: deben responder a los criterios ergonómicos referidos a las características físicas y psicológicas de las personas mayores. 	CTN

EQUIPAMIENTOS	RATO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Almacenes. 		<ul style="list-style-type: none"> - General de viveres a temperatura ambiente. - De repuestos (vajilla, cristalería, lencería). - De productos de limpieza. - De enseres, muebles, etc. - De día, próximo a cocina. - Almacenes en el comedor. - De jardinería. - De material sanitario. - De celulosas y material clínico. - De herramientas para mantenimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estanterías, anaqueles. - Básculas de suelo para pesos mayores. - Cámaras frigoríficas - Aparadores con espacios para cubiertas y cristalería - Armarios para lencería. - Armario para herramientas. - Herramientas básicas. - Mesa de taller. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cerrados con llave. - Preservado el manejo de los materiales inflamables o peligrosos según norma CPT 96. - Las puertas con las características de resistencia al fuego RF90. - Separación de los productos incompatibles (alimentos, productos de limpieza, papeles, pañales, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Según legislación vigente. 	<ul style="list-style-type: none"> CTN. INSS 1990
<ul style="list-style-type: none"> - Área servicios sociales Despacho asistente social. 			<ul style="list-style-type: none"> - Mesa de trabajo. - Sillones, sillas. - Lámpara de mesa, escritorio. - Armario y estanterías. - Archivadores. - Papelera. - Juego de cortinas. - Motivos de decoración. 			<ul style="list-style-type: none"> CTN. INSS 1990
<ul style="list-style-type: none"> - Armarios. 	<ul style="list-style-type: none"> - 0'80 x 0'50 x 200 cm. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mecanismo de apertura diseñado para evitar lesiones. - En todas las habitaciones de los residentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dotados de llaves para aumentar la sensación de privacidad. - Llave maestra para poder abrir en caso necesario. 			<ul style="list-style-type: none"> CTN.

EQUIPAMIENTOS	RATIO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Ascensor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Si existe más de una planta, al menos un ascensor. - Si hay más de 50 plazas, 2 ascensores, uno para camillas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desnivel 1'50 m. - Accionamiento manual en caso de emergencia. - Botonera en relieve con altura máxima 1'20 metros. - Pavimento previo al acceso de ascensor de textura y color diferentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Barandilla a 90 cm. del suelo. - Iluminación correcta para evitar deslumbramientos o sombras. - Luz de emergencia-alarma. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidar al máximo los desajustes de nivel entre ascensor y plantas. 	<ul style="list-style-type: none"> CTN 	<ul style="list-style-type: none"> CTN
<ul style="list-style-type: none"> - Aseos comunes. 		<ul style="list-style-type: none"> - Al menos uno en cada planta, para cada sexo. En zonas comunes, en velatorio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lavabos. - Inodoros. - Mingitorios. 			<ul style="list-style-type: none"> INSS 1990
<ul style="list-style-type: none"> - Aseo de personal. 			<ul style="list-style-type: none"> - Espejos de lavabo - Secador de manos eléctrico. - Jaboneras. - Papeleras. - Portarrollos. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Biblioteca, sala de lectura. 	<ul style="list-style-type: none"> - Obligatoria a partir de 50 personas. - Al menos 14 m². 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona silenciosa. Buena ventilación y luminosidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Luces directas en mesas. - Mesa de lectura. - Sillas. - Librería estantería. - Fichero bibliográfico. - Libros, prensa, revistas. - Mesa y silla para bibliotecario. - Cortinas. - Motivos de decoración. 		<ul style="list-style-type: none"> - Si hay menos de 50 personas se puede usar la sala polivalente. 	<ul style="list-style-type: none"> CTN. INSS 1990

EQUIPAMENTOS	RATIO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Cafetería. 			<ul style="list-style-type: none"> - Barra. - Estanterías para la colocación de botellas. - Armarios para almacenaje de vajillas. - Cafetera automática. - Calentador de leche. - Parrilla plancha. - Licuadora y exprimidor de zumos. - Batidora. - Frigorífico. - Molinillo de café. - Mesas y sillas de cafetería. - Fregadero de acero inoxidable. - Aparato de TV. - Ceniceros. 			CTN
<ul style="list-style-type: none"> - Calefacción. - Climatización. 		<ul style="list-style-type: none"> - Fijas, no mediante aparatos móviles. - Calderas en locales: <ul style="list-style-type: none"> • Ventilados. • Independientes. - Los radiadores en huecos de los paramentos o con protecciones. - Si no es posible, resaltar con colores para evitar accidentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Protecciones para quemaduras por contactos directos y/o prolongados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantía de confort de 20º C. - Temperatura debe estar unos grados por encima que en otros edificios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Homologada. 	CTN

EQUIPAMIENTOS	RATIO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Cocinas. 	<ul style="list-style-type: none"> - 0'3 a 0'7 m² por unidad de comida y día. Mínimo 30 m² Máximos: <ul style="list-style-type: none"> - 0'50 m²/residente (mín: 1'5 m²) - 1 m² por cama hasta 20 camas. - 0'7 m² por cama hasta 100. - 0'3 m²/cama hasta 400. 	<ul style="list-style-type: none"> En distintas zonas: <ul style="list-style-type: none"> ● Almacenamiento de víveres. ● Almacén y medios de conservación según RD 2005/83 y RD 2817/83. ● Manipulación y tratamiento de alimentos. ● Lavabo de menaje. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alicatados hasta el techo o como mínimo hasta 2m altura. - Cámaras frigoríficas. 			CTN.
<ul style="list-style-type: none"> - Conjunto de las dependencias y zonas comunes. 		<ul style="list-style-type: none"> - Señales de orientación. - Estimulación sensorial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mecanismos de seguridad. 		<ul style="list-style-type: none"> - Deberán amueblarse dando la apariencia de una casa con vistas a conseguir un ambiente más apacible y parecido al domicilio. - Compensar la reducción de las capacidades funcionales debidas al envejecimiento y a la patología. - Prevenir caídas y accidentes. - Adaptar la estructura de los alojamientos y de los lugares de convivencia a los cambios del anciano. - Retrasar o detener el deterioro mental mediante un acertado diseño arquitectónico y ambiental de la institución. 	CTN.
<ul style="list-style-type: none"> - Comedor. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1'5-2'5 metros por usuario - 12 m² mínimo. 		<ul style="list-style-type: none"> - Vasos, vajillas, cubiertos que permitan uso práctico y esterilización. - Mesas y sillas. 		<ul style="list-style-type: none"> - En Residencias grandes en vez de aumentar superficie se puede optar por rotar turnos de comidas. 	CTN.
<ul style="list-style-type: none"> - Despacho de control. 			<ul style="list-style-type: none"> - Mesa. - Archivador de historias clínicas. - Aparato de televisión - Armario. 			

EQUIPAMENTOS	RATIO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Despacho gobernanta. 			<ul style="list-style-type: none"> - Mesa de despacho. - Sillas visitas. - Armario, estantería. - Motivos de decoración. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Dirección. 			<ul style="list-style-type: none"> - Mesa despacho. - 2 sillones. - Papelera. - Teléfono. - PC. - Juego de cortinas. - Lámpara de mesa, escritorio. - Motivos de decoración. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Dotación área de ocio exterior. 			<ul style="list-style-type: none"> - Bancos. - Árboles, pérgolas, parasoles. - Iluminación adecuada. - Elementos para protección de la lluvia, sol, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar atención a los elementos que puedan ocasionar accidentes o caídas a los residentes (alcorques para árboles, bordillos, etc.). 		
<ul style="list-style-type: none"> - Dotación de servicio de alojamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Despacho de gobernanta. - Despacho de control. - Oficio de limpio. - Aseo personal. - Oficio de sucio. - Oficio de limpio, lencería. 					

EQUIPAMIENTOS	RATIO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Escaleras. 		<ul style="list-style-type: none"> - Anchura de un metro como mínimo. - Desnivel máximo a salvar 3'5 metros. - Peldaños sin Bocel. - Excluir las escaleras de caracol. - Dirección recta. - Escalones sin compensar. - Huella de peldaño entre 30 y 32 cm. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasamanos en un lado 90 cm. altura. - No instalar alfombras ni esteras sueltas. - Iluminación de emergencia. - Material antideslizante o adhesivos antideslizantes en la huella. 			CTN.
<ul style="list-style-type: none"> - Hall y Conserjería. 			<ul style="list-style-type: none"> - Mesa de recepción, mostrador o barra. - Sillón para mesa. - Panel de casilleros para llaves, correspondencia y avisos. - Silla ergonómica. - Cabina telefónica. - Mesas centro para butacas. - Sillones vestíbulo, cómodos para sentarse y levantarse sin dificultad y permitir postura correcta, con fundas lavables. - Buzón de sugerencias. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Instalación de gas. 					<ul style="list-style-type: none"> - Según normativa vigente. 	CTN.

EQUIPAMIENTOS	RATO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Lavandería. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mínimo 0,5 m². por cada residente - Mínimo 20 m². 	<ul style="list-style-type: none"> - Doble ventilación: directa y con extracción de aire. - Zonas de Recepción y clasificación de ropa lavado, planchado, repaso, almacén de lencería. 	<ul style="list-style-type: none"> - Carritos de clasificación. - Pilelas de remojo. - Lavadoras. - Centrifugadoras. - Secadoras. - Planchadoras. - Calandrias para planchado. - Mesas para doblado. - Mesas para costura. - Teléfono. - Carros para transporte de ropa. - Lavadoras industriales y alta velocidad. - Extractor de vapores. - Planchas manuales. - Tablas y/o mesas de planchar. - Cesto de ropa. - Estanterías. - Máquina de coser. - Costureros. - Armarios. 			CTN. INSS 1990
<ul style="list-style-type: none"> - Oficio de comida en habitaciones. 			<ul style="list-style-type: none"> - Carros para la distribución de comidas. - Mesa auxiliar. - Estanterías. - Microondas. - Bandejas aislérmicas. 		<ul style="list-style-type: none"> - Si la gestión del centro lo contempla existirá un servicio de habitaciones. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Oficio de limpio. 			<ul style="list-style-type: none"> - Nevera baja. - Fregadero de acero inoxidable con dos senos. - Mueble bajo tipo cocina. - Mueble alto con escurridor. - Microondas. - Lencería: colchas, mantas, sábanas de fácil lavado y que soporten altas temperaturas. - Mesa de apoyo ó auxiliar. 			

EQUIPAMIENTOS	RATIO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Oficio de sucio. 			<ul style="list-style-type: none"> - Cúñas. - Estanterías para cúñas. - Orinales para caballeros (botella de plástico). - Repisa para botellas de acero inoxidable. - Esterilizador de cúñas por calor seco. - Almacén. - Mesa de apoyo o auxiliar. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Pasillos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Anchura mínima 120 cm. 		<ul style="list-style-type: none"> - Pasamanos a 90 cm. del suelo. - Pasamanos a ambos lados si el ancho es igual o mayor a 1,5 m. - Pavimentos antideslizantes. - Puertas 90 cm mínimo de ancho. - Protecciones inferiores hasta 10 cm del suelo. 			CTN.
<ul style="list-style-type: none"> - Peluquería. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mínimo 12 m². 	<ul style="list-style-type: none"> - Mixtas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tocado. - Lavacabezas. - Secadores. - Sillones de peluquería. - Lavabo. - Espejos. - Sillas de espera. - Papeleras. - Motivos de decoración. - Recogedor de cabello. 			CTN. INSS 1990

EQUIPAMIENTOS	RATIO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Piscina cubierta. 		<ul style="list-style-type: none"> - Suelos antideslizantes según normativa específica. - Altura entre 1'30 y 1'95 metros. - Accesos para sillas de ruedas. - Accesibilidad de entrada y salida a la piscina de tipo progresivo. - Zona de mantenimiento. - Vestuarios separados por sexos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Calefacción, o bien aire caliente. - Entrada y salidas de agua a la red general. - Depuradora según norma y tamaño. 	<ul style="list-style-type: none"> - Según legislación vigente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se discute su pertinencia: - Para qué tipo de mayores es útil - alternativas a la piscina: • Yacusi. • Sauna. • Hidromasaje. 	CTN.
<ul style="list-style-type: none"> - Sala de animación socio-cultural y terapia ocupacional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mínimo 30 m². - 0'50 m² por residente. 		<ul style="list-style-type: none"> - Luz natural. - Enchufes adecuados. - Mesas y sillas de trabajo ergonómicas. - Armario/s y/o estanterías. - Perchero. - Toma de agua y lavamanos. - Papeleras. - Juego de cortinas. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Sala de reuniones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Obligatoria si hay más de 50 personas. - Al menos 14 m². 					CTN.
<ul style="list-style-type: none"> - Salas de reuniones para el personal / sala de juntas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mínimo 12 m². 	<ul style="list-style-type: none"> - Luz natural. - Ventilación directa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Puntos de luz. - Enchufes. - Mesa de reuniones y sillas. - Sillones, sillas. - Librería, estantería. - Juego de cortinas. - Lámpara de pie. - Motivos de decoración. - Estanterías. 			INSS 1990 Según Estatuto de los Trabajadores.

EQUIPAMIENTOS	RATIO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Sala de usos múltiples. 	<ul style="list-style-type: none"> - 1'5 a 2 m². - Mínimo 20 m². 	<ul style="list-style-type: none"> - Para las siguientes funciones: <ul style="list-style-type: none"> • Ocio. • Desarrollo de la convivencia. • Actividades culturales y recreativas. • Actividades religiosas. 	<ul style="list-style-type: none"> - En su caso para: <ul style="list-style-type: none"> • Sala de juegos. • De lecturas. • De TV • Sala de estar. • Capilla, etc. • Butacas. • Mesa y sillas. • Proyector de diapositivas. • Motivos de decoración. • Cortinas para ventanas. • Equipo de música. • Pantalla grandes para proyecciones. • Monitor de TV y vídeo. • Mesa o repisa para la TV. 		<ul style="list-style-type: none"> - Si hay más de 40 plazas, posibilidad de subdividir en varias salas. 	<p>CTN.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Sala de visitas/espera. 	<ul style="list-style-type: none"> - Al menos una hasta 50 plazas. - Un mínimo de 16 m². 	<ul style="list-style-type: none"> - En espacios diferenciados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Puntos de luz, enchufes, lavable. - Sillones con tapicería lavable. - Mesa de centro con bordes romos y fácil limpieza. - Lámpara de mesa o pie. - Juego de cofina. - Perchero de pie. - Paragüero. - Revistero. - Cuadros decorativos. 			<p>CTN.</p>

EQUIPAMIENTOS	RATO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Teléfono. 	<ul style="list-style-type: none"> - Por todos los espacios de la residencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Teclado legible y fácil de marcar. 	<p>Dos tipos de líneas necesarias, externas e internas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Línea externa <ul style="list-style-type: none"> • 1 línea como mínimo. • Mínimo 4 líneas exteriores por cada 100 camas: • O bien una línea exterior por planta. - Línea interna <ul style="list-style-type: none"> • Varias líneas interiores (no específicas). • Puntos de llamada desde habitaciones y baños. 	<ul style="list-style-type: none"> - Líneas internas con centro de control durante las 24 horas del día. - Derivaciones a disposición de usuarios, en conserjería, cafetería junto a barras, cabinas públicas, lugares de reunión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elemento imprescindible en toda Residencia. - Existen divergencias en cuanto al número y ubicación. 	<p>CTN. INSS 1990 Memín Ch.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de residuos sólidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mínimo 6 m² cada 50 camas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Local exclusivo. - Ventilado. - Unidad de depósito y de salida propia e independiente. - Nunca la salida por áreas residenciales y de atenciones especializadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desagüe en el suelo para limpieza. - Cubos con tapa, de 60 litros, cada 25 personas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Limpieza diaria de los cubos. 		<p>CTN.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Vestuarios. 		<ul style="list-style-type: none"> - Separados por sexos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Con baños y duchas adaptados, en lo posible, a residentes discapacitados. - Inodoros debidamente equipados. - Asientos y taquillas individuales. - Taquillas con compartimentos separados para la ropa de trabajo y de calle. - Bancos. - Espejos. - Secador de manos. - Accesorios de cuarto de baño tipo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contarán con toallas y jabón. 	<ul style="list-style-type: none"> - Según legislación vigente. 	<p>CTN.</p>

EQUIPAMIENTOS	RATIO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Zonas comunes. 		<ul style="list-style-type: none"> - Para mantener una vida cotidiana lo más normal posible, reduciendo los factores de riesgo de aislamiento con una imagen de apariencia similar a una vivienda corriente. 				
<ul style="list-style-type: none"> - Zona de estar. 	<ul style="list-style-type: none"> - La superficie mínima por residente será de 118 m². - Mínimo 30 cm. [sic]. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que permita el uso de <i>silla de ruedas</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pavimento antideslizante. - Muebles acordes al uso. 			CTN

c) Equipamiento gerontológico

Diseño del análisis

También los equipamientos que son específicos de una población mayor residencial, han sido objeto de una detallada atención en varias monografías y libros. Se reitera en esta parte del análisis de contenido, las mismas categorías de clasificación que se han utilizado en los epígrafes (2.a12) y (2.b1).

Se han recogido en un apartado específico, las indicaciones relativas a los/las residentes dementes.

Fuentes: Bazo, M. T. (1991b); Beattie, W. M., y Bullok, J. (1964); Benatar, R., *et alt.* (1993); Carrillo, E., y Menéndez, M. (1995); Carstenser, L. L., y Edelstein, B. A. (1990); Corte Inglés (s.d.); Casinello, A. M. (1994); CTN (1999); Gobierno Vasco (1993); Guillén, F., *et alt.* (1998); INSS (1990, 1993); Luque, O. (1994); Memin, Ch. (1984); Pineda, R., *et alt.* (1990); Reuss, J. M. (1995); Rodríguez, P. (1995f); SERA (1995); Treserra, M. A., *et alt.* (1993).

c1) Repertorio de equipamientos gerontológicos y especificaciones

EQUIPAMIENTOS	RATIO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Almacén de material sanitario. 			<ul style="list-style-type: none"> - Almacén de celulosas. - Pinzas de disección sin dientes. - Tijeras de cirugía de 14 cm. - Termómetro clínicos. - Bisturís de acero inoxidable. - Gateros de pie con ruedas y 2 aplicables a la cama. - Equipos de O₂. - Andadores con 2 ruedas y dos pies fijos. - Andadores con 4 ruedas y dos muletas. - Bastones con tripode. - Grúa de transferencia. - Camillas para transporte. - Aspiradores de alto vacío. - Sillas de ruedas. - Aparatos de masaje eléctrico. - Fonendoscopio. - Esterterias. - Mesa auxiliar. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Área de atención geriátrica. 		<ul style="list-style-type: none"> - Dependiendo del tamaño de la residencia contará con diferentes partes: <ul style="list-style-type: none"> - Consultas. - Tratamiento. - Radiodiagnóstico. - Análítica. - Curas. - Rehabilitación. 				
<ul style="list-style-type: none"> - Aseo en las habitaciones. 			<ul style="list-style-type: none"> - Inodoro. - Lavabo. - Ducha sin plato con sumidero. - Grifería. - Teléfono. 			

EQUIPAMENTOS	RATIO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Aseos comunes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Posibilidad de trazar circunferencia de 1,50 cm. de diámetro en el interior de todos los servicios. - Un inodoro cada 3 ó 4 plazas. - Un lavabo cada 3 plazas. - Una ducha cada 6 plazas. - Puertas de un ancho mínimo de 80 cm. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zonas de aguas alicatada hasta 2 m. - Inodoro con asidero, altura 45-50 cm. - Lavabos altura entre 80-85 cm. con un toallero dentro del área de alcance. - Puertas de apertura a exterior. 	<ul style="list-style-type: none"> - Timbre urgencia centralizado. - Ventilación natural o forzada. - Aparatos de iluminación estancos. - Con inodoro y lavabos separados por sexo. - Duchas con suelo antideslizante en toda la superficie, sin plato y con asideros. - Pileta con rejilla y desagüe para uso del personal de limpieza. - Apoyos. 			CTN.
<ul style="list-style-type: none"> - Bañera geridétrica. 		<ul style="list-style-type: none"> - Accesible al menos por tres lados. - A una altura de 80c.; - un longitud interior superior a 180cm.; el ancho de 85 cm. y su profundidad superior a 45 cm. 				
<ul style="list-style-type: none"> - Baño geridétrico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Variantes: <ul style="list-style-type: none"> • 1 cada 15-20-30 plazas de (asientos/válidos) • Uno por habitación - 1,5m² y doble puerta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que se pueda utilizar el del propio cuarto. - Espacio libre para maniobrar con silla de ruedas. - Que permite usar camillas en su interior. - Ventilación directa o forzada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bien iluminado. - Con ducha adaptada y teléfono. - Bañera accesible al menos por tres lados. - Espejo. - Toalleros. - Grúa para el traslado del enfermo y su introducción en la bañera. - Tubo sifónico para óptima limpieza. - Mesa móvil. - Suelo antideslizante. - Suelo fácilmente limpiable. - Silla auxiliar de ducha. - Fregadero de acero inoxidable. - Timbre de aviso. - Estantería. 			CTN.

EQUIPAMIENTOS	RATIO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Camas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tamaño mínimo 80cm, 90 cm. x 180 cm. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los lados de la cama tendrán 0'50 metro libras. - 90 cm. de anchura. - La altura de las camas será: - Bajas si existen problemas de movilidad del anciano. - Altas si hay ausencia total de movilidad. - Para los asistidos libre por 3 lados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Con luz en la cabecera. 		CTN.	
<ul style="list-style-type: none"> - Dependencias para personas dementes. 		<ul style="list-style-type: none"> - Aseos con grifería de fácil manejo. - Que eviten inundaciones por olvido. - Diseñados para compensar la disminución de las capacidades funcionales. - Para evitar caídas y accidentes. - Retrasar el deterioro mental. - Estimulación sensorial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revestimientos lavables de las paredes (azulejos, cerámicas vitrificadas en mate). - Aseos entelados, encordados, acolchados; para impedir autolesiones. - Señales de orientación, mecanismos de seguridad. 		C. J. R. 1995	
<ul style="list-style-type: none"> - Despacho/s médico/s. 			<ul style="list-style-type: none"> - Una vitrina. - Un biombo. - Una camilla de reconocimiento. - Un cubo de pedal. - Un archivador para historias clínicas. - Un fichero. - Un negatoscopio. - Un esfigmomanómetro. - Un oftalmoscopio. - Un peso-talla. - Un armario de guardar medicamentos. - Una toma de agua y lavamanos. - Una mesa y sillas. 			

EQUIPAMIENTOS	RATIO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Despacho de Psicólogo. 			<ul style="list-style-type: none"> - Mesa de trabajo. - Sillón y sillas. - Librería. - Archivo. - Lámpara de escritorio. - Juego de cortinas. - Motivos de decoración. - Magnetófono. 			
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermería. - Unidad de cuidados especiales UCE. 	<ul style="list-style-type: none"> - Obligatoria si hay más de 20 plazas. - Proporción de 5% a 10% de camas asistidas y 3% de las R.V. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasillos de un metro de ancho - Pavimento antidieslizante. - Comunicación directa con médico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Almacén de medicamentos con armario bajo llave. - Baño geriátrico con panel de limpieza, lavado y AT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Puesto de control durante 24 horas 	CTN.	CTN.
<ul style="list-style-type: none"> - Habitaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preferiblemente individuales o dobles. - Distancia de los pies a la pared 0'50 metros. - Distancia mínima entre camas un metro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Distribución tal que permita el uso de sillas de ruedas - Alejadas de zonas de ruido, calderas, etc. - Ventilación natural. 	<ul style="list-style-type: none"> - En algunos casos el residente puede llevar a la residencia mobiliario propio. - Para asistidos, cama articulada y mesa móvil. - Cama. - Mesa. - Silla. - Armarios de fácil limpieza. - Luz de cama. - Teléfono. - Pulsador accesible desde la cama. - Enchufes. - Antena TV. - También deben de tener donde colocar objetos personales, fotografías etc. - Persianas o cortinas que regulen la luz natural. - Butacas de brazos. - Motivos de decoración. - Camas de 90cm. y altura graduable. - Somier de laminas de madera. - Mesillas de noche. - Timbre avisador. 			CTN.

EQUIPAMIENTOS	RATIO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Muebles. 		<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar lo accesorio, los objetos frágiles o peligrosos. - Camas bajas cuando persiste una pequeña movilidad que le permita una fácil maniobra con o sin ayuda. - Camas altas, cuando hay una ausencia total de movilidad y necesita de ayuda de otra persona para levantarse y acostarse. 		<ul style="list-style-type: none"> - Fijos, estables y sin ángulos o relieves. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Mortuario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Túmulo: mínimo 12 m². - Sala de visitas de 9/10 m² mínimo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso exclusivo. - Unidad independiente. - Comunicación interior con el resto de la residencia. - Comunicación exterior para personas ajenas y vehículos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ventilación: directa y adecuada. - Una sala para el túmulo. - Aseos a 20 metros de distancia máxima. - Una sala de estar para familiares. - Butacas. - Palmatorias. - Mesa o pueble para la caja mortuoria. 			CTN. INSS 1990
<ul style="list-style-type: none"> - Salas de curas. 			<ul style="list-style-type: none"> - Mesa camilla de reconocimiento. - Mesas y sillas. - Taburete regulable de altura. - Cubo sanitario de pedal. - Vitrina- botiquín. - Carro portacuras. - Toma de agua lavamanos. - Bateas, de acero inoxidable. - Una encimera de dos senos. - Lámpara de pie articulada con lupa. - Perchero. - Motivós de decoración. - Torno completo. - Autoclave de sobremesa. 			

EQUIPAMENTOS	RATO, TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO	MANTENIMIENTO, SEGURIDAD	ESPECIFICACIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS	FUENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Sala de rehabilitación 			<ul style="list-style-type: none"> - Ruedas de hombro de un metro de diámetro, regulación, estuero y empuñadura. - Aparatos de pronosupinación con resistencia graduable. - Juego de paralelas. - Espalderas de madera. - Aparatos de bola de recuperación de muñeca. - Sillones con pedales de bicicleta regulables. - Balones de 1/2 kilo. - Balones de un kilo. - Colchonetas de 1x2 m. - Escaleras con rampa y 5 peldaños. - Juego de poleas. - Una bicicleta fija. 			

c2) El equipamiento para los/as ancianos/as dementes

Planteamiento

La prevalencia de los deterioros mentales en la población residenciada justifica cada vez más:

- Un análisis cuidadoso de los efectos que tiene el desenvolvimiento de la vida cotidiana en las Residencias y en la atención al conjunto de los/as residentes.
- La forma en la que las infraestructuras pueden en alguna medida contribuir a proporcionar seguridad y compensación.

Ambos tópicos se abordan en los próximos epígrafes.

c2.1) Opciones entre separar o integrar los/as residentes

Según Campos, J. R. (1995), existen dos opciones:

- a) Diseñar modelos de atención separados claramente del resto de los/as residentes.
- b) Diseñar modelos de atención distribuidos por la Residencia con el resto de los/as residentes.

Ciertamente, una u otra opción plantean problemas funcionales, prácticos y deontológicos. El autor hace un detallado análisis de las ventajas e inconvenientes y propone un tratamiento desde el punto de vista profesional, en el que contempla las dimensiones arquitectónicas y ambientales.

Se ofrece un resumen de este texto (ver Documento II.2.c2.1. "Necesidades ambientales de las personas con demencia").

Fuente: Fundación Caballero, J. C. (1987); Campos, J. R. (1995); cf. Vázquez, M. A.

c2.2) Diseño de los espacios

También se encuentra un análisis muy claro de este tópico en Campos, J. R. (1995), que no requiere mayor reelaboración y que se reproduce textualmente:

- *Los espacios de mayor peligro para el demente van a ser el cuarto de baño y la cocina. En estos lugares debían de aplicarse las medidas necesarias para conseguir que el riesgo sea el menor posible.*
- *Los **baños** deben tener una situación central, cercanos a las salas donde pasan la mayor parte del tiempo y con fácil acceso al mismo, con ayudas técnicas que faciliten su utilización.*
- *Las habitaciones deberían contar con objetos personales, fotografías, etc., que personalizarán al individuo que la ocupa, con independencia del grado de deterioro cognitivo que tenga. Los que presentan un grado de deterioro leve, porque les permite recuerdos y el reconocimiento de su espacio; el que presenta un grado de deterioro grave o severo, porque crea un cierto clima de "vivienda propia", si no en gran medida para él, sí para la familia que le visita, que la aleja de ser una habitación vacía e impersonal.*
- *Las **ventanas** de todas las habitaciones necesitan ser más bajas de lo normal, porque los ancianos pasan mucho tiempo sentados o tumbados para así poder acceder con la vista a lo que ocurre en el exterior.*
- *Los **pasillos** deben ser amplios para permitir la deambulaci3n en ellos en ambas direcciones sin provocar molestia alguna e incluso que permita el paso de sillas de ruedas f3cilmente. Todo el recorrido del pasillo debe ir provisto de una pasamanos o barandilla con refuerzos para evitar que pueda ser arrancado.*
- *Las **puertas de las habitaciones** deben tener picaportes de f3cil apertura y manipulaci3n.*
- *La **sala de estar** debe ser amplia, con grandes ventanales que permitan el paso de luz exterior natural y que posibiliten el acceso con la vista al exterior.*

- *Debe haber un fácil acceso a una **zona ajardinada**, guarecida y segura, y preferiblemente con sendas o caminos circulares, que suelen ser bien seguidos por el demente y que les hacen regresar al punto desde donde partieron.*

Además de estas indicaciones, en otros textos hay referencias a las medidas arquitectónicas de protección en áreas peligrosas para estas personas enfermas (por ejemplo, en cocinas).

3. RECURSOS ECONÓMICOS

a) Importancia atribuida a la inversión y a la financiación de las Residencias

Planteamiento

En las Residencias de mayores hay que considerar los mismos criterios económicos que en cualquier otro centro que requiera capital y financiación. En este trabajo interesa sólo aquellos análisis que se refieren a la relación que existe entre:

- a) La importancia que tenga la *inversión* en infraestructuras y la *financiación* para el mantenimiento del centro y la prestación de sus servicios.
- b) La *calidad* y *adecuación* de la Residencia y de sus servicios

A un nivel macroeconómico hay abierto un debate sobre cuál debe de ser la parte de la inversión que debe de corresponder al capital público y al privado. En correspondencia se va desagregando otro debate, sobre la parte de la financiación que le corresponde a los recursos públicos, y a la que aporten los/as residentes y sus familias.

Las alternativas que se encuentran en los textos van desde la imputación total de los costos al sector público, hasta una mínima imputación. El debate es claramente político, e incluso tiene una dimensión de tema de Estado. Aquí no tiene objeto terciar en ese asunto (un análisis más detallado puede verse en Martín Serrano, M. 1999).

En cambio, parece ser una cuestión pertinente para este análisis de contenido referirse a las estimaciones que existen de los costos. Generalmente se utiliza como criterio de valoración el costo de la plaza. Dicho precio se ve afectado (a nivel macroeconómico) por diversos factores, entre los que al parecer sue-

len destacarse el tamaño de la Residencia y la demanda de servicios específicamente gerontológicos. Igualmente, la gestión privada o pública de las Residencias es otro factor mencionado.

La idea explícita o implícita es que, a nivel macro, en las Residencias la calidad depende sobre todo del precio que se esté dispuesto a pagar por parte de los particulares, y/o de las instituciones. A partir de aquí, los análisis ya no son económicos; vuelven a ser socioeconómicos y en última instancia políticos.

b) Debates abiertos en torno a los temas económicos

El análisis macroeconómico de las Residencias muestra en los autores consultados la tensión que existe entre:

- a) *Atender con los mismos recursos a más personas mayores.* Se toma en cuenta que cada vez más empuja en ese sentido la demografía.
- b) *Destinar los recursos necesarios y nunca menos de los necesarios para asegurar la calidad mínima en las Residencias.* Se indica que esta política viene exigida por el riesgo de que las condiciones de vida y de asistencia en las Residencias queden por debajo del mínimo tolerable.

Vinculada con esta tensión hay otra relacionada con la igualdad de oportunidades. La demanda de Residencias de mayores se encuentra en todas las clases sociales. Previsiblemente esa demanda va a crecer más, en términos relativos, entre las clases medias, media-alta y altas. Ya se ha indicado que actualmente la financiación pública (a nivel macro) está atendiendo sobre todo a las clases más pobres, aunque sea por debajo de la demanda, y en mucha menos medida presta servicio a las clases media - baja.

El resto de la población (a nivel macro) se ve abocada a financiarse por sus propios medios una plaza en las Residencias. Hay un sector de la población, cuantitativamente el más numeroso, que no dispone de los recursos económicos necesarios, y que abarca a las clases media - media e incluso a una parte de quienes componen la clase media - alta.

En la actualidad, la financiación pública disponible no es suficiente para atender a toda la población que necesita de un lugar en una Residencia de mayores. Por lo cual, desde el punto de vista financiero, el estado actual de cosas es el mismo que existía cuando los asilos. Tiene que primar la beneficencia sobre la igualdad de oportunidades y, como no podía ser menos, los escasos recursos se destinan, sobre todo, a quienes son indigentes, pobres, marginados.

Resumiendo esas tensiones, los debates abiertos son entre:

- Capital público – capital privado.
- Financiación pública–financiación particular (procedente de los recursos de los/las mayores y/o sus familias).
- Incremento del número de plazas – mejora de la calidad de las Residencias.
- Destino de los recursos disponibles sólo a quienes son pobres – apertura de los recursos a todos los que los necesiten.

Se comprende que las opciones políticas y administrativas, que orienten los programas públicos en unas u otras direcciones, resultan ser determinantes para el objetivo de este trabajo. Parece previsible que se marquen nuevas directrices en un futuro cercano. De hecho, la indefinición que actualmente existe en las políticas financieras (a nivel macro) afecta a la concepción que pueda tenerse de las funciones de los centros, y consecuentemente, al contenido, y a los objetivos de las evaluaciones que puedan proponerse de los estándares de calidad.

4. RECURSOS HUMANOS

El carácter multifuncional que tienen las Residencias genera unas demandas de personal con cuantificaciones y funciones muy diversas.

Estas plantillas que se necesitan en función de las características de las Residencias se encuentran detalladamente analizadas en varias fuentes*, algunas de ellas promovidas por el IMSERSO y todas fácilmente accesibles.

Las funciones de aquellos profesionales que aparecen definidas en los textos consultados se sistematizan en III.3.b3 "Funciones de los/as cuidadores/as y del resto del personal". Los perfiles correspondientes están igualmente sistematizados en III3b2) "Perfiles de los/as cuidadores/as y del resto del personal". En esta parte del análisis de contenido se trata de analizar lo que se dice sobre los recursos humanos en su condición de componente infraestructural. Aparecen en los textos analizados análisis referidos a la siguiente alternativa de opción:

Atención integrada versus atención con recursos humanos propios. Las posturas de los/as diversos/as autores/as tienen que ver con el tamaño y la especialización de las Residencias. El debate se refiere a la cantidad y calidad de profesionales, especialmente de la salud, que deben de integrar las plantillas, contemplándose la opción de que las atenciones profesionales especializadas se canalicen hacia otros centros mejor dotados. El supuesto es que las Residencias formen parte de una sistema asistencial integrado y que los traslados sean fáciles y rápidos.

* Confróntense: Alonso L. M., *et al.* (1995); Barenys, M. P. (1991); Berzosa, G. (1993); Diputación Foral de Álava (1996); Durante, P. (1995); Generalitat de Catalunya (1993); Gil, L. A. (1995); IMSERSO (1992-1999); Instituto Nacional de Servicios Sociales (1990); Moya, J. A. (1995); Sanzo, L. (1985); SERA (1995); Trinidad, D. (1995)

5. LA EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

a) Criterios de evaluación

Con el objeto de organizar el abundante material existente, se ha organizado el análisis de la siguiente forma:

1. Evaluación de los equipamientos cuya necesidad es compartida, cualquiera que sea la carga asistencial que se tome en cuenta.
2. Equipamientos específicos para atender residentes:
 - Con limitaciones en las funciones fisiológicas.
 - Con dificultades para moverse en los espacios interiores.
 - Con limitaciones de movilidad en los espacios exteriores.
 - Para atender las necesidades relacionadas con los riesgos de caídas.
 - Para atender a los problemas médicos.
 - Para atender a los residentes con limitaciones en las AVD instrumentales.
 - Para atender a los residentes con problemas cognitivos y de orientación.
 - Para atender a los residentes con problemas de memoria.
 - Para atender a los residentes con problemas emocionales.
 - Para atender a los residentes con problemas de comportamiento y comunicación.

b) Indicadores para la evaluación de equipamientos, cuya necesidad es compartida, cualquiera que sea la carga asistencial que se tome en cuenta

- a) Las habitaciones son adecuadas para el confort y para los contactos familiares en los periodos de encamamiento.
- b) Las camas son adecuadas para el confort y para la asistencia en los periodos de encamamiento.
- c) Las sillas de ruedas tienen el adecuado diseño para la automovilidad y para las transferencias.
- d) El mobiliario común no fuerza posturas inadecuadas o peligrosas (p.e., con esquinas angulosas, con apoyos inestables, en lugares de paso), y está diseñado tomando en cuenta prevenir esos riesgos.
- e) Existen aparatos adecuados para la movilización y las transferencias.
- f) Se han identificado y corregido las barreras arquitectónicas y de diseño que afectan a la movilidad (la desagregación del repertorio de barreras, y de medidas de corrección, se analiza en otra fase posterior del estudio).
- g) Se han identificado y se han eliminado los objetos cuyo diseño o cuya ubicación podría hacer daño o bien ocasionar accidentes.
- h) Se ofrece la compañía de personal (empleados, voluntarios, familiares) que acompañen a los/as residentes que requieren ayudas para la movilidad en la Residencia o que permanezcan encamados.
- i) Hay infraestructuras adecuadas para atender *in situ* las actividades de rehabilitación.
- j) Existe personal con la preparación específica para dirigir y aplicar los programas de rehabilitación.

c) Indicadores para la evaluación de equipamientos específicos

Para atender a residentes con limitaciones en las funciones fisiológicas:

Existen cubiertos adecuados para facilitar la ingesta de alimentos a quienes lo necesiten.

- a) Es suficiente la ratio entre [residentes con dificultades para el aseo y para la limpieza personal + residentes con problemas urinarios y defecatorios/baños con adecuado equipamiento, tanto en las habitaciones como en los servicios comunes].
- b) La ratio [personal con la preparación específica en este campo/residentes con dificultades fisiológicas] es suficiente y su preparación adecuada.

Para atender a residentes con dificultades para moverse en los espacios interiores:

- a) La ratio [personal con la preparación específica para prestar asistencias en la movilidad interior/residentes con dificultades de movilidad] es suficiente y su preparación adecuada.
- b) Hay habitaciones con las infraestructuras adecuadas para los/as residentes con problemas crónicos de movilidad.

Para atender las necesidades de los/as residentes con limitaciones de movilidad en los espacios exteriores:

La Residencia cuenta con medios de locomoción propios, a disposición de los/as residentes.

- a) Existe un entorno alrededor de los edificios de la Residencia donde puedan pasear los residentes con estas dificultades.
- b) La ratio [personal con la preparación específica para atender estas necesidades/residentes que necesitan esta asistencia] es suficiente y la preparación adecuada.

Para atender las necesidades relacionadas con los riesgos de caídas:

Existe *in situ* infraestructura y personal adecuados para prestar los primeros auxilios después de una caída.

- a) Las camas son adecuadas para el confort y la seguridad de los/as residentes con riesgo de caídas.
- b) El conjunto de los/as cuidadores/as ha recibido los cursos necesarios para estar atentos a cualquier factor del entorno que pudiese motivar una caída.

Para atender a los problemas médicos de las/os residentes:

La Residencia dispone de infraestructuras adecuadas para dispensar *in situ* la clase de atenciones que requieren las tipologías de residentes con problemas médicos a los que acoge.

- a) Igualmente dispone del personal suficiente y con la preparación adecuada para atender estas demandas.
- b) Existe la adecuada coordinación con otros servicios exteriores de atención médica, para los/as residentes que deban de ser objeto de traslado.
- c) La distribución del espacio y de los servicios en la Residencia es adecuada para organizar la asistencia a residentes que precisan distintos niveles de asistencia médica.

Para atender a las necesidades de los residentes con limitaciones en las AVD instrumentales:

Los aparatos telefónicos están diseñados para facilitar su uso a las personas que ven limitadas sus capacidades sensoriales o cognitivas.

- a) Existen recursos para grabar la voz y la imagen de los residentes y luego hacer llegar esas grabaciones a sus destinatarios/as.
- b) Se dispone de cajas fuertes para que puedan guardar el dinero y otros elementos de valor.

- c) Existe personal capacitado para que las personas afectadas por estas disminuciones de sus capacidades puedan seguir llevando el control económico y la gestión de sus asuntos.

Para atender a los/as residentes con problemas cognitivos y de orientación:

El ambiente ha sido diseñado con técnicas adecuadas de orientación en la realidad: dibujos, señales en los lugares pertinentes, calendarios y relojes visibles, etc.

- a) Existe la dotación de personal en el número y con la formación adecuada para prestar atenciones específicas a esta tipología de residentes.
- b) La estructura espacial de la Residencia y de los servicios es adecuada para atender los diferentes niveles de asistencia que requieren esta tipología.
- c) El conjunto de los/as cuidadores ha recibido los cursillos necesarios para atender las situaciones derivadas de la manifestación de estos problemas cognitivos y de orientación.

Para atender a los/as residentes con problemas de memoria:

El diseño de los espacios interiores ha tomado en cuenta los déficit de memoria, introduciendo los indicadores adecuados que faciliten el reconocimiento y la identificación de los espacios y de los usos.

- a) Existe la dotación de personal en el número y con la formación adecuada para prestar atenciones específicas a esta tipología de residentes.
- b) El conjunto de los/as cuidadores ha recibido los cursillos necesarios para atender las situaciones derivadas de la manifestación de estos problemas de memoria.

Para atender a los/as residentes con problemas emocionales:

Existe la dotación suficiente de personal con la formación adecuada para prestar atenciones específicas a esta tipología de residentes.

- a) El conjunto de los/as cuidadores ha recibido los cursillos necesarios para afrontar las situaciones derivadas de la manifestación de estos problemas emocionales.

Para atender los problemas de comportamiento y de comunicación:

Existe la dotación suficiente de personal con la preparación adecuada para prestar atenciones específicas a esta tipología de residentes.

- a) El conjunto de los/as cuidadores ha recibido los cursillos necesarios para afrontar los problemas derivados de estos comportamientos.
- b) Se han identificado y se han eliminado los objetos que estén accesibles a quienes pudiesen hacerse daño con ellos o hacer daño a otros.
- c) Hay aparatos amplificadores de textos escritos y de imagen.

III. LAS ESTRUCTURAS Y LOS ACTORES

ÍNDICE

III. LAS ESTRUCTURAS Y LOS ACTORES.....	147
0. CONTENIDO	153
1. LAS ESTRUCTURAS DE LA ORGANIZACIÓN Y DE LA GESTIÓN	155
1.1. Niveles de estudio de la organización y de la gestión	156
1.2. Desagregación del análisis.....	157
a) Objetivos	157
a1) El efecto institución.....	158
a1.1.) Intervenciones para minimizar el trauma del traslado.....	159
a2) Control sobre el medio institucional.....	161
a3) Preservar y promover la autonomía de los residentes	161
a4) Desarrollar en los/as residentes, la posibilidad de elección.....	162
b) Niveles de organización y de gestión	163
b1) Identificaciones de los componentes y de las gestiones que incluye la organización.....	163
b2) Desagregación de las gestiones.....	164
c) Pautas posibles	167
c1) Repertorio de pautas posibles	168
c2) Efectos de las diferentes pautas.....	169
	149

2. LAS ESTRUCTURAS DE LAS INTERACCIONES.....	172
a) Las unidades de interacción, según el tamaño	174
a1) Tipologías	174
a2) Variedad de unidades de interacción que cabe examinar en las Residencias	175
b) Tipologías de roles y estatus	175
b1) Análisis de la rolificación	177
b2) Criterios que determinan la rolificación de los residentes.....	177
b3) Criterios que determinan la rolificación de los/as cuidadores/as del resto del personal.....	179
b4) Rolificación y calidad de las atenciones.....	180
c) Interacciones distinguibles en función de los espacios	180
c1) Dentro de la Residencia.....	182
c2) Dentro-fuera de la Residencia	182
d) Pautas de interacción	183
d1) La asimetría en las interacciones	183
d2) Las manifestaciones posibles.....	184
3. LOS ACTORES	187
a) Tipologías de residentes	187
a1) Los criterios utilizados	187
a2) Las tipologías referidas a los rasgos sociodemográficos	189
a3) La referencia a las capacidades funcionales, los niveles de actividad y el grado de autonomía	190
a3.1) Clasificaciones referidas a la autonomía-dependencia	191
a3.2) Clasificaciones referidas a criterios instrumentales.....	194

a4) Clasificaciones referidas a las deficiencias, discapacidades o minusvalías	199
a5) Las tipologías relacionadas con las AVD	200
a5.1) Repertorios.....	200
a5.2) Con limitaciones relacionadas con las funciones fisiológicas	201
a5.3) Con limitaciones en la movilidad en los espacios interiores	202
a5.4) Con limitaciones en la movilidad en los espacios exteriores	202
a5.5) Relacionadas con los riesgos de caídas	203
a5.6) Con limitaciones en AVD instrumentales	204
a5.7) Con limitaciones de las funciones mentales, con problemas cognitivos y de orientación.....	204
a5.8) Con problemas de memoria	205
a5.9) Con problemas emocionales.....	206
a6) Referencias a la integración y la participación.....	206
a7) Según la demanda de uso de servicios de salud	208
b) Tipologías de cuidadores/as y del resto del personal	209
b1) Componentes de las plantillas.....	210
b2) Perfiles de los/as cuidadores/as y del resto del personal.....	212
b3) Funciones de los/as cuidadores/as y del resto del personal..	214

0. CONTENIDO

Niveles de análisis

El estudio de las estructuras puede hacerse a varios niveles. En este trabajo, se aplica el análisis estructural:

1. A la organización y a la gestión de las residencias
2. A las interacciones que existen entre quienes participan en una residencia.

Definiciones

- Por "*Estructura*" se entiende aquí el repertorio de componentes que hay que tomar en cuenta:
 - Para entender como está organizada y cómo se gestiona una residencia de permanencia habitual.
 - Para comprender y distinguir los repertorios de interacciones que existían entre los miembros componentes.
- Los "*componentes*" son todos aquellos elementos (y sólo aquellos) sin los cuales la Residencia de mayores, no funciona o se convierte en otra cosa.
- Los componentes son de distinta naturaleza, por ejemplo:
 - Elementos de naturaleza humana (residentes, cuidadores/as...).
 - De naturaleza instrumental (camas, teléfonos...).
 - De infraestructura (salas de curas, habitaciones...).
 - De naturaleza accional (tareas de rehabilitación, de limpieza...).

- De naturaleza informativa (fichas de asistencia, comunicados...).
- De naturaleza normativa (reglamentos, titulaciones...).
- Por “*organización*” se entienden los diseños, modelos, criterios (explícitos o no explícitos) que se aplican para gestionar el funcionamiento de la Residencia.
- Por “*gestión*” aquí se entiende las acciones que se llevan a cabo (en un repertorio de acciones alternativas que son posibles) para mantener o cambiar la estructura, aplicar o no la organización y eventualmente modificar la organización.
- Por “*interacción*” se entiende toda relación entre los miembros componentes de la Residencia que esté institucionalizada. Una relación se institucionaliza cuando está prescrita, es decir, cuando obedece a reglas o normas.

1. LAS ESTRUCTURAS DE LA ORGANIZACIÓN Y DE LA GESTIÓN

Planteamiento

El análisis más poderoso que existe, relativo a las estructuras de las organizaciones y a su gestión, procede de la *"Teoría del control de los sistemas organizados"*. Fue desarrollada por Shannon y Weaver, W. (1948)*. De ese enfoque, aquí conviene tomar los siguientes criterios:

- En las organizaciones, la *complejidad* de sus estructuras, equivale al concepto de *información*.
- Gestionar (en términos cibernéticos) equivale a *aumentar el control sobre el funcionamiento del sistema*. Para lo cual la organización del centro tiene inevitablemente que hacerle cada vez más complejo. O si se quiere, los gestores que "controlan" el centro cada vez tienen que recabar más información sobre cómo funciona el sistema y sobre lo que pasa en el sistema.

Este enfoque aclara un supuesto que conviene tomar en cuenta para el análisis que ahora se inicia:

Las Residencias son organizaciones complejas, cuya gestión supone necesariamente controles basados en el manejo de la información.

Consecuentemente, un aspecto relevante del estudio de las Residencias de mayores sería el siguiente:

- *¿Cómo conciliar el control que se requiere para que el centro sea una organización que funcione, con la necesaria libertad y variedad de la vida que debe de existir en el seno de estas instituciones?*

* En Barel, Y. (1971); Bertalanffy, L. V. (1969); Bourdieu, P., y Passeron, J. C. (1974); Hawley, A. H. (1966); Katz, D., y Kahn, R. L. (1978); Kaufmann, A. (1993); Labrouse, E., *et al.* (1969); Lapassade, G. (1977); Martín Serrano, M. (1984); Ministerio de Sanidad y Consumo (1993); Ribeil, G. (1970); Shannon y Weaver, W. (1948); West, C. (1974)

1.1. Niveles de estudio de la organización y de la gestión

Según Benatar, R. *et al.* (1993) el repertorio de teorías referentes a la estructura de las organizaciones, que diversos autores han considerado pertinentes para estudiar las Residencias, se han fijado en tres aspectos: I. La *complejidad* de la organización; II. Su *funcionamiento*, III. En las *características totalizadoras* de los centros residenciales.

Resumimos los datos que ofrece:

Síntesis del marco teórico. Teorías y autores (o.c.)

TEORÍAS	DIMENSIONES	AUTORES
I. Organizaciones complejas	Entorno (problemas de adaptación al entorno)	Reglamentos Pfeffer Lancik
	Organización	Estructuras Edades Minzberg Di Maggio
	Organización non – profit	Características Función directiva Powell Kanter, M. Drucker, P.
II. Comportamiento organizativo	Estratificación	Argyris, C. Kanter, M.
	Estrés laboral	Seyle y otros
	Motivación	Mundate, L.
	Respuestas del personal	Hirshman, A.
III. Estudios residenciales	Residencias	Goffman Barenys, M.

En el análisis que sigue se incluyen estas dimensiones y algunas otras, en otro marco teórico alternativo.

1.2. Desagregación del análisis

Planteamiento

Entendemos que en un trabajo como el que aquí se aborda es conveniente relacionar solidariamente el análisis de las estructuras que tienen las Residencias con el de su gestión. En términos metodológicos ese planteamiento se consigue buscando los vínculos que existan entre *organización e intervención*.

Ese vínculo se puede encontrar averiguando:

- cuáles son *las pautas*, que regulan la organización de la intervención (o correlativamente, qué pautas determinan la intervención de la organización);
- cuáles son los *objetivos* que justifican la adopción de esas pautas.

Este análisis de las Residencias a nivel de las estructuras se han desagregado en los siguientes contenidos:

- a) Según los objetivos que se le asignan a la organización.
- b) Según los niveles de organización.
- c) Según las pautas de interacción posibles.
- d) Según las manifestaciones posibles de la intervención.

a) Objetivos

Planteamiento

La organización que se considera deseable para las Residencias suele justificarse en la literatura consultada en razón de *los objetivos* que se les asignan a estos centros.

Se comprende que por estar sujetos a regulación y control administrativo los objetivos de la organización son en gran parte heterónomos. O si se prefiere, los objetivos a alcanzar vienen marcados "desde fuera". Por esa razón, al analizar las organizaciones y la gestión de las Residencias, resulta imprescindible tomar en cuenta que las regulaciones marcan los programas públicos (Cf. El correspondiente análisis).

En el caso de las Residencias que son lugares para vivir de forma permanente, los objetivos de la organización parece que deberían resultar de la "interface" entre la dimensión «hogar» y la dimensión «centro gerontológico». De hecho, lo esencial que ha rendido el análisis de contenido ha sido la reflexión que existe en los textos consultados, referida a la siguiente aporía:

¿Es viable la organización de un centro que reproduzca las funciones de un hogar, cuando tiene que organizarse como un centro gerontológico?

La información que se ha sistematizado, se ofrece seguidamente. Se presentan en cuatro repertorios de objetivos, que incluyen todos los que aparecen mencionados en relación con los modelos de organización de las Residencias:

- a1) Minimizar el efecto institución.
- a2) Conseguir control sobre el medio institucional.
- a3) Preservar y promover la autonomía de los/as residentes.
- a4) Desarrollar en los residentes la posibilidad de elección.

a1) El efecto institución

Planteamiento

A partir de los trabajos de Gottman (1961, 1972) y de Foucault, M. (1964), se pone atención a los "traumas" que puede generar el traslado a una institución y se acuñan los términos "institucionalización" y "población institucionalizada".

Fuentes: Barenys, M. P. (1991); Bazo, M. T. (1991b); Benatar, R. *et alt.* (1993); Benett, R., y Nahemow, L. (1975); Memin, Ch. (1984); Defensor del Pueblo (1990); Di Maggio, P., y Powell, W. (1991); Diputación Foral de Alava (1996); Falk, N., y Lee, J. (1983); Fernández, R., *et alt.* (1995); Fonciant, M. (1964); Gobierno Vasco (1993); Goffman (1961, 1972); Guillemard, A. M. (1970, 1993); Guillén, F., *et alt.* (1998); IMSERSO (1992); Jamieson, A., Illsee, R. (edit.) (1995); Leed M., y Shore, H. (1992); Luque, O. (1994); Miranda, M. J., *et alt.* (1985); Molinero, S. (1995); Neill, J. (1993); OCDE(1994); OMS (1994); Pineda, R., *et alt.* (1990); Reuss, J. M. (1995); Rodríguez, P. (1995c; 1995f); Treserra, M. A., *et alt.* (1993).

Definiciones:

Conceptos de "institución", "ancianos institucionalizados" "institucionalización"

Los términos "institución" (1), "institucionalización" (2) o "ancianos institucionalizados" (3), hacen referencia respectivamente, según Fernández, R., *et alt.* (1995).

1. • A los centros destinados a servir de lugar de residencia a personas ancianas.
2. • Al hecho de vivir en estos centros.
3. • A las personas que viven en ellos.

Valoración del efecto institución

Sin embargo, no hay acuerdo sobre el valor que debe de atribuirse al "trauma del traslado". Se debaten estas dos posiciones:

1º El traslado a una institución, en sí mismo, no constituye una amenaza para la supervivencia de las personas mayores. Se mencionan estudios que han encontrado efectos positivos (según Coffman, 1981) en Fernández, R., *et alt.* (o.c.).

2º La cuestión ya no sería debatir si el traslado a una Residencia con carácter permanente tiene efectos positivos o negativos, sino más bien cuáles son las estrategias más efectivas para mitigar los efectos negativos que *siempre* se presentan [según Bourestom y Pastalan (1981)].

a1.1) Intervenciones para minimizar el trauma del traslado

Planteamiento

Según la experiencia acumulada, las secuelas de la institucionalización tienen una elevada prevalencia entre los/as residentes.

Aunque el trauma del traslado es más probable en los primeros meses de estancia, también pueden manifestarse las consecuencias en cualquier otra época posterior.

A tenor de lo que se escribe, parece ser que las medidas para minimizar el efecto deben de incluir a toda la población residenciada y prolongarse a lo largo de todo el tiempo de permanencia.

Las intervenciones requeridas, según los/as autores/as consultados/as implican:

- Diagnóstico.
- Tratamiento, intervención.
- Seguimiento.
- Mantenimiento.
- Generalización de los resultados.

Por tanto, para minimizar el efecto institución las intervenciones se pueden desagregar en fases, que se examinan seguidamente.

a1.2) Fases de las intervenciones para minimizar el trauma del traslado

Se ha indicado que las medidas tienen que iniciarse antes del ingreso y que deben de continuar durante toda la estancia.

Fases	Materiales para el diagnóstico y la evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • En el pre-ingreso: realizar un programa de <i>Preparación para el ingreso</i>. • Siguen las medidas de <i>Prevención</i> desde el ingreso; requieren un conocimiento de los datos del/la residente. • Se prolongan con <i>tratamientos específicos</i> cuando sea necesario. Sobre todo en los primeros meses. • Se añade que, una vez se den por concluidas tales medidas, debe de hacerse un <i>seguimiento periódico</i>. 	<p>Se sugiere utilizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> – El “Grupo de datos fundamentales (GDF). (Cf. Fernández, R., <i>et alt.</i> 1995): – Los protocolos de información en el ingreso (cf. Neill, J., 1993). <p>Confróntense protocolos y medidas de prevención, en V.1.2.a1.2.</p>

a2) Control sobre el medio institucional

Planteamiento y origen de este objetivo

La multidimensionalidad de la gestión de las Residencias supone una organización muy compleja.

Se indica que la organización debe garantizar la correcta coordinación de las diversas funciones y tareas. [Este tema está analizado en (III.1.b) Niveles de organización y de gestión].

Para ello, suele centrarse el análisis:

- En el perfil y las *funciones* que deben de tener tanto los directores como sus colaboradores en la dirección;
- En *cuántos* y *quiénes* deben de integrar las plantillas mínimas de las Residencias.

Se ha examinado esta perspectiva en III.3.b) "Tipologías de cuidadores y del resto del personal".

- Hay poca información que aborde el análisis de *cuáles* deben de ser los contenidos para ejercer el control que resultarían legítimos y cuales podrían tenerse por ilegítimos.
- También son escasas las referencias a las *formas* correctas de realizar los controles, y a las que podrían considerarse en con ellas.

En consecuencia, este es un tema todavía abierto a la reflexión.

a3) Preservar y promover la autonomía de los residentes

Planteamiento y origen de este objetivo

Existe evidencia empírica:

- De que el cambio a una Residencia disminuye la autonomía de los/as residentes.
- De que la rigidez y la naturaleza de los controles administrativos disminuye la autonomía.

Suele escribirse (pero no hay consenso al respecto) que esa disminución de la autonomía de los/as residentes sería en mayor o menor medida *un efecto indeseado pero inevitable* de la regulación existencial que supone toda organización.

El análisis de este tema se hace con detalle en la Parte V, referida a LAS PRÁCTICAS.

a4) Desarrollar en los/as residentes la posibilidad de elección

Planteamiento y origen de este objetivo

Los/as residentes tienen más o menos capacidad de elegir:

- lo que quieren (o no quieren) hacer (dentro o fuera de la residencia);
- y cuando hacerlo (no hacerlo).

Esa capacidad de elección se pone a prueba en una residencia tanto en las actividades cotidianas como en las excepcionales. Por ejemplo:

- En la oferta de horarios (p.e., de comedor).
- En el repertorio de actividades de libre elección (p.e., en el ámbito del entretenimiento).
- En la variedad de los servicios (p.e., en los menús).

Se sabe que esa posibilidad de que los/as residentes conserven una adecuada capacidad de elección depende, entre otros factores, de:

- *El tamaño* de la Residencia (ni muy grandes, ni muy pequeñas).
- *Los recursos y prestaciones* (es decir, todo lo que se paga por la plaza).
- *Las pautas de organización* (p.e., de los Reglamentos internos).

Por esa razón, se considera que se puede contribuir a desarrollar en los residentes la libertad de opción, diseñando modelos de organización que contemplen este objetivo.

Los factores organizativos que influyen en la posibilidad de elección de los residentes están analizados en III 1.2.b) Niveles de organización y de gestión.

b) Niveles de organización y de gestión

Planteamiento

La complejidad organizativa de las Residencias hace de ellas un sistema.

El control de un sistema —o si se prefiere, su gestión—, supone que se ha de crear una organización que esté en condiciones de manejar un conjunto heterogéneo de componentes.

En el caso de las Residencias de mayores y a la vista de los que se ha escrito, aparece un catálogo de elementos que hay que gestionar, verdaderamente inabarcable. Por esa razón parece útil buscar unos criterios genéricos que faciliten las clasificaciones.

En este trabajo, se identifican:

- Los componentes que incluye la organización atendiendo a su naturaleza.
- Los niveles de organización desde el punto de vista de la gestión.

b1) Identificaciones de los componentes y de las gestiones que incluye la organización

Componentes

La organización “residencias” incluye componentes de naturaleza muy diferente:

- Recursos materiales.
- Actores.

Fuentes: Bazo, M. T. (1991); Benatar, *et alt.* (1973); DBS (1999); IMSERSO (1995); INSS (1999); Kauffmann, A. (1993); Martín Serrano, M. (1978); Memin, Ch. (1984); Miranda, M. S., *et alt.* (1985); OMS (1974); Pineda, R., *et alt.* (1990); Rodríguez, P. (1995); Treserra, M. A., *et alt.* (1993); Wiener, N. (1971).

- Actividades.
- Información.
- Autocontrol.

Niveles de organización, desde el punto de vista de la gestión

Desde el punto de vista de la gestión, el manejo de estos componentes requerirá los siguientes niveles de organización:

- Qué se hace.
- Cuándo se hace y hasta cuándo.
- Dónde se hace.
- Quién/es y con quién/es se hace.
- A quién/es para quién/es se hace.
- Cómo se hace.
- Por qué y para qué se hace.
- Con qué recursos se hace.
- Qué información se obtiene sobre qué asuntos.
- De quiénes se obtiene.
- Qué información se facilita y a quiénes se les facilita.
- Para qué se les facilita.

b2) Desagregación de las gestiones

En el cuadro que sigue se ofrece una matriz (a completar en posteriores estudios) de las gestiones que cabría repertoriar en las Residencias de mayores, según la naturaleza de las gestiones.

Niveles de organización y de gestión:

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Qué se hace</i> 	<i>b1) gestión del trabajo:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del repertorio de tareas. • Esclarecimiento y división de las competencias y funciones. • Objetivación de las normas y reglas. • Profesionalización, habilidades, capacidades. • Programas de formación permanente, continuada.. • Estructura y composición adecuadas del grupo de atención.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cuándo se hace y hasta cuándo</i> 	<i>b2) del tiempo:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ritmos de las actividades. • Orden de las actividades. • Usos del tiempo según periodicidad, diaria, semanal mensual y anual.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dónde se hace</i> 	<i>b3) del espacio:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ocupación y asignación funcional.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quién lo hace</i> 	<i>b4) de los recursos humanos:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Número, capacidades y competencias tanto de los empleados, como del voluntariado y familiares (Cf. III.3.b. Tipología de cuidadores y del resto del personal) • Definición de un programa de voluntariado. • Mantenimiento de la motivación para el trabajo. • Participación de los familiares de modo activo.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Con quiénes se hace</i> 	<i>b5) de las relaciones:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de una persona de referencia para cada residente desde el ingreso. • Sensibilización de los/as residentes con respecto al entorno. • Relaciones con la familia y con la comunidad. • Horario de visitas suficiente (igual o superior a 10 horas) y flexible. • Actividades conjuntas del residente y de las familias, tanto individual como colectivamente.

	<i>b6) de las actividades:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Participación de los residentes en el mantenimiento. • Ocupaciones terapéuticas. • Actividades de tiempo libre planificadas. • Asistencia espiritual para los residentes que lo soliciten.
• <i>Cómo se hace</i>	<i>b7) de control</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Prohibiciones y obligaciones. • Normas y reglas.
	<i>b8) de autocontrol:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Controles internos y externos de la institución. • Sistema de gestión de las reclamaciones y sugerencias.
• <i>Por qué se hace y para qué</i>	<i>b9) de la ética y deontología:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Preservación: De los derechos de los/as residentes. De su dignidad. De la confidencialidad.
• <i>Con qué recursos</i>	<i>b10) de los recursos materiales:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento y adecuada explotación. • Control de las inversiones y del gasto.
	<i>b11) de las infraestructuras:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento y revisión permanente. • Para eliminar riesgos. • Para aumentar confort (cf. Infraestructuras).
• <i>Qué información se facilita, y a quiénes</i>	<i>b12) de la información:</i>	<p>A los/as residentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Completa, o no. • Objetivada. <p>A los/as cuidadores/as:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actualizada. • Pertinente. • Garantizada la confidencialidad.

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Qué información se obtiene sobre qué asuntos</i> 	<i>b13) de la prevención y la asistencia:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción de los residentes y de sus familiares. • Necesidades. • Demandas. • Expectativas. • Problemas.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>De quiénes se obtiene la información</i> 	<i>b14) de los/as clientes y los familiares</i>	<i>Dossier</i> documental para la atención de los/as residentes: <ul style="list-style-type: none"> • Con todos los datos pertinentes. • Sólo con datos pertinentes. • Actualizado.

c) Pautas posibles

Definición

En este contexto “una pauta” supone una opción entre dos modos de gestión alternativos. Por ejemplo: se puede gestionar la Residencia de forma “centralizada”, versus “descentralizada”.

Planteamiento

Cada pauta es susceptible de ser explicitada en un indicador, que serviría para clasificar a las Residencias desde el punto de vista de sus pautas de organización.

Este tema ha interesado a bastantes autores/as. Por eso el repertorio de pautas referidas a la gestión organizativa es muy amplio, como aquí puede comprobarse. Existe bastante correlación entre ellas. No parece un tema zanjado la opción por unas u otras, en función de su capacidad discriminativa.

Se ofrece seguidamente:

- El repertorio de todas las pautas que se han localizado en la literatura consultada.
- Los análisis sobre los efectos que para la atención que reciben los/as residentes tiene la adopción de una u otra opción en cada pauta.

c1) Repertorio de pautas posibles*

- Pautas posibles:*
- * Centralizada - descentralizada.
 - * Controladora - descontroladora.
 - * Diferenciada - indeferenciada.
 - * Centrada en la institución/ centrada en la persona.
 - * Totalidad de la institución - parcialidad.
 - * Simple - burocratizada.
 - * De planificación anticipatoria - de respuesta reactiva.
 - * Organizada - poco organizada.
 - * Claridad funcional - confusión funcional.
 - * Autoevaluada - no autoevaluada.
 - * Estructurada - no estructurada.
 - * Participativa - no participativa.
 - * Congruente - incongruente.
 - * Tolerante - intolerante.
 - * Flexible - rígida.
 - * Personalizada - despersonalizada.
 - * Distanciada - cálida.
 - * Intimidad - carencia de intimidad.
 - * Etiquetado - no etiquetado.
 - * Rutinarizada - creativa.
 - * Estimuladora - inhibidora.
 - * Genera fuertes expectativas - no genera ninguna expectativa.
 - * Genera adaptación - inadaptación.

Sigue un análisis más detallado de aquellas pautas que se recomiendan en los textos consultados.

Elaboración propia a partir de la consulta de las siguientes fuentes:

Aizpurúa, M.A.; Barenys, M.P.; Bazo, M.T.; (1995). Beattie, W.M., y Bullok, J. (1964); Banatar, R., *et alt.* (1993); Bennett, R.; Memin, L.H.; Defensor del Pueblo; Di Maggio, P.; Fernández, R. (1991); Guillén, F., *et alt.*; INSS (1990); Kahana (1982); Luque, O. Mea, P. Pinkus, A., y Wood, V. (1970); Moos, R.H. (1974, 1979); Nahemow, L.; Pineda, R., *et alt.*; Pinkus y Wood (1970); Powell, W.; Rodríguez, P. (1995b); Sanzo, L.; SEGG (1995); SERA (1995), Vercauteren R.

c2) Efectos de las diferentes pautas

El Cuadro que sigue ofrece la oportunidad de recoger sistemáticamente un repertorio de efectos relacionados con las pautas de la organización. Este análisis de contenido indica que el estudio de los efectos de las pautas, es un trabajo todavía abierto y necesitado de más estudio.

Pauta	Efectos
Controladora – descontroladora	<p>Una y otra tienen efectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobre autoestima y salud (Cf. Reid y Ziegler, 1980) en Fernández, R., <i>et al.</i> (1991). • Sobre comportamiento de los residentes. Positivo si hay elección de los patrones diarios y responsabilidades en gestión del centro (Moos, 1981), en Fernández, R. <i>et al.</i> (o.c.). Restricciones y controles disminuyen la satisfacción y el bienestar (Kahana, 1982).
Simple – burocratizada	<p>Las Residencias tienden a burocratizarse. Porque el paso a la profesionalización, consecuente al crecimiento organizativo, implica mayor burocratización.</p> <p>La burocratización tiene costos de despersonalización, (cf. Benatar, R. <i>et al.</i>, 1993).</p>
Organizada – poco organizada	<p>Aumento de organización se dice que correlaciona con una tasa más elevada de personal por residente.</p> <p>Igualmente, con una menor independencia (cf. Moos e Igra, 1980, en Fernández, R., 1991).</p>
Estructurada – poco estructurada	<p>Se dice que el medio no <i>estructurado</i> favorece la <i>independencia</i> y la <i>posibilidad de elección</i>. Es más beneficioso para un centro donde los residentes tienen bajo nivel de habilidades funcionales y requieren más apoyo y asistencia.</p> <p>En cambio, un medio muy estructurado es más beneficioso para Residencias donde las personas tienen un buen nivel de funcionamiento autónomo (cf. Moos, 1988, en Fernández, R. (o.c.); Cuestionario para la descripción de Residencias de ancianos (Pincus y Wood, 1970).</p>
Tolerante – intolerante*	<p>Se refiere a la tolerancia hacia los comportamientos agresivos, destructivos o excéntricos de los/as residentes.</p>

Pauta	Efectos
Rutinizada – creativa	<p>Referida a la conveniencia de ofrecer un ambiente creativo que estimule el interés de los residentes.</p> <p>La rutinización se ve como necesaria cuando hay personas con problemas cognitivos.</p>
Genera – no genera fuertes expectativas*	Si se espera de la persona residenciada niveles altos o bajos de funcionamiento y autonomía en las actividades de la vida diaria.
Diferenciada – indiferenciada	<p>Posibilidad que se ofrece de que los/as residentes puedan optar por pautas diferentes de comportamientos y por cambiarlas (p.e., horarios de comidas, de visitas, etc.).</p> <p>En el ICOF del SERA se denomina “elección organizativa”.</p>
Etiquetada – no etiquetada	Referencia a la asignación de roles estereotipados en función del estado de salud, de la clase social, del comportamiento o cualquiera otros criterios. Se analiza en III 2 b.
Genera adaptación – inadaptación	<p>La adaptación o inadaptación se analizará en relación con múltiples factores relacionados tanto con las características de las personas como de las Residencias.</p> <p>Se indica que la completa adaptación no es posible en estos centros y ni siquiera deseable, porque tiene secuelas que pueden ser muy graves. Suele analizarse en relación con el “efecto institución”. (Cf. III 1.2.a.1).</p>
Participativa – no participativa	<p>Referida a la capacidad de los/as residentes para intervenir en la toma de decisiones.</p> <p>Se coincide en la necesidad de estimular la participación, lo cual supone que deba de existir alguna regulación explícita de los cauces de participación (p.e.), consejo de residentes).</p> <p>La pauta se toma en cuenta en el ICOF del SERA con el nombre “control por los residentes”.</p>
Distanciada – cálida	<p>Se refiere a la afectividad del trato que reciben los/as residentes.</p> <p>Afecta a depresión y sentimientos de bienestar (cf. Benatar, R., <i>et al.</i>, 1993).</p>

Pauta	Efectos
Congruente – incongruente. Claridad funcional/ organizativa; comprensión funcional, organizativa.	Se refiere a si hay o no adecuación entre cómo se gestiona el entorno y cómo se gestiona a los/as residentes. Supone un adecuado recurso a la información y la comunicación dentro del centro. Según Moos (en Fernández, R., <i>et al.</i> 1991) el funcionamiento de los/as residentes se ve afectado por la congruencia en la estructuración del entorno residencial.
Planificación anticipatoria de respuesta reactiva.	Referida a la posibilidad de prever los efectos de los comportamientos y las opciones posibles. Hay un tratamiento en el ECS del SERA.
Flexible, rígida.	Se indica que la rigidez en la aplicación de las normas y de los programas es incompatible con la calidad asistencial.
Intimidad – carencia de intimidad.*	Se refiere a la capacidad que tienen los centros de ofrecer espacios y tiempos íntimos: <ul style="list-style-type: none"> • En primer lugar, la posibilidad de respetar la intimidad se ve afectada por el diseño de las <i>infraestructuras</i>. También depende de la <i>ocupación</i> (p.e., habitaciones con varias personas). • Igualmente, las <i>reglas</i> afectan al ejercicio de la intimidad (p.e., prohibición de relaciones íntimas, o de recibir a otras personas en las habitaciones).
Personalizada – despersonalizada. Totalidad de la institución – parcialidad. Centrada en la institución – centrada en la persona.	Estas pautas se refieren al efecto “institución”, que ya se ha tratado. (C. f. 1.2.a1.)
Estimuladora – inhibitoria.	Se refiere al riesgo de sobreprotección. Genera depresión, indefensión, declive físico (según Moos, R. H., 1974).
Autoevaluada – heteroevaluada.	Referencia a la medida en que la calidad de la Residencia puede ser controlada por instancias externas o sólo se atiende (cuando se hacen) a las evaluaciones internas.

* Forma parte del ICOF del SERA.

2. LAS ESTRUCTURAS DE LAS INTERACCIONES

Planteamiento

Hay una relación indisoluble entre las interacciones y la organización donde se llevan a cabo. Por eso, *las interacciones en los centros de Residencia de mayores, están estructuradas*. Con ello quiere decirse que las relaciones que existen entre los diversos actores que interactúan en estos centros, en una medida más o menos intensa, están prescritas.

El proceder habitual, para analizar esas prescripciones cuando se analizan las interacciones en el seno de una institución, consiste en estudiar tales interacciones por referencia a:

- La *estructura* que tiene el sistema de interacción, la cual determina la variedad de interacciones que son posibles.
- Las *funciones* que tienen los actores en el seno de la estructura.
- Las *reglas* que pautan las relaciones entre los miembros.
- Los *ámbitos* donde se pueden desenvolver las interacciones.
- La *evaluación* que recibe cada miembro en la organización donde interactúa.

Para abarcar estos criterios parece que hay que hacer tres clases de análisis:

- Estructural.
- Funcional.
- Axiológico.

En este trabajo se realiza ese triple análisis de las interacciones y se desagrega en los siguientes contenidos:

- a) Según el tamaño (análisis de la variedad de las interacciones).
- b) Según los roles y estatus (análisis de las funciones que cumplen las interacciones).
- c) Según los espacios (análisis de los ámbitos internos - externos de las interacciones).
- e) Según las pautas (análisis axiológico de las reglas que regulan las interacciones y de la evaluación que se aplica a las interacciones).

Definiciones

Según González, R. *et al.*, 1982:

- **Interacción:** *Toda conducta motora que indique relación con otra/s persona/s presente/s. Por ejemplo, hablar con otra persona, sonreírle, mantener contacto ocular, etc.*
- **Actividad individual:** *Toda conducta motora que un sujeto desarrolla sin implicar a otras personas con una finalidad como, p. e., hacer punto, leer, hacer crucigramas, etc.*
- **No actividad:** *Se incluyen aquí aquellas conductas pasivas tales como dormir, mirar, etc.*

Elaboración propia a partir de: Anderson, F.; Bandera, J. (1993); Barenys, M.P.; Bazo, M.T. (1991 y 1995); Leed, M., y Shore, H., edit.; Memin, Ch.; DBS; Fernández, R. (1992); Gil, L. A.; Gobierno Vasco; Goffman, 1970; González, R., *et al.* (1982); Guillén, F., *et al.* (1998); INSERSO (1995); INSS (1990); INSS y CN de RP; Instituto Andaluz de Servicios Sociales; Katz, D., y Kahn, R. L.; Kaufmann *et al.*; Lapassade, G.; Lehn, U.; Luque, O.; Montorio, I. (1994); Pincus, A., y Woos, V.; Pineda, R., *et al.*; Ramos, M. (1994); Rodríguez, P. (1995 c); Salgado, A.; Alarcón, T.; Sarasola, A.; SEGG; Treserra, M.A., *et al.* (1993); Gyntia, G., *et al.*

a) Las unidades de interacción según el tamaño

a1) Tipologías

En las Residencias se dan interacciones de todas las dimensiones posibles:

1. Hay interacciones *en el seno de la Residencia considerada como un único colectivo*, y *entre colectivos*, p.e., entre la comunidad residencial y las comunidades del entorno (así sucede con los Municipios donde estén instaladas las Residencias).
2. Las hay *entre pequeños grupos* y *en el seno de los pequeños grupos*. La propia Residencia suele constituirse en un número relativamente alto de grupos (de residentes, según sus afinidades; de cuidadores y residentes, etc.).
3. Las hay *entre parejas o tríos* de personas, y *en su seno*.
4. Forma parte de este mismo análisis la atención a las *personas asiladas* (que no establecen ninguna relación, ni a nivel de parejas, ni a de pequeños grupos, ni en la colectividad).

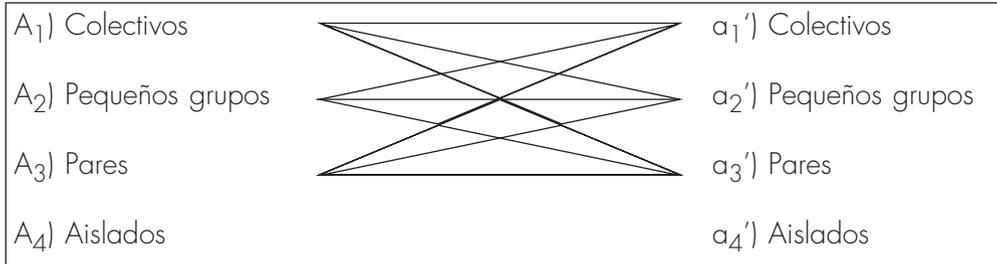
Se comprende la complejidad de los análisis referidos a las interacciones. Porque son de utilidad todas las categorías y todas las modalidades de análisis de las interacciones que existen en la literatura especializada (sociometría, psicología de la interacción, psicología y sociología de los grupos pequeños, sociología de las organizaciones).

La complejidad del análisis se hace aún mayor, porque en las Residencias cada unidad de interacción se ve afectada y afecta a los demás. Por ejemplo, véase en la página siguiente:

Las relaciones en las diadas o parejas ($-c_1, c'_2$) afectan y se ven afectadas por las interacciones en los pequeños grupos ($-b_1, b'_2$); y ambas por las interacciones en la Residencia a nivel institucional, y por las relaciones con los grupos de afuera ($-a_1, a'_2$). Del mismo modo el aislamiento (a) se relaciona con la naturaleza de las restantes interacciones.

a2) Variedad de unidades de interacción que cabe examinar en las Residencias

Se ofrece un esquema con la desagregación de las unidades de interacción y de sus relaciones:



En los textos examinados la mayoría de los análisis son de la modalidad (a₄. a₂') o bien (a₂. a₂').

Por esa razón, parecería conveniente que en el futuro los estudios prestasen atención a las siguientes relaciones:

(a₁ a'₂) Colectivo "residencia" – resto de colectivos (Ayuntamientos, colegios, etc.).

(a₁ a'₂) Colectivo "residencia" – pequeños grupos dentro de la Residencia.

(a₂ a'₄) Pequeños grupos – aislados.

(a₃ a'₃) Entre parejas.

b) Tipologías de roles y estatus

Planteamiento

Existen en la psicología, en la psicología social y en la sociológica, variados criterios para analizar las relaciones en base a las *funciones* que desempeñan los actores en la unidad donde interactúan.

En el caso del análisis de las relaciones en las Residencias, parece ventajoso elegir los modelos que diferencian a los actores según sus *roles* y sus *estatus*. Esa ventaja deriva de los siguientes hechos:

- De que la mayoría de los textos aplicables al estudio de las relaciones en Residencias son estadounidenses y proceden de la tradición Funcionalista o Estructural-funcionalista.
- Por esa razón, el análisis funcional de los roles se encuentra aplicado:
- A la distinción de los papeles que cumplen *los cuidadores* (en función de lo que se espera que hagan y no hagan y en función de lo que se espera que representen).

Al estudio de la estatificación de *los/as residentes*, en función de la autonomía, el conocimiento, la habilidad, la integración, etc., que se les asigne.

- De que en los centros residenciales para mayores la "rolificación"* y la "estatificación"* son hechos objetivos, sostenidos en ocasiones por prácticas que generan serias dificultades en las relaciones de los actores.

En consecuencia:

Las tipologías de roles que conviene tomar en cuenta en el estudio de las Residencias serían aquellas que generan la rolificación y la estatificación.

Ese análisis de la rolificación se puede hacer tanto para quienes son profesionales del centro como para quienes son residentes.

Definiciones

*Por "rolificación" en este texto se entiende la reducción de la identidad de la persona al papel que se le asigna en la institución.

**Por "estatificación" se entiende en este texto la asignación de una posición en la comunidad, sólo en base al valor que tenga el rol que desempeña.

Fuentes: Bazo, M. T. (1992); Bowling, A. (1994); Bravo, G. (1994); Cooper, D. (1972); De Miguel, A. (1987); Fernández, E. (1993); Fernández, R. (1992); Fernández, R., *et alt.* (1984); García, B. (1994); Goffman, E. (1970); Guillén, F., y Pérez del Molino, J. (edit.) (1994); INSS (1990, 1994); Lehr, U. (1980); Mendez, M., *et alt.* (1995); Montorio, I. (1994); Neill, J. (1993); Parson, T. (1966); Pérez, E., *et alt.* (1995); Pincus, A., y Wood, V. (1970); Pineda, R., *et alt.* (1990); Rodríguez, P. (1995); Salgado, A., y Alarcón, T. (1993); Sanzo, L. (1985); Sarasola, A. (1995); Simón, M. A. (1993); Valls, M. (1991).

b1) Análisis de la rolificación

Planteamiento

Toda rolificación genera estatificación, por lo cual queda entendido que un estudio de los roles, implica un análisis de los estatus. Pero mientras que en el colectivo de los/as cuidadores/as y del resto del personal es el rol el que suele conferir un determinado estatus, en el colectivo de los/as residentes sucede que es el estatus (en la mayoría de los casos) el que determina el rol.

- Se ha indicado que en una Residencia hay una asignación de funciones diversas al equipo que gestiona el centro, la cual se explicita como un repertorio de roles distinguibles.
- Igualmente hay una diferenciación de los/as residentes, según las funciones que se les asignan; distinción que igualmente puede ser captada identificando el correspondiente repertorio de roles.

Ambos sistemas de roles guardan correspondencias, en el sentido de que la rolificación de los/as gestores/as, afecta y se ve afectado por la rolificación de los/as residentes. Pero son sistemas asimétricos. Con ello quiere decirse lo siguiente:

Los criterios que sirven para diferenciar a los/as gestores son distintos de los que sirven para distinguir a los/as residentes.

De esa asimetría surgen algunos de los problemas específicos que tienen las interacciones en las residencias.

b2) Criterios que determinan la rolificación de los/as residentes

Planteamiento

Se ha indicado que conviene conocer e identificar cuáles son las categorías de roles que se les asignan a los componentes de una Residencia; porque es un modo operativo de captar las funciones que se les asignan o que desempeñan en la colectividad donde interactúan.

No existe en la bibliografía analizada un único criterio de rolificación y los que existen a veces se entrecruzan. Los criterios de rolificación que siguen son los que se adoptan con mayor frecuencia.

Criterios que determinan la rolificación de los/as residentes

- *Criterios sociodemográficos (para algunos/as autores/as, "características suprapersonales"):*
 - * La estratificación de edades.
 - * El género.
 - * El estado.
 - * El nivel cultural o la escolarización.
 - * El origen laboral.
 - * El origen social y el estatus.
 - * El tiempo que llevan viviendo en el centro.
- *Criterios basados en la participación e integración:*
 - * En las tareas cotidianas del centro.
 - * En las actividades programadas.
 - * En las actividades externas y ajenas al centro.
 - * En la pertenencia a subgrupos.
 - * En las relaciones con grupos de origen (familia, pares, etc.).
 - * En las relaciones privilegiadas con los cuidadores y administradores.
 - * En los conflictos.
- *Criterios basados en el comportamiento:*
 - * Manifestaciones denominadas disruptivas.
- *Criterios basados en las habilidades funcionales:*
 - * En el deterioro, la discapacidad y sus modalidades.
 - * En el nivel de autonomía personal o de habilidades funcionales.

- *Criterios basados en las demandas y el uso de los servicios que presta la Residencia:*
 - * Referente al uso de los servicios de asistencia en la vida diaria.
 - * Según el nivel de participación.
 - * *Ibídem*, en los gerontológicos.

b3) Criterios que determinan la rolificación de los/as cuidadores/as y del resto del personal

Planteamiento

- En las Residencias, *la asignación de roles al personal* que las gestiona y atiende ya ha llegado a constituirse en un aspecto regulado normativamente. En estos colectivos los roles suelen estar muy configurados por las funciones y las tareas. Lo cual equivale a decir que la *rolificación* de las personas que gestionan el centro es un componente intrínseco a la organización funcional de las Residencias.

Los criterios al uso para la asignación de roles son los mismos que se encuentran en otras organizaciones donde exista:

- especialización de tareas,
- división de tareas y
- estructura jerárquica.

Al rol se le asignan unas *tareas* específicas en colaboración, en dependencia o en prevalencia con respecto a otros roles, y se le prescribe un *perfil*, que supuestamente debería de adecuarse a esas funciones y a ese estatus.

- La estatificación del personal también suele estar muy regulada. Los estatus se explicitan sobre todo según los siguientes criterios:
 - titulación,
 - niveles de responsabilidad,
 - capacidad de iniciativa,
 - salarios.

b4) Rolificación y calidad de las atenciones

Se sabe que la rolificación del *staff* es un factor que en todas las organizaciones lleva a un trabajo rutinizado y a un trato ritualizado, en ocasiones despersonalizado. Está bien contrastado que la contraparte inevitable de un trabajador rolificado y poseído de su rol es que rolifique a los/as residentes. Por estos motivos, resultará inevitable que la progresiva complejidad organizativa que van adquiriendo este tipo de Residencias genere esos efectos indeseados.

La percepción que la rolificación es un componente de los síndromes de la institucionalización está indicada y descrita en la sociología desde sus orígenes. En el caso de las Residencias hay numerosas referencias a las dinámicas de rolificación del *staff*. Según parece, los/as autores/as suelen apoyarse en trabajos de Noelker y Poulschock (1984).

Se ofrecen medidas varias para controlar la rolificación del personal de los centros, que recoge Fernández López (1993).

c) Interacciones distinguibles en función de los espacios

Planteamiento

La literatura al uso consciente, o inconscientemente, opera con la distinción “dentro” (de la Residencia), “fuera” (de la Residencia). Esta división cuando sirve para establecer fronteras es propia de las instituciones denominadas “totalizadoras” o “cerradas” que tienden a generar internamiento y separación entre la vida en el centro y lo que queda al otro lado de la puerta.

Hay varios/as autores/as que parten de la constatación de ese proceso de distanciamiento en las residencias. (Por ejemplo, Cf. Dimensión-aislado integrado, en “Descripción de Residencias de ancianos”, Pincus y Wood, 1970.)

El análisis de las interacciones en función de los espacios se puede hacer operativo, distinguiendo en cada espacio quiénes son los diversos actores que entran en relación.

Modalidades de interacciones según los actores en cada espacio

Tipologías		
c1) Dentro	←————→	Dentro
Residentes	↔	Residentes
Residentes	↔	Profesionales, trabajadores
Residentes	↔	Institución y empresa
Profesionales		Profesionales
Trabajadores	↔	Trabajadores
		Institución y empresa
c2) Dentro	←————→	Fuera
Residentes	↔	Familiares
		Amistades
		Comunidad externa
Profesionales		Familiares
Trabajadores	↔	Amistades
Apoyo social		Comunidad externa
Institución		Familiares
Empresa	↔	Amistades
		Comunidad externa

Fuentes: Barenys, M. P. (1991); Cyntra, G., *et al.*; Fernández, R., *et al.* (1995); Izal, M. (1990); Nussbaum, J. F., y Compland, J. (edit.) (1995); Pincus y Wood (1970); Ramos, M. (1994); Ruesch, J., y Bateson, F. (1951).

c1) Dentro de la Residencia

La Residencia, en teoría, supone un entorno en el que sería más fácil la comunicación por el número de personas que allí conviven. Igualmente parecería que la comunidad de edades y de experiencias podría facilitar la interacción. Sin embargo parece que para lograr que esos diálogos se anuden y se mantengan frecuentemente hay que organizar actuaciones específicas, y que los resultados no siempre son buenos.

Barenys, M. P. (1991), abre una luz para la explicación de este fenómeno:

“En las Residencias de ancianos coinciden personas que han ido a parar allí de lugares y de origen diversos, con historias de vida, costumbres, ideas, gustos peculiares a los que es difícil renunciar o acomodar. Las Residencias son un conjunto de personas, mujeres y hombres que se encuentran en contacto físico más o menos resignadamente, y que se pretende constituyan una «familia» pasando por encima de todos los condicionamientos de su pasado, sobre la vaciedad de su situación actual y sobre la inexistencia de un proyecto de futuro. Los colectivos humanos de las Residencias corren el peligro de constituir una mera suma de individuos.

Según lo expuesto, un rato de conversación sería lógico esperarlo entre las personas que viven juntas. Pero al mismo tiempo, si la convivencia es impuesta, ese rato de conversación, en lugar de ser ameno, se convierte en obligación, por lo que no sería de extrañar que hasta se intentara en algún momento eludir.”

c2) Dentro-fuera de la Residencia

Según Ramos, M. (1994), la visita al bar la realizan más los mayores institucionalizados (44%) que se encuentran más móviles y se supone con mejor estado de salud que los de la muestra de población general (27%). Principalmente si son varones (52%) o si tienen de 65 a 77 años (52%). Tanto Barenys como Ramos observan que *“las salidas al bar las hacen particularmente los hombres y van en grupo. Allí juegan sus «partidas» y pasan unas horas”*.

Los contactos con personas de afuera dependen en gran medida de la movilidad, y en su defecto de la capacidad de hablar por teléfono, según Ramos (o. c.) los mayores institucionalizados hablan bastante menos por teléfono (27%) que el grupo de mayores de la muestra de población general (39%). Las diferencias entre las dos muestras se hacen más pronunciadas en el grupo de las mujeres que

tienen 78 y más años, puntúan un 38% las de la población general y un 24% las de Residencias.

d) Pautas de interacción

Planteamiento

Todas las pautas que determinan la gestión tienen un reflejo a nivel de las relaciones, y que se han repertoriado en III. 1.2c.

Pero cabe hacer un planteamiento específicamente centrado en la asimetría de roles que, como se ha dicho, existe entre quienes “gestionan” (cuidadores/as y resto de personal) y quienes son “gestionados” (residentes).

La constancia de que entre ambos colectivos exista una inevitable asimetría de roles que afecta a los estatus, no tiene por qué significar necesariamente que se generan relaciones antagónicas, ni tampoco jerárquicas, ni de dominio. Sin embargo, la asimetría favorece todas esas prácticas. Por eso es conveniente tomar en cuenta, como seguidamente se hace, cuáles pueden ser las *variantes de relaciones asimétricas* que en la práctica se encuentran en las Residencias.

d1) La asimetría en las interacciones

Planteamiento

En las Residencias los roles de los /as residentes están configurados en alguna medida:

— Por el carácter de la Residencia (pública o privada):

Fuentes: Bazo, M. T. (1995); Bennett, R., y Nahemow, L. (1975); Carstenser, L. L., y Edelstein, B. A. (1990); Memin, Ch. (1984); Duran, M., y Torrado, V. (1993); Goffman, E. (1972); Hernández, S. M. (s.d.); INSS (1994); Instituto Andaluz de Servicios Sociales (1995); Izal, M. (1990); Laing, R. D. (1970); Lapassade, G. (1977); Leed, M., y Shore, M. (edit.) (1992); Leturia, F. J. (1995); Luque, O. (1988); Montorio, I. (1995b); Pathy, M. S. J. (edit.) (1987); Ramos, M. (1994); Rodríguez, P. (1995b); Ruesch, J., y Bateson, G. (1951); Salvarezza, I. (1988); SERA; Twigg, J. (1993).

- Por la asimetrías de conocimiento y de competencia y de poder entre quienes administran y quienes son administrados, y por las desventajas que genera la necesidad de recibir asistencia médica y convencional.

A partir de estas condiciones cabe relacionar algunas de las pautas importantes que generan roles asimétricos en la interacción:

Pautas asimétricas de interacción que son posibles
<i>Administrador – administrado</i>
<i>Proveedor – cliente</i>
<i>Par, igual – par, igual</i>
<i>Poderoso – débil</i>
<i>Protagonista – ayudante</i>
<i>Asistente – asistido</i>
<i>Protector – protegido</i>

d2) Las manifestaciones posibles

Planteamiento

El reflejo de las pautas que guían las relaciones interpersonales se puede observar a nivel de los comportamientos que manifiestan los actores en la propia interacción.

Existe un amplísimo repertorio de variables, referidas a las manifestaciones posibles de las relaciones interpersonales, en las obras de psicología y de psicología social. En esta ocasión se han anotado aquellas que parecen pertinentes, porque existen especialistas en nuestro tema que se han interesado en identificarlas e incluso en evaluarlas.

Manifestaciones posibles en las relaciones interpersonales

Cálidas – frías

*Cohesión – conflicto**

De dominación, sumisión – equiparación

*Dependientes – autónomas, independientes**

Cooperativas / reificantes / competitivas

Atracción / indiferencia / rechazo

*Expresividad – inhibición**

Integración – desintegración

Satisfacción – insatisfacción

* Referidas en la escala de clima social (ECS) del SERA.

3. LOS ACTORES

a) Tipología de residentes

a1) Los criterios utilizados

En la literatura consultada hay dos enfoques predominantes: uno sociodemográfico y otro sanitario.

- *Enfoque sociodemográfico:*

Clasifica a los/as residentes principalmente según las variables de:

- Género.
- Edades.
- Estado.
- Estatus.
- Nivel cultural.
- Origen laboral.

En realidad, los enfoques sociodemográficos se han incorporado en muy pequeña medida al análisis tipológico de los/as residentes. Excepto en los estudios sociológicos, las variables sociodemográficas en las Residencias tienen un uso clasificatorio. En la práctica, las tipologías de residentes que se encuentran suelen ser clasificaciones de carácter clínico.

- *Enfoque sanitario:*

En el enfoque sanitario creemos que el conjunto de los/as autores/as combinan tres criterios para establecer las tipologías:

- Las “limitaciones” derivadas de:
 - Algún deterioro orgánico.
 - Algún deterioro social.
- Las “performances”, es decir, lo que son o no son capaces de hacer las personas residentes.
- Las “ayudas” y las “asistencias” que necesitan aquellas personas:
 - Para ejecutar actividades.
 - Para desenvolverse socialmente.

Un avance sería establecer las tipologías en base a las correspondencias entre estos tres criterios: “limitaciones”, “performances” y “ayudas”, por ejemplo:

<i>Limitaciones</i>	<i>Performances</i>	<i>Ayudas</i>
Padece una limitación del campo visual.	Es capaz de caminar con la ayuda de un bastón.	Necesita compañía para desplazarse en la calle.

Este trabajo no está hecho y podría ser útil. Entre tanto, las tipologías disponibles con un enfoque sanitario son numerosas y algunas de ellas están muy difundidas. De acuerdo con los criterios que se han indicado, es posible clasificar esas tipologías, de la siguiente forma* :

- *Tipologías que ponen el énfasis en las limitaciones:*
Según las capacidades funcionales.
- *Tipologías que ponen el énfasis en las performances:*
Según el nivel de actividad y el grado de autonomía.
Según la integración en la comunidad.
Según el uso de actividades socio-recreativas.
- *Tipologías que toman en consideración las ayudas y asistencias que se requieren:*
Según el uso de los servicios de salud.
Según el uso de los servicios de asistencia para la vida diaria.

* Cf. SERA.

Hay que advertir de que posiblemente estos tres criterios tengan un único factor que les correlacione fuertemente. Porque en los textos examinados es frecuente que el estudio de las incapacidades funcionales tenga por objeto determinar el grado de autonomía de los/as residentes, con el objetivo de conocer la calidad de ayuda que necesiten esas personas.

a2) Las tipologías referidas a los rasgos sociodemográficos

Planteamiento

Las variables sociodemográficas más utilizadas en el ámbito que aquí se estudia son la *edad* y el *género*. Con menos frecuencia, hay referencia al *estado*, al *origen geográfico*, al *nivel sociocultural*; a la *clase social* y al *trabajo* que se desempeñaba cuando eran activos.

Se ha indicado que el interés por las tipologías sociodemográficas está generalmente vinculado a los estudios sociológicos. Por ejemplo, cuando se trata de distinguir en qué se diferencia la población mayor residencial del resto de la población mayor. También se encuentra en los escasos estudios prospectivos que hemos localizado. Por ejemplo, cuando se quiere prever la demanda de plazas en las Residencias.

En cambio, el empleo de las variables sociodemográficas todavía no ha penetrado lo suficiente en los estudios gerontológicos. Y aún lo ha hecho menos en los análisis de las infraestructuras, de las estructuras y de las prácticas en el ámbito de las Residencias. Este déficit, es a la vez teórico y metodológico. Parece que tal carencia puede cambiar con el paso del tiempo, como consecuencia de la incorporación de profesionales de la sociología a tareas de investigación y de gestión en las Residencias y en las Administraciones públicas. Entre tanto, la utilización de las variables sociodemográficas, tan fáciles de anotar en una Residencia, es bastante restringida:

- Se toman en cuenta *las edades*, sobre todo, como indicador del aumento del deterioro. Así usada la edad es en realidad otro indicador de naturaleza sanitaria.

Fuentes: Best Line; Booth, T., *et al.* (1993); CIRES (1992-1995); Diputación Foral de Álava (1996); Fernández, R. (1991); Fernández, R., *et al.* (1992); IMSERSO con la fundación Garbi (1995); Juan, H., y Pastor, V. (1990); MEAP; Méndez, M., *et al.* (1995); Ministerio de Sanidad y Consumo (1995); Neill, J. (1993); OARS (1978); Rodríguez, P. (1995f); Rubio, R., y Muñoz, J. (1993); Sanzo, L. (1985); Sarasola, A. (1995); Thayer, R. (1983); Treserra, M. A., *et al.* (1993); Walls, M. (1991).

- También se encuentra en algunos autores/as una referencia a las ventajas e inconvenientes que presentan la homogeneidad y la heterogeneidad de las edades. Fernández, R. 1991), según dice siguiendo a Messer (1967), afirma que cuanto más homogéneas sean las edades en un centro, será menos estresante. Este resultado se explica (en este texto citado) porque determina un menor conflicto de roles y porque es más probable que las normas del grupo sean acordes con la edad.
- Los análisis referidos *al sexo* (varón, mujer) se centran, sobre todo, en la pertinencia o no, y en la conveniencia o no, de permitir o estimular las relaciones de pareja (nuevas o antiguas) en el seno de las Residencias. En cambio, apenas se encuentran datos referidos *al género*, es decir, a los efectos que pueda tener el que haya más o menos mujeres, más o menos hombres conviviendo en un mismo centro, con sus peculiaridades genéricas y socioculturales.
- La variable "*clase social*" está muy relacionada con la variable "*nivel cultural*" en las actuales generaciones de mayores. Llama la atención la escasa información que se ha publicado, sobre las discrepancias que pueden existir (y sobre todo, sobre las que llegarán a existir) en aquellas Residencias donde se dé cabida a personas de diferentes estatus sociales.

a3) La referencia a las capacidades funcionales, los niveles de actividad y el grado de autonomía

Planteamiento

La elaboración de tipologías sanitarias de residentes suelen estar basadas:

- en unos casos, en los niveles de capacidad funcional;
- en otros casos, en los niveles de actividad o en el grado de autonomía:
- en ambos casos, los deterioros funcionales y la pérdida de autonomía suelen relacionarse con las cargas asistenciales que generan. (Cf. V.3.a.7)

Probablemente la clasificación que ahora se analiza sea el trabajo al que más esfuerzo se ha dedicado en los últimos años por parte de los/as autores/as consultados/as. Por este motivo las fuentes se van presentando en los correspondientes apartados.

En estas tipologías se encuentran vínculos con clasificaciones:

- **Funcionales.** Deficiencias, discapacidades o minusvalías.
- **De actividades.** Qué pueden o no pueden hacer los/as residentes por sí mismos/as o con ayuda.
- **Instrumentales.** Qué asistencias necesita para hacer lo que quiere hacer y lo que debe de hacer.

Las correspondientes tipologías se examinan en este mismo orden.

- También existe un vínculo con la motivación o, si se prefiere, con el *interés* por esforzarse y por realizar la tarea. Es un criterio de clasificación útil, sobre todo referido a las personas que pueden estar muy desmotivadas, por falta de ganas de vivir o por los traumas del traslado.

Este criterio aparece en algunos trabajos (por ejemplo, en la Escala de evaluación funcional del programa de rehabilitación para la vida independiente). Pero suele estar tratado como un apartado y no como una dimensión.

a3.1) Clasificaciones referidas a la autonomía dependencia

Como puede comprobarse a lo largo de este análisis de contenidos, especialmente en la parte relativa a las prácticas, la «autonomía-dependencia» se evalúa usando numerosos indicadores alternativos. En este Cuadro se hace una sistematización de los que tienen mención más generalizada. El análisis más amplio puede examinarse en V3b

Actividades en la cama	<ul style="list-style-type: none">- Realizar todas las tareas que implican levantarse por sí solo.- Volverse a la derecha.- Volverse a la izquierda.- Sentarse derecho.- Alcanzar objetos en mesilla o mesa camilla.- Manejar botella-cuña.- Levantarse.- levantarse por un solo lado o por los dos.- Acostarse.- Transferirse de la cama al sillón y viceversa.
------------------------	---

Higiene personal	<p>Bañarse sin ayuda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cepillarse pelo, peinarse y cuidarse el pelo. - Afeitarse. - Limpiarse los dientes o dentadura. - Lavarse la cara, manos, brazos tórax. - Secarse a sí mismo. - Cuidarse a sí mismo. - Aplicarse cosméticos. - Cuidarse las uñas.
Vestirse/ desvestirse	<p>Hacerlo por sí solo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vestirse excepto zapatos y calcetines. - Seleccionar ropa. - Ponerse calcetines o medias. - Quitarse medias o calcetines. - Sacarse la ropa por la cabeza. - Ponerse zapatos; atarse cordones. - Quitarse zapatos. - Manejar botones (diferentes tamaños), abrocharse botones. - Manejar cremalleras. - Ponerse tirantes, cinturones o corsés. - Desnudarse. - Guardar la ropa; colgar prendas en el armario.
Andar	<p>Salir a la calle:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Andar hacia delante 10 metros. - Dar la vuelta. - Andar hacia atrás seis pasos. - Paso con muletas. - Paso con andador. - Oscilación en la marcha. - Utilización de ayudas residenciales fijas. - Subir escaleras (seis escalones). - Bajar escaleras. - Subir y bajar bordillos. - Utilizar pasamanos. - Bipedestación.

Fuentes: Abrams, N., y Berkow, R. (1990); Bowling, A. (1994); Bravo, G. (1994); Carstenser, L. L., y Edettin, B. A. (1989); Fanchampas, A. (1991); Fernández, R. (1984, 1995); Guillén, F., *et alt.* (1998); IMSERSO con Fundación Garbi (1995); MEAP; Méndez, M., *et alt.* (1995); Misrama, B. I., y Riedel, R. G. (1986); Neill, J. (1993); OARS; OMS (1974); Pereze, *et alt.* (1995); REGG (1994); Salgado, A., y Alarcón, T. (1993); Treserra, M. A., *et alt.* (1993); Vázquez, M. A. (1995).

Alrededor de su habitación	<ul style="list-style-type: none"> - Abrir y cerrar puertas. - Abrir y cerrar ventanas. - Abrir y cerrar armarios. - Manejar interruptores de la luz. - Manejar cerraduras. - Abrir y cerrar cajones. - Manejar grifos. - Tocar el timbre de llamada. - Pasar página de libro, revista o periódico.
Alimentarse	<p>Hacerlo por sí solo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cortar el pan y la carne. - Usar los cubiertos. - Mostrar hábitos apropiados en la mesa. - Poner mantequilla en el pan. - Comer con tenedor y cuchara; usar cubiertos. - Beber en taza o vaso. - Remover el café. - Cocinar. - Preparar los alimentos. - Transportar alimentos y bebida. - Calentar la tetera o cafetera. - Lavar los platos.
Hacer necesidades, utilizar servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Ir al cuarto de baño. - Usar cuña.
Elevación y transferencias	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar asiento, sentarse en la silla. - Levantarse de la silla. - Descansar con las piernas en alto. - De la cama a la silla de ruedas y al contrario. - De la cama a posición de pie y al contrario. - De la posición de pie a la silla y al contrario. - De la silla de ruedas a la taza del WC y al contrario. - De la posición de pie al WC y al contrario. - Ajustarse la ropa para el WC. - De la silla de ruedas al suelo y vuelta. - Cambiar en terreno desigual.

Actividades manipulativas	<p>Puede usar los interruptores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los de las luces. - Los de la estufa o sistema de calefacción. - Los de la televisión. - Los de la cocina. - Responder a la puerta. - Oír el timbre / picaporte. - Cerrar grifos.
Manejar silla de ruedas	<ul style="list-style-type: none"> - Ajustar apoya - pies. - Actuar con los frenos. - Marchar en interior. - Marchar en exterior. - Abrir y cerrar puertas y cajones desde la silla.
Conducirse en la vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> - Usar teléfono. - Usar transporte público. - Hacer la compra. - Proveerse de alimentos de las tiendas. - Las tareas del hogar. - Tomar medicación por sí solo/a. - Entrar y salir de casa libremente. - Mandar mensajes al exterior. - Cobrar su pensión.

a3.2) Clasificaciones referidas a criterios instrumentales

a3.2.1) Criterios instrumentales de clasificación

En estas perspectivas, los análisis se refieren a la cantidad y al tipo de ayuda que requiere la persona.

La correspondencia se establece, entre las dimensiones

«capacidad de ejecución personal// falta de capacidad»

«independencia en la ejecución de la tarea // dependencia de otro/s».

Así se muestra en varios ejemplos. El primero corresponde a las escalas de Evaluación Funcional del Programa de Rehabilitación para la Vida Independiente de la Michigan Commission for the Blind (en Nieuwenhuijsen y cols. 1989. Fernández, R., *et alt.*, 1991):

Capacidad de ejecución personal:

Si el individuo estuviese solo, cómo ejecutaría la tarea:

0. Capacidad normal: Completaría la tarea de manera satisfactoria.
1. Capacidad disminuida: Completaría la tarea de manera satisfactoria, pero con algunos problemas de velocidad, dolor o seguridad.
2. Capacidad reducida: Completaría la tarea de manera satisfactoria, pero con dificultades serias en la velocidad, dolor o seguridad.
3. Incapacidad: No completaría la tarea de manera satisfactoria.
9. Sin puntuar: Imposibilidad de obtener una evaluación fiable..

Independencia/dependencia:

Cómo se ejecuta la tarea:

- A) Sin ayuda: Ejecuta la tarea solo.
- B) Ejecución ayudada: Requiere un dispositivo para completar la tarea.
- C) Ejecución asistida/dependiente: Ejecuta la tarea con asistencia humana.
- D) Ejecución aumentada: Requiere tanto asistencia humana como un dispositivo para ejecutar la tarea.

Otro tanto sucede en Guillén, F. (1988). En este ejemplo las escalas buscan esa correspondencia que ya se ha anotado entre el "nivel de capacidad" y "la cantidad de ayuda":

Incapacidad total:

- Requiere ayuda de dos personas.
- Requiere ayuda de una persona.
- Requiere supervisión.
- Independiente.

Fuentes: Falkn y Lee, J. (1983); Fernández, R., *et alt.* (1991); Guillén, F. (1998); IMSERSO (1992); Mc Dowell, N. (1987); MEAP; Montorio, I. (1994: 1995b); Neill, J. (1993); OARS; Pfeifer, E. (1978); Rodríguez, P. (1995b, 1995f); Sanzo, L. (1985); Sarasola, A. (1995); SERA; Simon, M. A. (1993); Yanguas, J. J. (1995).

Las escalas basadas en los niveles de respuesta tienen el siguiente recorrido en Sanzo, L. (1985).

DEPENDENCIA ABSOLUTA



AUTONOMÍA ABSOLUTA

Nivel 1: La persona no puede realizar la tarea o acción bajo ninguna circunstancia.

Nivel 2: Puede realizar algo de la tarea o acción con un apoyo personal constante y en un entorno protegido.

Nivel 3: Puede realizar algo de la tarea o acción con un apoyo personal constante.

Nivel 4: Puede realizar algo de la tarea o acción con un apoyo personal circunstancial.

Nivel 5: Puede realizar algo de la tarea o acción sin apoyo personal pero con dificultad.

Nivel 6: Puede realizar la tarea o acción sin apoyo personal y sin dificultad.

a3.2.2) Tipologías basadas en criterios instrumentales

La estratificación de los residentes según la cantidad y calidad de atenciones que requieren aparecen con alguna frecuencia en documentos relacionados con la Administración. Se comprende que esas tipologías tienen además de un valor funcional un uso económico: porque la carga de atención y de los costes de la plaza suelen correlacionar.

Sarasola, A., vincula "habilidad" y "cuidados". Propone las siguientes categorías de residentes ("usuarios") según la clase de cuidados:

TIPOLOGÍA DE USUARIO	CARACTERÍSTICAS	SERVICIOS REQUERIDOS	PERFIL PROFESIONAL
<p>Usuarios tipo 1: Personas con necesidades de apoyo para su organización y socialización</p> <p>Destinatarios : <i>todos los usuarios de la Residencia</i></p>	<p><i>Necesidades de atención básica:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manutención - Lavado de ropa. - Tareas organizativas cotidianas (limpieza de habitación, aspectos económicos). <p><i>Necesidades de socialización</i></p>	<p>Servicios de organización, soporte y socialización..</p>	<p>Servicios de organización hosteleros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personal no especialmente cualificado. <p>Servicios de socialización:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajador social. - Psicólogo/a. - Animador/a sociocultural.
<p>Usuarios tipo 2: Personas con necesidades de atención personalizada y cuidados de enfermería</p> <p>Destinatarios: <i>residentes con enfermedades crónicas y discapacidad física y/o psíquica</i></p>	<p><i>Residentes con necesidades de cuidados personalizados básicos, referidos a:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayuda para el desplazamiento. - Ayuda para la higiene corporal. - Apoyo para vestirse. - Ayuda para la alimentación. - Ayuda para la eliminación. - Apoyo para la movilización. <p><i>Residentes con necesidades de cuidados técnicos de enfermería, concretados en:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Administración de fármacos. - Asistencia para la respiración: oxigenación. - Asistencia para la respiración: aspiraciones. - Control de glucemia y otras constantes vitales. - Realización de curas y vendajes. - Educación sanitaria. - Otros cuidados técnicos de enfermería. 	<p>Servicios de atención personalizada y cuidados de enfermería.</p>	<p>Servicios de atención personalizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personal no especialmente cualificado pero formado para la prestación de servicio. <p>Servicios de cuidados técnicos de enfermería: D.U.E.</p>

TIPOLOGÍA DE USUARIO	CARACTERÍSTICAS	SERVICIOS REQUERIDOS	PERFIL PROFESIONAL
<p>Usuarios tipo 3: Personas con necesidades de atención de fisioterapia y/o terapia ocupacional</p> <p>Destinatarios: <i>residentes con deterioro en su capacidad funcional con necesidades de intervención terapéutica especializada</i></p>	<p>Personas con necesidades de intervención destinadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener o restablecer su capacidad funcional. - Establecer unas metas realistas respecto a sus posibilidades de recuperación. - Alcanzar dichas metas. 	<p>Servicios de fisioterapia y terapia ocupacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fisioterapeuta - Terapeuta ocupacional.
<p>Usuario tipo 4: Personas que padecen una enfermedad crónica con necesidades de seguimiento y tratamiento, por parte del médico general</p> <p>Destinatarios: <i>residentes con algún tipo de patología crónica</i></p>	<p>Personas con enfermedades crónicas y alto componente incapacitante físico y/o psíquico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demencia. - Otros procesos SNC o aparato locomotor (ACV, secuelas de fracturas de cadera, artrosis) <p>Personas con otras enfermedades crónicas que <i>precisan revisión periódica especializada</i>.</p>	<p>Servicios de atención médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - General. - Especializada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Médico general <p>Especialista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psiquiatra. - Rehabilitador. - Geriatra. <p>Otras especialidades (la participación de otros especialistas puede ser innecesaria si hay un geriatra en la Residencia).</p>

a4) Clasificaciones referidas a las deficiencias, discapacidades o minusvalías

Definiciones

Las definiciones que siguen proceden de Ch. Memin (1984).

Relación de dificultades:

- *Deficiencia* – Desviación respecto a norma biomédica. Abarca todas las funciones mentales, sensoriales, aparato locomotor, órganos internos.
- *Incapacidad* – Reducción o pérdida de la capacidad de ejecutar una actividad. Deriva de la deficiencia o de la interacción entre esa deficiencia y el entorno.
- *Handicap, minusvalía* – Física, psicológica y social. Abarca desde la falta de recursos financieros, hasta la dependencia para realizar los gestos elementales de la vida cotidiana, pasando por las dificultades para mantener una red de relaciones; y considerando las dificultades para desplazarse en el entorno y para orientarse correctamente en el tiempo o en el espacio.

Parece ser que la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (INSERSO, 1983) es el trabajo de referencia más utilizado.

Hay detallada noticia de esta clasificación en el documento III.3.a)3.1.

Fuentes: Generalitat de Catalunya (1993); INE (1987); Memin, Ch. (1984); Verdugo, M. A. (1995).

a5) Las tipologías relacionadas con las AVD

Planteamiento

Los indicadores de discapacidad generalmente se relacionan con las AVD (actividades de la vida diaria). Existe una conocida relación entre envejecimiento y pérdida de capacidades, (cf. Documentos III.3.a5.1).

Según Guillén, F. (1998), las AVD son fundamentales:

- Para mantener la autoestima.
- Para lograr una relación satisfactoria con el medio que le rodea al/la residente consigo mismo (calidad de vida).
- Para favorecer la privacidad y la intimidad del individuo.

Además de estas discriminaciones funcionales que corresponden a ser o no ser "válido", en terminología más administrativa, hay otra de carácter asistencial. Porque cuando se pertenece a la tipología de residentes con las AVD disminuidas, los centros residenciales donde se puede encontrar un lugar, y el uso que se puede hacer de los servicios, están determinados por esa disminución de las capacidades.

a5.1) Repertorios

El repertorio de limitaciones relacionadas con las AVD que se utilizan para diferenciar a los/as residentes es muy variado. A efectos analíticos, ha resultado útil clasificar los diversos criterios en estos grupos:

1. Con limitaciones relacionadas con las funciones fisiológicas.
2. Con limitaciones en la movilidad en espacios interiores.
3. *Ibídem*, en espacios exteriores.

Fuentes: Alonso, L. M., *et alt.* (1995); Antonuccio, O. N. (1992); Baztán, J. J., *et alt.* (1993); Campos, J. R. (1995); Fanchampas, A. (1991); Fillenbaum, G. G. (1988); Folstein, M. F., *et alt.* (1975); Fundación Caballero J. C. (1987); García, I. (1995); Guillén, F. (1998); Guillén, F., y Pérez del Molino, J. (1994); Gobierno Vasco (1993); Instituto Andaluz de Servicios Sociales (1995); Kahana, E. (1974); MEAP; Méndez, M., *et alt.* (1995); Montorio, I. (1994); OARS; Ory, M. G. (1989); Pincus, A. (19868); Pincus, A., y Wood, V. (1970); Rodríguez, P. (1995f); Salvarezza, I. (1988); Sanzo, L. (1985); Sarasola, A. (1995); Treserra, M. A., *et alt.* (1993); Vázquez, M. A. (1995)

4. Derivadas de caídas.
5. Con limitaciones de sus funciones mentales, problemas cognitivos y de orientación.
6. Con problemas de memoria.
7. Con problemas emocionales.

a5.2) Con limitaciones relacionadas con las funciones fisiológicas

De este repertorio se excluyen las limitaciones en la movilidad; las derivadas de las caídas y las limitaciones en las AVD instrumentales, porque se analizan más tarde.

- a) Referidos a la ingesta de alimentos:
 - Que requieren supervisión en la comida.
 - Que necesitan ayuda parcial en la comida.
 - Que hay que darles de comer.

- b) Referidos al aseo y limpieza personales:
 - Que necesitan supervisión en el baño.
 - Que necesitan ayuda parcial en el baño.
 - Que hay que bañarles.

- c) Referidos a la capacidad de desnudarse y vestirse:
 - Que necesitan supervisión en el vestido.
 - Que necesitan ayuda parcial en el vestido.
 - Que hay que vestirles.

- d) Referidos a las funciones urinarias y defecatorias:
- Con incontinencia fecal u urinaria.
 - Que necesitan supervisión para usar el servicio.
 - Que necesitan ayuda para defecar.

a5.3) Con limitaciones en la movilidad en los espacios interiores

Niveles de movilidad según Guillén F. (1998):

- a) Encamado.
- b) Limitado a trasladarse entre la cama y el sillón.
- c) Puede realizar desplazamientos por el interior de la Residencia pero con ayuda.
- d) No pueden acostarse o levantarse de la cama sin ayuda.
- e) No pueden ponerse de pie o sentarse por sí mismo en una silla.
- f) Silla de ruedas independiente.
- g) No pueden desplazarse en silla de ruedas sin ayuda.
- h) Camina con ayuda de una persona.
- i) Camina con ayuda de dos personas.
- j) Camina solo, utilizando instrumentos.
- k) Sube escaleras con ayuda.
- l) Sube escaleras sin ayuda.

a5.4) Con limitaciones en la movilidad en los espacios exteriores

Para las personas que viven en Residencias, la movilidad en los espacios exteriores es un criterio de clasificación menos útil y menos usado que para las personas que viven en sus casas. No obstante, las dificultades de desplazamiento exterior significan una de estas dos situaciones:

- La persona deja de salir, lo cual tiene efectos indeseados a varios niveles.
- Se requiere de otra y otras personas familiares, voluntarios, compañeros/as de Residencia, empleado que la acompañen.

Las categorías que tienen valor clasificatorio en los autores/as que se han analizado son las siguientes:

- a) Puede caminar y utilizar transportes públicos.
- b) Puede caminar pero no utilizar transportes públicos.
- c) Puede caminar pero acompañado de otra persona.
- d) No puede caminar ni acompañado de otra persona.

a5.5) Relacionadas con los riesgos de caídas

- a) Residentes con fracturas de cadera.
- b) Residentes con otras fracturas.
- c) Residentes con esguinces.
- d) Residentes con problemas de pérdida de equilibrio.
- e) Residentes con problemas osteomusculares (artrosis, osteoartritis, en todas sus variedades).
- f) Residentes que utilizan muletas o andadores.
- g) Residentes con riesgo de sufrir caídas desde la cama.
- h) Residentes con problemas graves de la visión: ceguera y otras disminuciones de la capacidad visual, que supongan la necesidad de ayuda para las AVD instrumentales o básicas.
- i) Residentes con riesgos de perder el conocimiento.

a5.6) Con limitaciones en AVD instrumentales

Las actividades comunicativas, las relacionadas con el manejo del dinero y las elementales tareas de su casa, suelen proveer de indicadores para clasificar a los/as mayores según sus limitaciones instrumentales.

Los indicadores más utilizados son los siguientes, según Montorio, I. (1994):

- a) Cuando sólo pueden utilizar unos pocos teléfonos conocidos.
- b) Cuando pueden responder, pero no llamar.
- c) Cuando no pueden utilizar el teléfono sin ayuda, por propia iniciativa, sin restricciones.
- d) Si pueden mandar mensajes al exterior.
- e) Si pueden manejar, cambiar, administrar dinero.
- f) Si pueden leer una carta sin ayuda.
- g) Si son capaces de adquirir, de comprar bienes u objetos sin ayuda.
- h) Si pueden tender y destender sin ayuda la ropa de la cama, hacerse su cama.
- i) Si pueden prepararse una taza de leche caliente, o un batido de cola-cao; hacerse un bocadillo.

a5.7) Con limitaciones de las funciones mentales, con problemas cognitivos y de orientación

Según el grado de la alteración, se establecen estas categorías, con sus correspondientes características:

- a) *Residentes con alteraciones severas en la memoria y orientación:*

Confunde a las personas.

No puede mantener una conversación lógica.

Presenta trastornos evidentes del comportamiento. Hace cosas que parecen no explicables, a veces o a temporadas.

Tiene trastornos del humor.

Ofrece dificultades en el autocuidado.

Aparece incontinencia ocasional.

b) *Residentes con desorientación completa:*

Tienen claras alteraciones mentales, etiquetadas ya de demencia.

Presentan incontinencia habitual.

c) *Residentes con demencia senil avanzada:*

No pueden reconocer a las personas.

Llevan una vida vegetativa con o sin episodios de agitación.

Tienen incontinencia total.

a5.8) Con problemas de memoria

Las personas que quedarían clasificadas como residentes con problemas de memoria pueden ser quienes presenten alguna de estas disfunciones:

a) Repite la misma pregunta.

b) Tiene dificultades para recordar acontecimientos recientes.

c) Tiene dificultades para recordar acontecimientos remotos.

d) Pierde objetos; olvida dónde deja las cosas.

e) Olvida el día en el que vive.

f) Olvida el día de su cumpleaños.

g) Comienza a hacer algo y luego se olvida de lo que era.

h) Pierde el hilo de una conversación.

i) Olvida el nombre de las personas con las que mantiene trato.

j) No puede hacer cálculos sencillos que anteriormente era capaz de llevar a cabo.

a5.9) Con problemas emocionales

Los signos o comportamientos que suelen considerarse para clasificar a las personas residenciadas dentro de esta tipología parecen ser los siguientes:

- a) Residentes que lloran.
- b) Residentes que se niegan a salir de su cuarto.
- c) Residentes que se niegan a recibir a sus familiares y a recibir visitas.
- d) Residentes que manifiestan deseos de morir (por ejemplo, "sería mejor que me muriera").
- e) Residentes que desean dejar de vivir en la Residencia.
- f) Residentes que pasan demasiado tiempo durmiendo sin causa clínica.
- g) Residentes que manifiestan pérdida de la autoestima.
- h) Residentes que expresan sentimientos de inutilidad.
- i) Ibídem, que manifiestan sentimientos de infelicidad.
- j) Ibídem, de autoinculpación.
- k) Residentes con insomnio.

a6) Referencias a la integración y la participación

La integración con los demás en la Residencia se evalúa observando el comportamiento y la capacidad de comunicación. Las distinciones que se hacen entre los/as residentes, según su integración y participación, o responden a alguna disminución en las AVD, por ejemplo, de la agudeza visual y auditiva, o son distinciones basadas en la capacidad de sintonización con las reglas del centro.

Los indicadores que suelen traerse a colación son los siguientes:

Relativos al comportamiento

- a) Residentes verbalmente agresivos.

- b) Residentes que agreden físicamente a otros/as residentes o al personal.
- c) Residentes que realizan actividades peligrosas para ellos/as mismos/as o para los demás.
- d) Que llevan a cabo acciones molestas para los demás (por ejemplo, despertar a los otros).
- e) Residente que destruyen objetos propios o ajenos.
- f) Residentes suspicaces o acusadores.
- g) Con adicción al tabaco.
- h) Con adicción al alcohol.
- i) Con adicción a otras drogas.
- j) Que se niegan a hacer las cosas normales que se esperan de él.

Relativos a la comunicación**

- a) Que tienen dificultad para leer el periódico aun con gafas.
- b) Que tienen dificultad para escuchar una conversación aun a pesar de utilizar audífonos u otras ayudas para la audición.
- c) Que tienen dificultad para hablar.

** A partir de: Cuestionario de incapacidad de Lambeth Screening de incapacidad visual, auditiva y de comunicación.

Fuentes: INSS y CN de RP (1994); Isach, M., e Izquierdo, G. (1993); Jossey Bass (1984); Kahana, E. (1982); Molinero, S. (1985); Rubio, R., y Muñoz, J. (1993); Wade, B. E. (1983)

a7) Según la demanda de uso de servicios de salud

EVALUACIÓN DE LAS CARGAS DERIVADAS DE PROBLEMAS MÉDICOS

Indicadores de utilización de recursos sanitarios:

- a) Residentes que visitan a médicos de guardia.
- b) Residentes trasladados a hospitales.
- c) Promedio de días en cama por residente.
- d) Residentes que permanecen encamados la mayor parte del tiempo o todo el tiempo.
- e) Residentes con cuidados paliativos.

Indicadores de utilización de los cuidados técnicos de enfermería

- f) Residentes que necesitan asistencia para la toma de medicamentos.
Total de residentes atendidos con:
 - g) Curas.
 - h) Inyecciones.
 - i) n) Residentes con necesidades de fisioterapia y terapia ocupacional; con tratamientos rehabilitadores.
 - j) o) Residente con trastornos cognitivos (se desagrega posteriormente).

Indicadores de consumo de fármacos y de tratamientos farmacológicos

- k) u) Residentes necesitados de medicación que son responsables en la toma de medicación en las dosis y en el tiempo adecuado.

- l) v) Residentes que sólo toman la medicación adecuadamente si se les deja preparada la dosis correcta.
- m) Residentes incapaces de tomar su propia medicación.

Otros indicadores de prevalencia de problemas médicos

- n) Residentes con enfermedades que implican riesgo vital.
- o) Residentes terminales.
- p) Residentes fallecidos al año.

b) Tipologías de cuidadores/as y del resto del personal

La naturaleza de las Residencias hace que existan poco centros, en esa misma escala de tamaño, que requieran un equipo de gestores y cuidadores tan diversificado.

El carácter variopinto que supone la participación en un número de profesionales tan distinto, como médicos, trabajadores, familiares y administrativos, puede contribuir a una atención más creativa y menos valorizada, si se dan las adecuadas prácticas de trabajo en equipo. Pero en todo caso, hace complicada la clasificación tipológica.

Fuentes: Berzosa, G. (1993, 1995); Memin, Ch. (1984); Durante, P. (1995); Fontanals, M. D. (dir.) (1999); García, E. (1992); García, I. (1995); Gobierno Vasco (1993); Guillén, F., *et alt.* (1998); IMSERSO (1992, 1999); Kauffmann, A. E., *et alt.* (1997); Leed, M., y Shore, M. (edit.) (1992); Luque, O. (1994); Ministerio de Sanidad y Consumo (1993); Moya, J. A. (1995); Pérez, E. (1995); Reuss, J. M. (1995); Rodríguez, P. (1995b; 1995f); Treserra, *et alt.*; Yuste (1995).

CRITERIOS	TIPOLOGÍAS
Según las necesidades a satisfacer	Preventivas, terapéuticas, rehabilitadoras, paliativas.
Según las funciones	Administrativas. De mantenimiento. Asistenciales. De soporte social. De animación sociocultural.
Según la dedicación al centro	Permanentes – no permanentes. Asalariadas – voluntarias.

b1) Componentes de las plantillas

Existen algunos componentes que se reiteran en varias “plantillas”, aunque el tamaño de las Residencias permite muchas variantes en la cantidad y en la variedad de miembros del *staff*.

No obstante, algunos autores, en trabajos para las Administraciones, fijan los *mínimos* sin los cuales una Residencia de estas características sería inviable.

Los textos analizados suelen coincidir seleccionando:

- *Entre quienes tienen responsabilidades medicas y rehabilitadoras*, a médicos, geriatras, enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas y sus auxiliares. Hay variantes sobre la incorporación o no a tiempo parcial, e incluso con plena dedicación; de médicos especialistas (psiquiatras, dentistas, otorrinos, traumatólogos, cardiólogos). También hay distintos criterios en cuanto al carácter más o menos imprescindible de los podólogos y ortopedistas. Las diferencias tienen que ver con el tamaño de Residencia que se tenga en mente.
- *Para atender las tareas relacionadas con la participación*. Se incluyen casi siempre a los trabajadores sociales, a los trabajadores familiares y a los ani-

madores socioculturales, con sus colaboradores. En menos ocasiones se menciona a los especialistas en terapia ocupacional.

- La selección de *profesionales que deben de formar parte del equipo interdisciplinar* que gestiona el centro también ofrece variantes. Suelen mencionarse los siguientes miembros:
 - Médico/a.
 - Enfermero/a, ATS.
 - Trabajador/a social.
 - Auxiliar de clínica.
 - Psicólogo/a.
 - Fisioterapeuta.
 - Animador/a socio-cultural.

Con menos frecuencia, se mencionan:

- Ergoterapeuta.
 - Trabajador/a familiar.
 - Gericultor/a.
- *En la dimensión administrativa, gerencial y de servicios*, la presencia del director, los jefes de administración, de mantenimiento y gobernante/a, con sus correspondientes auxiliares, suelen ser mencionados en la mayoría de los textos consultados.
 - *La incorporación de algunos oficios al staff*, tales como cocineros y sus auxiliares, depende de la medida en la que haya subcontratación de los servicios de la residencia (por ejemplo, comidas, limpieza, lavandería) y del tamaño de los centros.

b2) Perfiles de los/as cuidadores/as y del resto del personal

Propuesta de un modelo de clasificación

Para abrir un modelo de clasificación que sirva para todos los componentes del *staff*, se ha diseñado la plantilla que sigue a esta página.

Se ha cumplimentado con aquellos profesionales sobre los que se ha encontrado una definición de sus titulaciones, aptitudes y especializaciones o experiencias.

PERFIL	TITULACIÓN	APTITUDES	ESPECIALIZACIÓN, EXPERIENCIA
● Director	Superior	– Relaciones humanas.	– Geriatría, gerontología, gestión, planificación.
● Médico	Licenciado en Medicina	– Capacidad de relación, de captar afecto y confianza. – Capacidad de trabajo en equipo. – Motivación, honestidad, objetividad, aceptación del otro.	– Geriatría, medicina asistencial, medicina preventiva, rehabilitación, conocimiento de psicología de 3ª edad, conocimiento de las enfermedades terminales.
● Enfermero/a	ATS. Diplomado/a en enfermería		– Geriatría, gerontología, movilización.
● Auxiliar de clínica	FP I Auxiliar de clínica		– Geriatría y gerontología – Movilización.
● Podólogo			– Podología.
● Cuidador geriátrico	Diploma de gericultor	– Trabajo en equipo, capacidad para escuchar, hablar, animar a conversar.	– Geriatría, gerontología.
● Fisioterapeuta	Diplomado en fisioterapia	– Capacidad de trabajo en equipo.	– Técnico de rehabilitación, conocimientos de geriatría y gerontología, movilización.
● Trabajador social	Diplomado en trabajo social	– Capacidad para personalizar el trato.	– Geriatría, gerontología.
● Animador socio-cultural	Diplomado en ciencias sociales	– Relaciones humanas. – Sentido de la responsabilidad Dinamismo, entusiasmo, creatividad, apertura, dotes de observación, etc.	– Gerontología social. – Técnicas de comunicación y de animación. – Pedagogía del tiempo libre.
● Encargado de tareas asistenciales	Animador socio-cultural	– Motivación. – Discreción.	– Dinámica de grupo.
● Terapeuta ocupacional			– Técnicas de ergonomía.
● Coordinador asistencial		– Motivación.	
● Psicólogo	Licenciado en psicología	Capacidad para ofrecer soporte emocional y cognitivo. Conocimiento de las características psicológicas del envejecimiento normal y patológico.	– Psicogeriatría. – Psicogerontología. – Psicoterapia y relaciones humanas. – Técnicas de intervención psicológica.

b3) Funciones de los/as cuidadores/as y del resto del personal

Propuesta de un modelo de clasificación

También parece útil abrir un modelo que permita sistematizar las funciones que se les asignan a cada miembro del *staff*, por los/as diferentes autores/as que se han ocupado de este tema.

El diseño que ofrecemos se desagrega en las siguientes categorías:

- Funciones institucionales y/o administrativas.
- Funciones de información, documentación, evaluación.
- Funciones de formación, mejora.
- Funciones de mantenimiento, explotación.
- Resto de las tareas e intervenciones.

Se abre este modelo con los ejemplos de los que se ha dispuesto en los textos analizados.

	INSTITUCIONALES, ADMINISTRATIVAS	DIRECCIÓN, COORDINACIÓN, CONTROL	INFORMACIÓN, DOCUMENTACIÓN, EVALUACIÓN	FORMACIÓN, MEJORA	MANTENIMIENTO, EXPLOTACIÓN	RESTO DE LAS TAREAS E INTERVENCIONES
Administrador		<ul style="list-style-type: none"> - Responsable de todas las tareas administrativas, estadísticas y fiscales. - Asumir si se necesita, funciones de cajero. - Tramitar carillas de asistencia sanitaria. - Asegurar la buena utilización del presupuesto controlar ingresos y gastos. 				<ul style="list-style-type: none"> - Contabilizar ingresos procedentes de los residentes.
Animador socio-cultural		<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar con equipo interdisciplinar. 				<ul style="list-style-type: none"> - Gestionar recursos. - Calcular costos. - Realizar tareas de dinamización de grupos. - Organizar charlas, excursiones, etc.
ATS Enfermero/a		<ul style="list-style-type: none"> - Participar en equipo interdisciplinario. - Colaborar en elaboración y desarrollo de programas preventivos, terapéuticos y psicoterapéuticos. - Planificar, organizar, evaluar actividades (de la planta, unidad, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Ordenar las historias clínicas. - Anotar datos relacionados con su función y el resto de la documentación asistencial. - Registrar y tramitar toda la documentación de la persona. - Informar a equipo asistencial de la evolución del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Destinada al personal auxiliar. 		<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar y atender en sus necesidades generales, humanas y sanitarias. - Atender a enfermos encamados en su higiene, cambio de postura, comida. - Cuidar del material y de la indicación. - Otras de acuerdo con su titularidad.

	INSTITUCIONALES, ADMINISTRATIVAS	DIRECCIÓN, COORDINACIÓN, CONTROL	INFORMACIÓN, DOCUMENTACIÓN, EVALUACIÓN	FORMACIÓN, MEJORA	MANTENIMIENTO, EXPLOTACIÓN	RESTO DE LAS TAREAS E INTERVENCIONES
Auxiliar de clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Acompañar a ambulatorio y clínicas. 					<ul style="list-style-type: none"> - Limpiar y preparar. - Movilización material de enfermería. - Lo mismo las habitaciones. - Ayudar a enfermero/a en tareas administrativas asistenciales. - Otras tareas propias del auxiliar. - Atender el aseo y necesidades fisiológicas. - Distribuir y retirar alimentos, dar de comer. - Recoger análisis clínicos.
Coordinador asistencial		<ul style="list-style-type: none"> - Coordinar servicios asistenciales. - Atender indicaciones del trabajador social. - Organizar turnos y suplencias. - Organización y buen funcionamiento de tareas asistenciales, sociales, sanitarias. - Atender prescripciones médicas de dietas. 				<ul style="list-style-type: none"> - Atender necesidades de los residentes con deficiencias en el vestido, higiene, calzado.

	INSTITUCIONALES, ADMINISTRATIVAS	DIRECCIÓN, COORDINACIÓN, CONTROL	INFORMACIÓN, DOCUMENTACIÓN, EVALUACIÓN	FORMACIÓN, MEJORA	MANTENIMIENTO, EXPLOTACIÓN	RESTO DE LAS TAREAS E INTERVENCIONES
Cuidador geridónico			<ul style="list-style-type: none"> - Orientar en el espacio y en el tiempo al residente. 		<ul style="list-style-type: none"> - Cuidar la limpieza y orden de las habitaciones. - Recoger ropa sucia. - Reparar ropa limpia. - Limpieza de espacios comunes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar ejercicio de actividades cotidianas (comer, evacuar, vestirse, desplazarse, trabajar, distraerse, etc.) o cualquier otra que estimule la autonomía y retarde el deterioro. - Ayudar al/la residente frágil: medicación, alimentación, higiene. - Controlar el régimen. - Cambios de postura en encamados/as. - Vigilar adecuación de la ropa. - Escuchar y conocer intereses y aficiones. - Promover participación en programas. - Otras de acuerdo a su titularidad.

	INSTITUCIONALES, ADMINISTRATIVAS	DIRECCIÓN, COORDINACIÓN, CONTROL	INFORMACIÓN, DOCUMENTACIÓN, EVALUACIÓN	FORMACIÓN, MEJORA	MANTENIMIENTO, EXPLOTACIÓN	RESTO DE LAS TAREAS E INTERVENCIONES
Director	<ul style="list-style-type: none"> - Representar a la Administración. - Representar al centro - Relacionarse con proveedores. - Relaciones con familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsable de: <ul style="list-style-type: none"> - La organización. - La elaboración de directrices. - Suplencias, permisos vacaciones, permisos - Del cumplimiento de las funciones y tareas del equipo. - Del funcionamiento de los servicios. - Evaluación de resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar a residentes del funcionamiento del centro. - Atender a los/as familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular la formación permanente y el reciclaje. - Crear programa para incidir en la calidad de vida. 		<ul style="list-style-type: none"> - La gestión presupuestaria y su control. - Relaciones laborales.
Encargado de tareas asistenciales	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar en celebraciones, aniversarios, santos, etc. 		<ul style="list-style-type: none"> - Conocer fiestas y actividades del entorno. 			<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar con trabajador social. - Colaborar en diseño y aplicación del programa de animación. - Proporcionar los instrumentos necesarios para las actividades.
EQUIPO DE APOYO A DIRECCIÓN: Trabajador social, Coordinador asistencial, Administrador, Director		<ul style="list-style-type: none"> - Asesorar al director. - Buscar solución a los problemas del centro y de los ancianos. - Coordinar servicios de atención directa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar a residentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participar en programas para mejorar la calidad de vida. 		

	INSTITUCIONALES, ADMINISTRATIVAS	DIRECCIÓN, COORDINACIÓN, CONTROL	INFORMACIÓN, DOCUMENTACIÓN, EVALUACIÓN	FORMACIÓN, MEJORA	MANTENIMIENTO, EXPLOTACIÓN	RESTO DE LAS TAREAS E INTERVENCIONES
Fisioterapeuta		<ul style="list-style-type: none"> - Planificar, organizar y evaluar actividades de su especialidad. - Coordinarse con programas médicos, sociales, psicológicos. - Participar en elaboración de programas preventivos y terapéuticos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de los tratamientos de su especialidad. - Conocer recursos disponibles de su especialidad en el entorno. - Dejar constancia en las tareas clínicas de tratamientos y evaluaciones. - Participar en sesiones de información a residentes y familiares. 			<ul style="list-style-type: none"> - Mantener a los/las residentes en las mejores condiciones físicas posibles. - Realizar: <ul style="list-style-type: none"> cinestesia, hidroterapia, electroterapia, resto de técnicas de rehabilitadoras.
Jefe de mantenimiento		<ul style="list-style-type: none"> - Responsable de control y coordinación: <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación. - Lavandería, lencería. - Servicios de limpieza - Resto de servicios (p.e. peluquería, cafetería). - Control del alojamiento. 				

	INSTITUCIONALES, ADMINISTRATIVAS	DIRECCIÓN, COORDINACIÓN, CONTROL	INFORMACIÓN, DOCUMENTACIÓN, EVALUACIÓN	FORMACIÓN, MEJORA	MANTENIMIENTO, EXPLOTACIÓN	RESTO DE LAS TAREAS E INTERVENCIONES
Jefe de servicios técnicos		<ul style="list-style-type: none"> - Dirige al personal técnico de mantenimiento. - Responsable de explotación y mantenimiento de instalaciones y máquinas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar de averías. - Anotar operaciones de revisiones que se realizan en instalaciones. - Guardar libros de mantenimiento, de instrucciones, de visitas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la formación del personal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Control de trabajo realizado por concesionarios y proveedores. - Montar y desmontar escenarios, tarimas, proyectores, etc. - Vigilar los valores de los diferentes parámetros para que se mantengan dentro de los límites exigibles. - Elaborar otros planes de mantenimiento no definidos legalmente. - Realizar operaciones definidas en los reglamentos para las instalaciones. 	
Jefe/a de mantenimiento		<ul style="list-style-type: none"> - Coordinarse con médico para dietas. 				<ul style="list-style-type: none"> - compatibilizar calidad de comida con dietética.

	INSTITUCIONALES, ADMINISTRATIVAS	DIRECCIÓN, COORDINACIÓN, CONTROL	INFORMACIÓN, DOCUMENTACIÓN, EVALUACIÓN	FORMACIÓN, MEJORA	MANTENIMIENTO, EXPLOTACIÓN	RESTO DE LAS TAREAS E INTERVENCIONES
Médico	<ul style="list-style-type: none"> - Informe en periodo de prueba sobre la aptitud para ingresar en la residencia. - Derivar hacia un centro hospitalario o de salud cuando sea preciso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsable del programa de atención geriátrica y de medicina asistencial. - Dirigir programa de movilización y rehabilitación. - Coordinar programa de medicina preventiva. - Participar en planificación y ejecución de programas para la vida diaria. - Supervisar las dietas. - Supervisar el estado sanitario de instalaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informes facultativos: historias clínicas con especificaciones de tratamiento y en su caso rehabilitación. - Revisión de diagnósticos clínicos y funcionales. - Hacer el seguimiento de todos los programas. - Coordinación y divulgación de programas. - Hacer seguimiento de personas derivadas a centro hospitalario. - Certificados diversos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participación en programas de formación del personal sanitario y cuidadores. 		<ul style="list-style-type: none"> - Exámenes médicos, diagnósticos, tratamientos, terapias preventivas asistenciales y de rehabilitación. - Asistir en los casos de urgencia. - Evitar aparición de síndromes e invalidantes. - Otras asistenciales, preventivas y rehabilitadoras de acuerdo con su titularidad.
Podólogo		<ul style="list-style-type: none"> - Coordinarse para hacer el seguimiento de los tratamientos en los que participe. 				<ul style="list-style-type: none"> - Conservar, mejorar, recuperar funciones locomotoras. - Realizar pruebas propias de su especialidad.

	INSTITUCIONALES, ADMINISTRATIVAS	DIRECCIÓN, COORDINACIÓN, CONTROL	INFORMACIÓN, DOCUMENTACIÓN, EVALUACIÓN	FORMACIÓN, MEJORA	MANTENIMIENTO, EXPLOTACIÓN	RESTO DE LAS TAREAS E INTERVENCIONES
Psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculo entre administración y recursos familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participar en equipo interdisciplinario. - Facilitar comunicaciones horizontales y verticales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Abrir y actualizar las historias psicológicas con la evolución de los/as pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Para los otros miembros del equipo. - Para la persona y su familia. 		<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico y observación individual y en grupo. - Aplicación de técnicas psicoterapéuticas y de conducta. - Aplicar técnicas de grupo para la relación interpersonal. - Estimular inserción al grupo de personas en proceso de rehabilitación. - Detección y resolución de conflictos - Optimización del clima laboral.
Terapeuta ocupacional				<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar a controlar las discapacidades y aumentar la autonomía. - Información de las técnicas requeridas a familiares. 		<ul style="list-style-type: none"> - Asistencia en la aplicación de ergoterapia y de hidroterapia. - Rehabilitación.

	INSTITUCIONALES, ADMINISTRATIVAS	DIRECCIÓN, COORDINACIÓN, CONTROL	INFORMACIÓN, DOCUMENTACIÓN, EVALUACIÓN	FORMACIÓN, MEJORA	MANTENIMIENTO, EXPLOTACIÓN	RESTO DE LAS TAREAS E INTERVENCIONES
Trabajador social	<ul style="list-style-type: none"> - Atender a residentes en periodo de prueba. - Entrevistar a futuros residentes. - Mostrar la residencia y presentar a los/as empleados/as, introducir en los grupos existentes en la residencia. - Atender a los residentes cuando se les traslade. - Visitar a residentes ingresados en hospitales. - Conseguir recursos diversos. - Potenciar y organizar el voluntariado. - Atender a dolientes en los duelos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diseñar y programar objetivos del trabajo social. - Participar en equipo, en la planificación y ejecución de programas destinados a la integración. - Gestión de temas relacionados con fallecimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar historias sociales. - Observar y conocer las necesidades en psicosis en orden a la adaptación. - Realizar evaluaciones periódicas de su trabajo. - Conocer la realidad social del entorno. - Conocer los recursos sociales de cada residente. - Informar a familiares. - Promover su participación y los contactos. - Informar a residente con director de las características y el funcionamiento de la residencia. - Evaluación de residentes en periodo de prueba. - Hacer seguimiento de las relaciones familiares. - Emitir informe si no hay adaptación al centro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar y formar a la propia persona, a sus familiares, al voluntariado, al equipo interdisciplinario. 		<ul style="list-style-type: none"> - Promover y mejorar la adaptación. - Mejorar la integración cara a la residencia, cara al exterior. - Trabajar por el reconocimiento social de los/as mayores. - Orientar, canalizar, gestionar problemas individuales de residentes que los residentes no pueden gestionar. - Prevenir el aislamiento, la marginación, el paternalismo. - Promover la integración de la residencia en la dinámica sociocultural del entorno. - Conectar con el voluntariado. - Esforzarse en que las relaciones familiares mejores o no se deterioren.

IV. LAS SUPRAESTRUCTURAS

ÍNDICE

1. COMPONENTES SUPRAESTRUCTURALES DEL ANÁLISIS DE LAS RESIDENCIAS	229
2. NECESIDADES, DESEOS Y ASPIRACIONES DE LOS/AS USUARIOS/USUARIAS	231
a) Criterios y diseños	231
a1) Destinados a evaluar la percepción global de la satisfacción	232
a2) Destinados a evaluar la percepción puntual de la satisfacción	233
a3) Los contenidos de la satisfacción-insatisfacción	235
3. CLIMA SOCIAL	237
a) Concepto y componentes	237
b) Diagnóstico del clima social en las Residencias.....	238
c) Indicadores.....	239

1. COMPONENTES SUPRAESTRUCTURALES DEL ANÁLISIS DE LAS RESIDENCIAS

Ámbito del análisis

Las "supraestructuras" están constituidas por las creencias, los juicios, los valores que afectan o pueden afectar a un determinado ámbito de la realidad. En el tema que nos ocupa las creencias, juicios y valores que nos interesan se refieren a las Residencias y a quienes en ella residen y trabajan; o lo que en ellas sucede.

La creación, el funcionamiento, la regulación de toda institución, cuenta con esa dimensión supraestructural. Por ejemplo, la creación de Residencias obedece a alguna creencia sobre las funciones que pueden y deben de desempeñar (se han analizado en "Programas públicos").

La regulación de las Residencias, responde a algunas pautas, que son valores (se han examinado en "las estructuras" y en "las prácticas"). Los roles de quienes conviven en Residencias implican juicios de valor.

El estudio de las dimensiones supraestructurales de las Residencias, a nivel *de la colectividad social*, es un análisis interesante, pero que queda fuera de este trabajo. Por ejemplo, convendrá estar atentos a las opiniones que se irán cristalizando cada vez más sobre la necesidad de las Residencias y sobre sus costos y utilidad. En este trabajo sólo hay lugar para analizar los elementos supraestructurales que aparecen en las decisiones de quienes planifican y administran el sistema de Residencias.

Resulta pertinente, y muy útil, analizar cuáles son los componentes supraestructurales que existen entre quienes están concernidos por el tema, en la condición de personal que trabaja, o de residentes.

Existen algunos estudios sobre los juicios de valor, los intereses y las motivaciones de quienes tienen esta profesión. También quedan al margen de este trabajo, aunque conviene anotar dos datos:

- La motivación y satisfacción en el trabajo suele ser baja.
- Esa baja motivación y satisfacción se sabe que correlaciona con un desempeño profesional desalentado y desalentador.

En cuanto a los/as residentes el análisis de las dimensiones supraestructurales puede tener dos posibles enfoques:

- Una valoración general de lo que las Residencias son y de sus funciones
- Una valoración específica de la capacidad de la Residencia en la que están para atender sus necesidades, deseos y aspiraciones.

El primer enfoque también se aparta de este análisis, pero tampoco deberían de pasarse por alto los datos disponibles, porque tienen alguna relevancia:

- Las Residencias no son deseadas por la inmensa mayoría de la población mayor. Se ven como un recurso *in extremis*.
- No se ha profundizado mucho en las causas de este desapego, pero se sabe que suele referirse a la rotura de vínculos, de espacios y de hábitos que generan el traslado a las Residencias (Cf. Martín Serrano, M. 1999)

Queda como análisis específico de este trabajo:

- Las creencias, juicios, valores que aparecen cuando los/as residentes indican si en la Residencia tienen satisfechas sus necesidades y aspiraciones y si ven realizados sus deseos.
- Los componentes supraestructurales de la cotidianidad, en el seno de las Residencias. Algunos autores/as, seguidores de la ecología social estadounidense, han analizado con detenimiento estos factores con la rubrica de "clima social".
- Las pautas supraestructurales que las Administraciones públicas aplican en su trabajo cuando diseñan, programan o controlan las Residencias. Las pautas funcionales y accionales, han quedado ya vistas en las correspondientes partes. Quedan otras pautas, de naturaleza más genérica, que tienen que ver con la calidad y la cantidad de plazas residenciales que han de dotarse.

2. NECESIDADES, DESEOS Y ASPIRACIONES DE LOS/AS USUARIOS/AS

a) Criterios y diseños

Referirse a las necesidades, deseos y aspiraciones de los usuarios equivale a tomar en cuenta la dimensión *percibida* o, si se prefiere, *subjetiva* de los actores.

En la literatura examinada, se hace una distinción muy pertinente, entre dos niveles, a la hora de referirse a esas evaluaciones subjetivas:

a1) **La percepción global** que tenga la persona, de la medida en la que ve satisfechas sus necesidades, deseos y aspiraciones, en la vida que lleva cuando reside permanentemente en una residencia (cf. Andrews y Withney), 1976, en Montorio, I., 1994

a2) **La evaluación puntual**, que haya de aspectos concretos que afecten a esa satisfacción.

a1) *Planteamiento del estudio de la percepción global.* Para poder manejar operativamente algo tan lúbil como esa percepción global. Se manejan en la literatura, varios criterios. La percepción global se explicitaría como:

- Autorrealización.
- Felicidad.
- Bienestar.

Fuentes: Arago, J. (1980); Aranguren, J. L. (1992); Badou, G. (1989); Bandera, J. (1993); Cicourel, M. (1989); Coleman, P., y Bond, J. (1990); Confort, A. (1978); Eisdofor, C., y Lawton, M. P. (edit.), (1973); Europe Sociale (1993); Fernández, R., *et alt.* (1995); Fericgla, J. M. (1992); Fillenbaum, G. G. (1986, 1988); Friedan, B. (1994); González, B. (1995); Kane, R. A., y Kane, R. L. (1981); Katz (1983); Lawton, M. P. (1989); MEAP; Melgares, J. (1974); Montorio, I. (1994); ONU; Rousell, L. (1990); San Román, T. (1990); Sanzo, L. (1985); SERA; Ramos, M. (1994); Townsend, P. (1972).

- Estado de ánimo.
- Satisfacción.

En la literatura que los especialistas españoles han introducido predominan las evaluaciones que se basan en *la satisfacción* (cf. más tarde).

a2) Planteamiento del estudio de la percepción puntual.

En principio, cualquier componente (existente o inexistente, material o inmaterial) puede ser tomado en cuenta por los/as residentes, para evaluar si sus necesidades, deseos y aspiraciones se ven o no satisfechos.

Por tanto, cualquier selección de unos u otros será en alguna medida arbitraria y parcial. No obstante, hay trabajos en los que se eligen determinados componentes en calidad de "indicadores" (de la satisfacción, del bienestar, etc.). Es un proceder metodológicamente correcto.

a1) Destinados a evaluar la percepción global de la satisfacción

Según Montorio, I. (1994): la primera herramienta para estudiar el bienestar subjetivo de los/as residentes fue el Inventario de Actividades de Cavan, Burgess, Havighurst y Goldhamer, (1949). Añade que desde entonces se han desarrollado múltiples cuestionarios y escalas de evaluación del bienestar subjetivo, de los cuales menciona como los más utilizados:

a1) El *Índice de Satisfacción con la Vida* "Life Satisfaction Index, LSI" (Neugarten, Havighurst y Tobin, 1961).

a2) La *Escala de Satisfacción de Filadelfia* "Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, PGC" (Lawton, 1972).

a1) Índice de satisfacción con la Vida, "Life Satisfaction Index, LSI" (Neugarten, Havighurst y Tobin, 1961).

Dice el autor que en el "índice de satisfacción con la vida son consistentes a través de los distintos estudios: las dimensiones "ánimo", "adaptación" y "tono de humor" .

a2) Escala de Satisfacción de Filadelfia, "Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, PGC" (Lawton, 1972).

Recientemente, la Escala de Satisfacción de Filadelfia (versión de 17-ítems)

ha sido adaptada al castellano en una muestra de 100 ancianos institucionalizados (Montorio, 1990).

Se afirma que es tanto unidimensional como multidimensional: En un primer nivel es una escala multidimensional, ya que se han encontrado tres factores distinguibles:

- Agitación.
- Actitud hacia la vejez.
- Insatisfacción con la soledad.

En un nivel de segundo orden la escala es unidimensional. Porque hay una covariación entre los tres factores que puede ser explicada por un factor de «satisfacción global».

a2) Destinados a evaluar la percepción puntual de la satisfacción

Es muy abundante el repertorio de herramientas que hacen una u otra selección de indicadores para que den una medida comparable del grado en el que satisfacen las Residencias a sus usuarios.

Por razones de adecuación al sistema español de Residencias de mayores, recogemos tres herramientas y comparamos sus componentes:

- El cuestionario de satisfacción (C.S.) (en Fernández, R., *et al.*, 1995).
- La escala de valoración de aspectos generales de la atención residencial (E.V.) de Sanzo, L. (1985).
- El listado de necesidades (L.N.) del SERA. Se diferencia porque mide “quejas” (mejoras que se solicitan) en vez de satisfacción.

Características de la escala	C.S. Dicotómica o de cuatro puntos (nada, algo, bastante, mucho)	E.V. Cuatro puntos (malo, regular, bueno, muy bueno)	L.N. Dicotómico y, en su caso, abierto (contenido de la mejora)
Total de elementos	Siete	Seis	Doce
Aplicación	A residentes, autoaplicada		A residentes, autoaplicada o por entrevista a personal
ELEMENTOS SELECCIONADOS (EN L.N., ELEMENTOS MÁS MENCIONADOS)			
Relaciones con personal, con administradores	x	x	x
Dirección del Centro			x
Características físicas y arquitectónicas de la Residencia	x		x
Organización, normas	x	x	
Relación con otros residentes	x		
Disponibilidad de servicios de salud			x
Asistencia		x	x
Relaciones con familia, visitas	x		x
Servicios de todo tipo, valoración global, calidad	x	x	x
Relaciones con amigos	x		
Disponibilidad de actividades socio-recreativas			x
Localización		x	
Comodidad, confort		x	x
Convivencia			x
Reparaciones, cambios de material			x

a3) Los contenidos de la satisfacción-insatisfacción

Todos los estudios sociológicos disponibles indican que los sentimientos de estar arraigado en la familia, y en menor medida, en el entorno de procedencia, son determinantes de la felicidad de los/as personas de la Tercera Edad.

La soledad percibida, es el componente esencial de los estado de ánimo depresivos en las Residencias. De hecho la referencia a los sentimientos de soledad son más abundantes en estos centros. Hay varios estudios de los cuales se elige este ejemplo:

SENTIMIENTO DE SOLEDAD (CONJUNTAMENTE POR SEXO Y EDAD)**

(1992-93)	% sienten soledad*	
	Varones	Mujeres
65 a 77 años:		
Mayores (1992).	21	44
Mayores Residencias (1992-93).	51	59
78 y más años:		
Mayores (1992).	35	41
Mayores Residencias (1992-93).	52	60

El hecho de sentirse solo caracteriza principalmente a tres grupos: a los mayores institucionalizados, a las mujeres y a los de edad más avanzada.

Se lee en Ramos, M. (o.c.):

"En todos los grupos de edad y sexo son los mayores en Residencias los que más confirman haber llorado o haberse angustiado el día anterior a la entrevista. Dentro de estos últimos son principalmente las mujeres, y algo más si tienen de 78 años en adelante, correlativamente.

* Sienten soledad agrupa las categorías de "muchas veces" y "alguna vez".
Fuente: Ramos, M. (1994).

Parece que a los varones el hecho del internamiento influye sobre su sentimiento de alegría (se ríen menos), mientras que para las mujeres no: las institucionalizadas se ríen más que las de la población general.

El hecho de estar internos condiciona a los ancianos en su estado de ánimo y, por tanto, de salud. De todos los estudios... es la muestra de mayores que vive en Residencias la que manifiesta padecer un nivel más elevado de depresión: un 34% se ha sentido deprimido en el último mes."

3. CLIMA SOCIAL

a) Concepto y componentes

- **Clima social.** El clima social de una Residencia es una parte importante del ambiente de las Residencias (según Izal, M., 1995) y abarca:
- La calidad de las **relaciones interpersonales** (conflicto, cohesión).
- Las posibilidades de **desarrollo personal** que ofrece la Residencia (posibilidad de control del medio por parte de los residentes, grado en el que fomenta su independencia).
- El equilibrio entre las tendencias de **estabilidad/cambio del sistema** (grado de organización), según la opinión de sus habitantes (personal y residentes).

<i>Instrumentos de medida:</i>	<i>Características:</i>
SCES (Sheltered Cared Enviromental Scale incluida en el MEAP de Moos R. H. y Lemke (1984).	– Se aplica a personal y a residentes. – Es autoaplicada.
Se utiliza la escala de clima social en la evaluación de Fernández R. (1995).	– La autora prevé resistencias y da instrucciones al respecto.
Pueden utilizarse en este contexto las dimensiones "actividad personal" y "actividad en la comunidad" del cuestionario de información personal (C.P.) del SERA.	– Autoaplicado o por encuesta.

Fuentes: Bandot, J., *et alt.* (1978); Corraliza, J. A. (1987); Fernández, R. (1995); Flórez Tascón, J. A., *et alt.* (1992); INSS y CN de RP (1994); Instituto Andaluz de Servicios Sociales (1995); Izal, M. (1990, 1995); Jossey Bass (1984); Kahana, E. (1982); Klein, M. (1968); MEAP; Miranda, M. J., *et alt.* (1985); Ramos, M. (1994); SERA; Sanzo, L. (1985).

b) Diagnóstico del clima social en las Residencias

Los estudios sociológicos muestran un panorama que algunos autores/as, como Ramos, R., y Sanzo, L. (1985), califican de “desolador” o “preocupante”. Ofrecen estos datos y estos análisis:

PREOCUPACIONES FUTURAS DE LOS RESIDENTES POR TIPOLOGÍA DE ACTIVIDADES

Preocupaciones	
Ninguna	46,7
Salud	30,4
Muerte, soledad, incertidumbre futuro	9,2
Futuro de la sociedad	4,8
Situación económica	2,4
Relación familiar	1,6
Vida en la Residencia	2,4
Otros	2,4

“La consideración del Cuadro ofrece un panorama realmente desolador por dos grandes tipos de razones. En primer lugar, de esta muestra un 49,8% de personas que señalan no preocuparse por nada, cifra a la que habría que añadir un 32% de preocupaciones estrictamente preventivas –la salud, la muerte, la soledad–. De hecho, una visión positiva del futuro resulta realmente difícil de encontrar entre los ancianos residentes: un escaso 19,8%. En esa línea, sólo las relaciones familiares y la situación económica parecen aún motivar positivamente a los ancianos –un 5 y 5,6%, respectivamente–. La apatía social –un cierto pasotismo al revés– resulta, pues, evidente...”

Sólo entre aquellas personas con una vida extrarresidencial intensa de tipo familiar destaca una preocupación positiva por el futuro de estas relaciones –11,6%–. La realidad del aislamiento social se asocia así en nuestros residentes a una falta de objetivos vitales, con un trasfondo de insatisfacción con las propias relaciones vitales cotidianas en los Centros.”

c) Indicadores

Recomiendan los/as especialistas el uso de la escala de clima social (E.C.S.). Se incluye su contenido y, en documentos IV.3.c, aparecen los protocolos.

Igualmente pueden considerarse otros indicadores que se encuentran en V.3.d3 "satisfacción y calidad de vida".

b1) ESCALA DE CLIMA SOCIAL (E.C.S.)

Incluye tres dimensiones y siete subescalas.

Descripción de las dimensiones y de las subescalas:

RELACIONES INTERPERSONALES

Define la calidad de las relaciones interpersonales dentro de la institución.

1. **Cohesión.** Mide el grado en el que los miembros del personal ayudan y apoyan a los residentes, así como el grado de relación y de ayuda entre los propios residentes.

2. **Conflicto.** Mide el grado en el que los residentes expresan su enfado o se critican mutuamente y a la residencia.

DESARROLLO (CRECIMIENTO) PERSONAL

Se refiere a la dirección que se remarca en el Centro para el desarrollo personal.

3. **Independencia.** Mide en qué grado se anima a los residentes a desenvolverse por sí mismos y a tomar decisiones propias (a ser autosuficientes y autónomos).

4. **Expresividad autoexploración.** Mide el grado en el que se anima a los residentes a expresarse y a tratar abiertamente sus problemas y sentimientos.

MANTENIMIENTO Y CAMBIO DEL SISTEMA

Se refiere al orden, la claridad y la sensibilidad al cambio en el interior del Centro.

5. **Organización.** Evalúa en qué grado son importantes el orden y la organización en la institución.

El grado en el que los residentes conocen las rutinas diarias de la Residencia, así como hasta qué punto están explícitas las normas y el Reglamento y se tienen claras las formas de proceder dentro del Centro.

6. **Influencia de los residentes.** Evalúa el nivel de influencia de los residentes sobre las normas y el funcionamiento de la Residencia, así como el grado de cumplimiento de las normas que se requiere de los residentes.

7. **Confort físico.** Mide el grado en el que el medio físico proporciona comodidad, intimidad, agrado y bienestar físico. Se recoge de Fernández, R., 1995. En documentación: Protocolo de recogida de información para la escala de clima social.

Procede de la escala SHELTERED CARE ENVIRONMENT SCALE DE MOOS en adaptación de Fernández Ballesteros, R. (1995). Para consulta de la escala, véase o.c., pp. 229 y ss.

V. LAS PRÁCTICAS

ÍNDICE

1. CONCEPTO Y ANÁLISIS.....	247
a) Interpretación de las prácticas como sistemas de intervención.....	248
b) El manejo de las desviaciones en las Residencias.....	249
b1) Desviación, norma y control.....	249
b2) Intervenciones para prevenir y atenuar los excesos conductuales...	250
2. FUNCIONES	253
a) Conceptos y contenido.....	253
b) Criterios para identificar las funciones que deben de satisfacer las prácticas	254
c) Naturaleza de las funciones	254
3. REPERTORIO Y CONTENIDO DE LAS TAREAS	257
a) Funciones relativas al hospedaje	257
a1) Proporcionar techo	258
a2) Comida y bebida	258
a3) Territorio	259
a3.1) La seguridad	260
a3.2) La accesibilidad.....	261

a3.3) El control del entorno	261
a3.4) La privacidad.....	262
b) Tareas asistenciales.....	262
b1) Atender la salud física	264
b1.1) La salud en las Residencias	266
b1.2) La promoción y vigilancia de los hábitos higiénicos	267
b1.3) Vigilancia de las enfermedades y de los deterioros vinculados al envejecimiento.....	268
b1.4) Atención a los residentes de alto riesgo	270
b1.5) Atención a los residentes con las AVD disminuidas.....	275
b2) Atender el funcionamiento cognitivo	281
b2.1) Atender al funcionamiento de la memoria.....	283
b2.2) Atender al funcionamiento cognitivo en las demencias	284
b2.3) Atender al funcionamiento de otras funciones cognitivas	287
b3) Atender al funcionamiento afectivo	288
b3.1) Clasificaciones.....	288
b3.2) Depresiones. Prevalencia en Residencias	290
b3.3) Depresión y pérdida	290
b4) Suicidio y vejez.....	291
b5) Atender a la preservación de la propia imagen.....	293
b6) Diagnóstico y preservación.....	294
b6.1) Indicadores generales.....	295
b6.2) Indicadores referidos a problemas médicos.....	299
b6.3) Referidas al funcionamiento cognitivo.....	000
b6.4) Referidas al funcionamiento afectivo.....	305

b6.5) Referidas al funcionamiento social	305
b6.6) Referidas a las avd y a la dependencia.....	306
c) La inserción/reinserción	311
c1) Modalidades de inserción-reinserción	313
c2) Estrategias de preservación de la inserción y de la reinserción ...	314
c3) Relaciones dentro del Centro	316
c3.1) Problemas específicos de las interacciones en las Residencias.....	316
c3.2) Tratamiento de conductas desvinculantes y promoción y preservación de las vinculantes.....	316
c4) Relaciones con familiares y amistades	317
c4.1) Trabajo con familias	317
c4.2) Evaluación de los resultados de las medidas aplicadas para trabajar con familias	318
c5) Relaciones con la comunidad	319
c5.1) Perspectivas de análisis.....	319
c5.2) Prácticas encaminadas a preservar y fortalecer el apoyo social.....	320
d) Realización, dimensiones a tomar en cuenta	322
d1) Identidad, aptitudes y potencialidades.....	324
d2) Libidinales: gozo, placer.....	326
d2.1) Las actividades socio-recreativas.....	326
d2.2) Papel y tratamiento de la vida sexual	328
d3) Satisfacción y calidad de vida.....	330
e) Muerte y enfermedad terminal	332
e1) Limitación del dolor y la atención paliativa.....	332
e2) Rituales, entierro, asistencia jurídica y administrativa	333

1. CONCEPTO Y ANÁLISIS

Planteamiento

En las instituciones es muy pertinente tomar en cuenta algunos puntos de vista de la sociología de las organizaciones. Concretamente parecen útiles los siguientes:

- *Los modelos de organización y de gestión afectan a las prácticas concretas de quienes los aplican y se ven afectados por ellas.*

En el caso de las Residencias de mayores también existe esa interface entre:

- a) el «diseño del Centro» (que describe los recursos, las funciones, las tareas, la organización y los actores), y
 - b) «la aplicación en la práctica de ese diseño».
- *Entre la concepción "teórica" que se tiene de los Centros y la gestión concreta que en la "práctica" se hace de esa concepción teórica siempre habrá desviaciones.*

Las desviaciones que existen entre la *teoría* (que define qué es un Centro, para qué sirve, cómo debe funcionar) y la *práctica* en los Centros (que genera la realidad que se vive día a día en los Centros) parece que debería constituir uno de los objetos de estudio, si se trata de analizar la calidad de las Residencias.

- *Sólo en la medida en que la teoría y la práctica resultan razonablemente congruentes, los Centros pueden cumplir en la práctica con los objetivos teóricos que se les han asignado. La cuestión consiste en definir cuál es el nivel de desviación de esa congruencia, qué puede tenerse por razonable.*

a) Interpretación de las prácticas como sistemas de intervención

Planteamiento

Desde el punto de vista del análisis sistemático, toda práctica que se aplica sobre la colectividad, o sobre los componentes de la colectividad, es un "CONTROL".

El problema no radica en constatar que el sistema "Residencia" tiene que ser controlado. Así sucede en la gestión de cualquier organización. La cuestión reside en establecer cuáles debieran ser los objetivos que debe tener ese control.

La componente médica que tienen estos Centros y los achaques de la edad que padecen sus ocupantes lleva naturalmente a que las prácticas en las Residencias que afectan a los/as residentes estén orientadas y legitimadas, cuando los controles responden a *un objetivo de intervención*.

Por "intervención" suele entenderse aquellas actuaciones que tienen estos requisitos:

- Los pacientes son objeto pero no actores de esa práctica;
- Son prácticas habituales más bien que puntuales;
- Son más bien colectivas que individuales;
- El desempeño está a cargo del personal especializado y cualificado;
- Se justifican cuando esas actuaciones se consideran:
 - Necesarias y/o adecuadas,
 - y/o pertinentes

Se ha observado que pueden existir rigideces y excesos en esta visión de las prácticas. Se mencionan en los textos analizados intervenciones que generan tensiones y resultados indeseados, y que pueden hacer que entre en crisis este modelo de control propio de las Residencias.

En la hipótesis de que tal crisis llegase a presentarse, parece que se centrará en una revisión de las intervenciones que se tienen por “necesarias”, “adecuadas” y “pertinentes”.

Generalmente se menciona esa tensión como los conflictos que existen entre:

«Políticas de intervención profesionales y eficientes –
preservación de la iniciativa de los/as residentes.»

Que se integran con estas otras tensiones:

«Autonomía – dependencia»

«Autoprogramación – vida programada en instituciones»

Parece que todavía no está resuelto cuáles serían los modelos de prácticas en las Residencias adecuados para enfrentarse con estas tensiones. Las prácticas más convenientes, serían seguramente aquellas que combinen una adecuada atención sanitaria, con las exigencias existenciales que se plantean en unos centros donde se vive habitualmente.

b) El manejo de las desviaciones en las Residencias

b1) Desviación, norma y control

Planteamiento

Explícita o implícitamente, una práctica destinada a la intervención en un sistema tiene que ser **NORMATIVA**. Es decir, esa práctica estará ajustada para que los responsables de la gestión del Centro acepten unos estados del sistema y no otros.

Por eso, en la práctica la intervención estará orientada a actuar cada vez que haya alteraciones de esos estados que se tienen por aceptables o por necesarios. Lo cual quiere decir que existen condiciones para que las intervenciones de los responsables del Centro sean poco flexibles con las desviaciones.

El correlato de tales prácticas, en lo que a los/as residentes les afecta, puede ser la despersonalización y la segregación. Ambas resultan de esa distinción entre las conductas "normales" y "las que se desvían", por referencia a los parámetros que el sistema de intervención puede manejar. Conductas denominadas de distintas formas ("disruptivas", "excesivas", etc.).

Véase esta definición del "exceso de conducta" en López, A. (1998):

"Comportamiento de elevada frecuencia e intensidad, que supera los parámetros normales, y constituye un problema para la persona y ocasionalmente para otros residentes y para el personal."

Se comprende que el problema radica en fijar los parámetros. Para llegar a ello queda todavía mucho trabajo teórico y práctico por hacer. Porque esa distinción de lo que en una Residencia se puede considerar "aceptable" o "no aceptable", "normal" o "desviado", no está clara ni objetivada en los textos consultados. La dificultad se puede desglosar en dos partes:

- a) En las residencias hay una parte de la población residente que tiene características alteradas en cuanto a su estado físico, mental y emocional. Tales alteraciones hacen que en muchas ocasiones esos comportamientos sean definidos administrativamente o clínicamente como "excesivos". Pero si se examina su prevalencia, tales comportamientos son estadísticamente normales. *Por lo tanto, en alguna medida, la normalidad o desviación de cada persona en particular tiene que ver con la tipología de Residencia en la que viva.*
- b) Estas observaciones, no significan que en una Residencia sea posible prescindir de los sistemas de intervención, porque la Residencia es una institución. Ni tampoco significan que sea posible una intervención no normativa, porque muchos comportamientos propios de la población residienciada constituyen un problema para la convivencia y para la atención.

b2) Intervenciones para prevenir y atenuar los excesos conductuales

Partiendo del supuesto de que en los Centros objeto de este estudio será "normal la desviación", las acciones que se sugieren en los textos analizados tienen un carácter preventivo. Por ejemplos, en López, A., 1998, se recogen estas actuaciones*:

- Fomentar la independencia de los residentes.
- Fomentar los sentimientos de utilidad.
- Creación de un ambiente terapéutico residencial.
- Formación de personal para el mantenimiento de conductas positivas.
- Fomentar el ejercicio físico.
- Detección temprana (formación de personal).
- Identificación y corrección de factores de riesgo ambientales.
- Compensación de déficits cognitivos.

Cf. igualmente: V.3.b4.1.

2. FUNCIONES

a) Concepto y contenido

Las funciones que hay que satisfacer con las prácticas profesionales en las Residencias

Preguntar por «las funciones que deben cumplir las prácticas profesionales en las Residencias» equivale a interrogarse a propósito de “para qué sirven” esas prácticas. Esa acotación suele hacerse de forma todavía más pragmática; en la mayoría de los textos que se han analizado se considera que una Residencia deberá servir para cumplir satisfactoriamente con un *repertorio de tareas* que tendrá asignadas.

Se conciben según cuáles hayan sido los objetivos que se considerasen adecuados para las practicas profesionales.

En la literatura consultada suele predominar la referencia a las tres funciones básicas de la sanidad (Cf. Treserra, *et alt*, en Documentos, V.2.a):

- preventiva,
- asistencial,
- rehabilitadora.

Como cabe observar, este criterio funcional está pensado para referirse a las prácticas relacionadas con la salud. Pero tanto en esta fuente como en otras varias hay empeño en abrir la perspectiva a otros campos, tales como las dimensiones sociales de la realización y del bienestar.

Entre tanto, se constata la insuficiencia y a veces poca adecuación de algunos análisis funcionales limitados a las prácticas sanitarias. Esa limitación deriva

de la multidimensional que tienen las Residencias. Funcionan para satisfacer varias demandas existenciales, que en muchos casos requieren de la adecuada y específica práctica sanitaria, pero que no se agotan en ella ni se reducen a ella.

b) Criterios para identificar las funciones que deben satisfacer las prácticas

Planteamiento

Las Residencias destinadas a ser lugares de permanencia habitual e indefinida son centros "hospitalarios" en el sentido medieval del término; es decir, lugares de hospedaje y de cura. Pero a diferencia de los antiguos *hospitales*, los huéspedes allí se quedan: también son moradas y territorios de labor y de proyección para quienes en ellos viven.

Parece necesaria una referencia multidimensional como la vida misma para poder abarcar la naturaleza de las funciones que cabe distinguir para las prácticas en estas Residencias.

Los actos primordiales del existir (estar, ser, hacer, llegar a ser, dejar de hacer) pueden servir como esa referencia. Son los que se han adoptado en este texto.

c) Naturaleza de las funciones

La identificación de las funciones que distinguen a las diversas prácticas, en base a las diferentes acciones primordiales, permite elaborar un repertorio de tareas:

FUNCIONES	TAREAS
a) Hospedaje (estar)	a1) <i>Techo.</i> a2) <i>Comida.</i> a3) <i>Territorio.</i>
b) Asistencial (ser)	b1) <i>Atender a la salud física.</i> b2) <i>Atender la funcionamiento cognitivo.</i> b3) <i>Atender al funcionamiento afectivo.</i> b4) <i>Atender al funcionamiento social.</i> b5) <i>Atender a la preservación de la propia imagen.</i>
c) Preservación de la inserción o en su caso, Reinserción (hacer)	c1) <i>Relacional.</i> c2) <i>Ocupacional.</i> c3) <i>Con la comunidad.</i>
d) Realización (llegar a ser)	d1) <i>De aptitudes y potencialidades.</i> d2) <i>Libidinales de gozo, placer.</i> d3) <i>Religiosa en su caso.</i>
e) Muerte (dejar de ser)	e1) <i>Tratamiento de la agonía.</i> e2) <i>Rituales, entierro.</i> e3) <i>Asistencia jurídica y administrativa.</i>

3. REPERTORIO Y CONTENIDO DE LAS TAREAS

a) Funciones relativas al hospedaje*

FUNCIONES	TAREAS
a1) Proporcionar techo	Tareas
– Adecuación y confort de servicios privativos y comunes.	Cf. Infraestructuras.
a2) Comida y bebida**	Tareas
– Dietas para el conjunto de los residentes.	– Alimentos a: <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura adecuada. • En turnos adecuados. – Control de la ingesta: <ul style="list-style-type: none"> • De alimentos. • De bebidas.
– Dietas para residentes con problemas específicos de nutrición y/o hidratación.	– Prescripción y modificación: <ul style="list-style-type: none"> • De dietas especiales. • De ayudas para comer. • De administración de dietas por sonda. • Formación del personal.

* A partir de Fontanal y Suñol, 1999.

** Se considera un área específica de formación el conocimiento de las tareas que garanticen una nutrición e hidratación correctas.

Fuentes: Ashbourne, PLC. (1999); Benatar, R., *et alt.* (1993); Memin, Ch. (1984); Fontanal, M. D., y Suñol, R. (1999); García, J. (1995); Guillén, F., *et alt.* (1998); Izal, M. (1995); Treserra, *et alt.* (1993).

FUNCIONES	TAREAS
a3) Territorio	Tareas
– Seguridad.	Cf. Infraestructuras: – Mantenimiento de las instalaciones de seguridad. – Medidas generales de seguridad de los edificios y su equipamiento específico.
– Accesibilidad. – Eliminación de barreras arquitectónicas.	Cf. Infraestructuras.
– Control del entorno.	– Facilitar la “demarcación del territorio”. – Facilitar la apropiación del territorio. Cf. Memin 1984. Doc V.3.a.
– Privacidad.	– Conocer y aplicar las normas éticas y profesionales para la preservación de la confidencialidad – Asegurar privacidad en cuartos ocupados por dos o más personas.
– Atractivo.	– Diseñar y mantener la diversidad ambiental (Cf. EV del SERA). – Mantener el cuidado estético.

a1) Proporcionar techo

El análisis de estas tareas está vinculado a la naturaleza y el uso que se hace de las infraestructuras (cf. V2a2).

a2) Comida y bebida

Planteamiento

Las funciones sociales y emocionales vinculadas a la comida, y a cuanto de placentero tiene, constituyen —según algunos estudios— el último refugio sensorial para muchas personas de edad que han perdido otros alicientes y sensibilidades.

El carácter colectivo y en ocasiones masificador de las Residencias, así como los requerimientos dietéticos propios de una población con problemas médicos, dejan poco margen para que las comidas y bebidas se constituyan en algo más que refrigerio y alimento.

Por esa razón las menciones que se encuentran a este tema raramente se refieren al gozo de compartir la mesa y de gustar un menú. Comida y bebida suelen ser entendidas como otros recursos más, utilizados para cuidar de la salud deteriorada.

Abundan los cálculos sobre requerimientos nutricionales (nutrición e hidratación) tanto para intervenir en los adelgazamientos como en las obesidades.

a3) Territorio

Planteamiento

Son pertinentes los textos disponibles sobre las funciones que cumple la territorialidad en la Tercera Edad. Según algunos de los/as autores/as, que se han leído, la pérdida del territorio donde la persona se desarrolló (su casa, su calle, su pueblo) es uno de los factores que inciden más negativamente en la crisis de la institucionalización.

Se indica que, en alguna medida, la posibilidad para el/la residente de amueblar una parte de la Residencia con las marcas de la propia identidad, ofrece paliativos a los sentimientos del desarraigo. Ese amueblamiento, en la práctica, tiene que ceñirse sólo al dormitorio, o incluso sólo a la parte del dormitorio que le corresponde al/la residente. Se lleva a cabo con la incorporación de fotos, pequeños fetiches y comida.

Al parecer, estas prácticas no son aceptadas en todas las Residencias, con las consecuencias que cabe esperar: por ejemplo, la negativa a salir de la cama para deambular por un territorio que se percibe como ajeno.

Pero la mayor dificultad para satisfacer las necesidades de la territorialidad en estos centros deriva del estado de salud de los/as residentes. Un número elevado, y cada vez más creciente, tiene dificultades para moverse.

Según los datos del IMSERSO (cf. Documentos V.3.a3), en base a una muestra de 330 personas, presentan inmovilismo el 29,3%. El inmovilismo supone un carga de trabajo importante, que a veces puede afrontarse con medidas de carácter

extremo que por tanto no deberían de constituirse en norma. Entre ellas aparece el recurso o técnicas de sujeción. Se indica (o. c.) que se han aplicado técnicas de sujeción al 16,70% de los/as residentes (57% de quienes padecen inmovilismo).

Se ofrece un análisis del uso de las medidas de restricción física y de sus alternativas en el citado Documento V.3.a3.

a3.1) La seguridad

Además de aquellas medidas de seguridad que las administraciones establecen para los centros residenciales, existen análisis específicos que relacionan la seguridad, la edad y el entorno en el que se desenvuelven los/as residentes. Se recogen las siguientes:

Recomendaciones de seguridad que toman en cuenta los cambios asociados a la edad, según Izal, M. (1995):

- *Evitar deslumbramientos* (por ejemplo, situar varios puntos de luz, cubrir ventanas).
- *Facilitar la percepción de profundidad* (destacar desniveles en el suelo, evitar interpretaciones erróneas).
- *Evitar información sensorial conflictiva* (evitar suelos antideslizantes o brillantes).
- *Facilitar la proximidad espacial* entre lugares de frecuente utilización y aumentar, la percepción de proximidad (instalar apoyos, evitar vistas abiertas, etc.).
- *Compensar las pérdidas auditivas* (minimizar el ruido intrusivo, emplear materiales con capacidad de absorción acústica).
- *Utilizar mobiliario seguro y que a la vez facilite la movilidad* (sillas con reposabrazos, mobiliario sin angulosidades ni extremos peligrosos).

Una amplia gama de medidas que podrían englobarse en el gran concepto reducción de "barreras arquitectónicas".

(Más información sobre este tópico, en Infraestructuras, ...)

Que toman en cuenta el mantenimiento de la seguridad en el entorno donde se reside (según Fontanals, M. D., y Suñol, R. (1999):

- *Mantenimiento y orden de las dependencias del residente* (habitación, baño, armarios...).
- *Cuidado de las pertenencias personales del residente.*
- *Cuidado y buen uso de las instalaciones del centro.*
- *Medidas de desalojo y evacuación adecuadas a las características físicas y mentales de los/as residentes.*
- *Prevención, detección e información*, la amplia gama de situaciones que pueden provocar accidentes o lesiones.
- *Conocimiento y aplicación de las precauciones específicas.*
- *Controlar el manejo de objetos cortantes o punzantes.*
- *Controlar el manejo de los residuos sanitarios.*

α3.2) La accesibilidad

El análisis de esta función está vinculado a las infraestructuras, y allí se trata (cf. V2α2).

α3.3) El control del entorno

Las demandas de naturaleza territorial tienen dos dimensiones que han interesado a los/as autores/as que se han analizado:

Apropiación del espacio. Siendo la Residencia lugar de vida permanente, en ella se proyectan todas las demandas de apropiación que son características del hogar. Los requerimientos de independencia y de demarcación se ven inevitablemente restringidos por la condición de hogar colectivo, o al menos, hogar compartido con otras personas, que son muchas, y en su mayoría extrañas.

La posibilidad de tener objetos (o animales) propios suele indicarse como una práctica muy conveniente.

Orientación cognitiva. Las personas con disminuciones psíquicas y con problemas sensoriales requieren un tratamiento del entorno que facilite su orientación en el espacio.

a3.4) La privacidad

En varios textos existe referencia a que la pérdida de privacidad se resiente como el más duro coste que tiene el traslado a una Residencia.

El valor económico del espacio lleva a que sólo en las Residencias más caras, y salvo excepciones, exista la posibilidad de disponer de una habitación no compartida.

En las Residencias las personas mayores viven en continuo estado de “visibilidad”. Cuando los achaques y el aspecto decrepito animan a salir del escenario, es difícil encontrar un espacio y un tiempo para el aislamiento y el recogimiento. En algunos casos se ha observado que el encamamiento es la única alternativa que encuentran los/as residentes, aunque para ello deban de exagerarse o simularse los padecimientos físicos.

b) Tareas asistenciales

Planteamiento

El análisis de las funciones asistenciales y de sus correspondientes tareas puede representar por encima del 80% de los textos en los que hemos encontrado referencia a las prácticas en las Residencias.

Fuentes: Ashbourne, PLC (1999); Benatar, R. *et al.* (1993); Memin, Ch. (1994); Díaz Veiga (1985); Everitt, D. E., y Avorn, J. (1986); Fernández, R. (1995); Fillenbaum, G. C. (1985, 1986, 1988); Fontanals, M. D., y Suñol, R. (1999); García, J. (1995); González, B. (1993); Guillén, F. *et al.* (1998); Kane (1981); Kane, R., A., y Kane, R. L. (1981); Katzs (1983); Lawton, M. P., *et al.* (1982); Lawton, M. P. (1969, 1989); MEAP; Montorio, I. (1994); Moos, R. H. (1974, 1979); OARS; Ramos, M. (1994); Sanzo, L. (1985); Sarasola, A. (1995); Treserra, *et al.* (1993); Vázquez, M. A. (1995).

La importancia de este tema es obvia, en razón de las características que tiene la población residenciada. Por otra parte, es seguro que la demanda de más variedad y más cantidad de servicios asistenciales en estas Residencias que estamos analizando se va a disparar a muy corto plazo. Por lo tanto, parece que ya ha llegado el momento de reflexionar sobre los siguientes tópicos:

- Cuáles van a ser *las funciones y las tareas* que tendrán que asumir las Residencias para atender los requerimientos asistenciales de la población que van a acoger.
- Cuáles deben de ser *las políticas que se dicten desde las Administraciones* para asegurar que existe una correspondencia entre las atenciones asistenciales que precisan los/as residentes que acogen y las dotaciones con las que cuenta el centro.
- En una perspectiva más general esas reflexiones obligan a preguntarse cómo se va a financiar el incremento de los costos.

En las páginas que siguen intentamos presentar con un cierto orden el análisis de contenido que se ha *diferenciado de las funciones asistenciales* elaborado a partir del enorme volumen de información que se ha analizado. Cabe diferenciar entre las actividades asistenciales, según las diferentes intervenciones. O si se prefiere, según las *áreas distintas*, que requiere la atención asistencial.

Esa distinción, a su vez, se puede llevar a cabo desde dos puntos de vista: a) *De las fases que tienen las intervenciones*, o b) *Según los contenidos de las intervenciones*.

a) *Distinción según las fases*:

- Pre-ingreso.
- Toma de contacto.
- Implantación, Tratamiento y Prevención.
- Generalización de los resultados.
- Seguimiento de la evolución clínica, psicológica y social.

- Mantenimiento post-intervención.

b) *Distinción según los contenidos:*

- Atender a la salud física.
- Atender al funcionamiento cognitivo.
- Atender al funcionamiento afectivo.
- Atender al funcionamiento social.
- Atender a la preservación de la propia imagen.

b1) Atender a la salud física

Existe sistemática referencia a que la salud debe de ser entendida como algo más que la ausencia de enfermedades y como algo más que la cura.

Desde el punto de vista que aquí importa, la salud física tiene además de las dimensiones médicas, otras de naturaleza social e institucional.

Dimensiones	Actividades	Evaluaciones
<p>Médicas</p> <p>* Según funciones</p>	<p>Medicina preventiva y promoción de la salud. Diagnósticos médicos, tratamiento del dolor crónico. Trastornos del sueño. Malnutrición. Seguimiento de tratamientos, control farmacéutico. Rehabilitación neurológica.</p>	<p>Autoevaluaciones.</p>
<p>Propioceptivas.</p>	<p>Evaluación subjetiva del estado de salud.</p>	<p>Autoevaluaciones.</p>
<p>De performance (reflejadas en las capacidades de desempeño).</p>	<p>Evaluaciones relacionadas con la prevención y mejora de la interface salud/AVD (cf.3.b.11). Pérdida de capacidades de los sentidos. • Normalización de los residentes no autónomos.</p>	<p>Indicadores de la Escala de Barthel. Cuestionario de incapacidad de Lambeth Escrinin.</p>
<p>De aprendizaje o reaprendizaje de habilidades funcionales y de actividades de la vida diaria.</p>	<p>Actividades individuales y de grupo para promover capacidades funcionales. Ergonomía. Actividad física.</p>	
<p>Institucionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De coordinación sociosanitaria: Atención primaria. Atención especializada. Atención hospitalaria. Atención salud mental. • De reglamentación y control. • Garantizar una correspondencia entre las demandas asistenciales de los/as residentes y las prestaciones que ofrece el centro. • Análisis de las tipologías de residentes de alto riesgo. • Análisis de las tipologías de residentes que requieren cuidados gerontológicos específicos. 	

b1.1) La salud en las Residencias

La salud en el momento del ingreso

En este trabajo se ofrecen análisis referidos a los efectos que tienen sobre las Residencias el estado de salud de quienes las ocupan. Afecta a todas las partes que se consideran en el estudio: a las políticas públicas, a las infraestructuras, a las supraestructuras y, naturalmente, a las prácticas.

En base a un estudio del Institut Català de l'Assistència i Serveis Social*. Los demandantes de plazas en las Residencias públicas presentan características de salud antes del ingreso en la que predominan, según parece, los siguientes estados:

- Necesitados de curas (81%).
- Sin autonomía para subir o bajar escaleras (48 %).
- Con dolores osteoarticulares crónicos (44%).
- Necesitados de dietas específicas (43%).
- Con incontinencia urinaria (41%).

Se comprende que las prácticas referidas a la salud, su conservación y su empeoramiento sean en cantidad y en calidad, a nivel explícito e implícito, las intervenciones más tomadas en cuenta.

En el documento V.3.b1.1 se ofrece el Cuadro completo con el estado de salud de 23.936 solicitantes.

b1.2) Promoción y vigilancia de los hábitos higiénicos

b1.2.1) Repertorio de medidas documentadas*:

Para una parte importante de la población de las Residencias, resulta necesario una educación específica para fomentar unos hábitos higiénicos correctos. Además de las razones de higiene, se dice que tales hábitos aumentan la autoestima y que favorecen las relaciones sociales.

- *Higiene corporal*: Baño o ducha, higiene de las manos, oídos, uñas, etc.
- *Higiene del vestido*: Ropa adecuada, evitar ligas.
- *Higiene del calzado*: Evitar zapatos en chanclas o cordones desatados.
- *Higiene bucal*: Insistir en el correcto uso y limpieza de las prótesis. Asegurar los cuidados para la salud dental.
- *Higiene sexual*: Identificar y prevenir enfermedades de transmisión sexual. Desterrar tabúes sobre el sexo. Respeto a la intimidad.
- *Intervenciones frente a los hábitos tóxicos*: Tabaco, alcohol.
- *Promoción de ejercicio físico*: Paseos por sitios llanos, moderado y nunca competitivo.
- *Sueño y descanso*: Procurar que no se acuesten inmediatamente después de la comida.
- *Control farmacológico*:
 - evitar la automedicación,
 - evitar las curas pseudocientíficas y autoaplicadas (por ejemplo, gerovital celuloterapia, elixires mágicos).
- *Intervenciones frente a la soledad y el desarraigo*:
 - intentar que se mantenga ocupado,
 - que participe en las decisiones de la comunidad,
 - favorecer las relaciones interpersonales.

* A partir de García, J. (1995); Treserra, *et alt.* (1993); Benatar, R., *et alt.* 1993.

b1.2.2) Sueño y descanso

Planteamiento

Los problemas de insomnio, y de un exceso de horas de sueño, son característicos de las Residencias y en varios textos se menciona la conveniencia de intervenciones higiénicas. Se indica que son más frecuentes los casos de exceso de sueño que de insomnio.

Se sugiere que no se acuesten inmediatamente después de cenar, siguiendo a Ashbourne, PLC; Fontanals, M. D., y Suñol, R. (1999), indican las siguientes medidas:

- Conocimiento de los patrones del sueño.
- Ayuda para acostarse.
- Observación durante el descanso y la noche.
- Informar sobre pautas de sueño.
- Adoptar medidas en distintas situaciones.

b1.2.3) Paseo

Se dice (en Memin, Ch., 1984) que el paseo debería de constituir una obligación, incluyendo el de aquellos/as residentes que deban pasear acompañados/as. Para ello indica que el tiempo dedicado a este menester les sea reconocido a los trabajadores como tiempo laboral.

En este contexto cuanto se refiere a las barreras arquitectónicas tiene relevancia.

b1.3) Vigilancia de las enfermedades y deterioros vinculados al envejecimiento*

• PREVENCIÓN

Se menciona el recurso a la Medicina preventiva y a la promoción de la salud para la prevención de enfermedades infecciosas tanto generales como específicas de la edad y del régimen comunitario de Residencia.

* A partir de García, J. (1995); Treserra *et al*; Benatar, R., *et al*. 1993; Fontanals, M. D., y Suñol, R. (1999).

1. Vacunación

Siguiendo las recomendaciones de la OMS se sugieren las siguientes aplicaciones:

- Vacunación antigripal anual.
- Vacunación antitetánica según pauta estándar.
- Vacunación antineumocócica una vez.

2. Intervenciones periódicas para prevenir las enfermedades específicas de la vejez, sobre todo las que producen invalidez:

- infecciones:
 - Respiratorias: Vacunaciones, campaña antitabaco.
 - Urinarias: Higiene, hidratación, analítica.
- Osteoarticulares:
 - Osteoporosis: Dieta, gimnasia, ejercicios.
 - Fracturas: Eliminación de barreras arquitectónicas.
- Corrección de las deformidades.
- Prevención de las enfermedades circulatorias.

3. Control de los factores de riesgo:

- Tabaquismo, hipercolesterolemia, hipertensión, hiperglucemia, hipoglucemia, obesidad, estrés, sedentarismo.

4. Control de la temperatura corporal:

- Seguimiento de los cambios en el patrón normal de termorregulación.
- Capacidad para decidir las medidas a adoptar destinadas a paliar las anomalías.

- SEGUIMIENTO

Se indica que la evaluación de los resultados ha de realizarse de una manera periódica y sistemática. Se proponen que se apliquen los parámetros siguientes:

- a) Diagnóstico, pronóstico y tratamiento del anciano.
- b) Evolución clínica, psicológica y social.
- c) Respuesta del entorno institucional familiar y comunitario a este tipo de tratamiento gerontológico.
- d) Número de días y el costo del internamiento, medido a través de días - cama y sus implicaciones para el paciente.
- e) Nivel de éxitos y fracasos obtenidos en tratamientos anteriores.
- f) Grado de eficiencia y errores del equipo profesional actuante.
- g) Estrategias sobre el alta y el seguimiento.
- h) Revisión de tácticas y estrategias de tratamiento actuales y prospectivas.

El programa parece excelente. Pero surge la cuestión de cuál debe ser el tamaño, las dotaciones en equipos materiales y humanos, que se requieren para satisfacer estos requisitos. Con lo cual nuevamente aparece la tensión que existe entre:

«Reducir el tamaño de las Residencias/Favorecer la oferta privada y asegurar la calidad que las propias instituciones públicas solicitan».

b1.4) Atención a los residentes de alto riesgo

b1.4.1) Estado de la cuestión

Definición

Se consideran "residentes en situaciones de riesgo vital o con riesgo de un grave empeoramiento" quienes tienen que recibir atenciones específicas en razón de sus características físicas, psicológicas o sociales. Su situación es tal que sin esas atenciones sería posible un empeoramiento de sus capacidades físicas y/o mentales o incluso la muerte.

Planteamiento

Escasean en las normativas y en los textos examinados referencias específicas a quiénes son los/as residentes a quienes se les debe considerar personas de alto riesgo, en cuanto a su estado de salud o su evolución. Tampoco se han encontrado normativas que aclaren cuáles son las Residencias que pueden y no pueden asumir la atención de estas personas en razón de sus equipamientos y servicios. Y sin embargo, los/as **residentes necesitados/as de cuidados y vigilancia específicos**, constituyen un conjunto para el que parece necesario que las Residencias cuenten con organización, infraestructuras, equipos y conocimientos adecuados.

La necesidad de un estudio más profundo del tema, que se traduzca en las correspondientes normativas, también se justifica por el peligro de que se apliquen en el ingreso criterios de rentabilidad y que se rechace a los residentes de alto riesgo, precisamente cuando el número de este tipo de personas mayores se va a disparar.

En este trabajo se ha prestado atención a la elaboración de un listado de residentes de alto riesgo. Quedaría por hacer un análisis de las atenciones que requieren y de los servicios que se les deben garantizar en las Residencias que los acojan.

b1.4.2) Tipologías de residentes en situaciones de riesgo vital o en situaciones de un grave empeoramiento

- *Aquejados de problemas, deficiencias, incapacidades, handicaps o minusvalías psicológicas y sociales:*
 - a) Recién ingresados.
 - b) Con antecedentes de suicidio.
 - c) Pacientes depresivos.
 - d) Que han sufrido un pérdida familiar reciente y han acusado esa pérdida de forma muy ostensible.
 - e) Residentes agresivos (golpean o se golpean).

- f) Que acaban de jubilarse o dejar toda actividad laboral y manifiestan secuelas atribuibles a la carencia de trabajo de forma ostensible.
 - g) Procedentes de altas hospitalarias.
 - h) Residentes abandonados por sus familiares.
- ***Aquejados de problemas, deficiencias, incapacidades, handicaps o minusvalías psicofísicas y mentales:***
 - i) Portadores de sondas o colostomías. Residentes con otras enfermedades digestivas que implican riesgo vital o alto componente incapacitativo.
 - j) Con medicación vital o de difícil manejo.
 - k) Con enfermedades productivas de déficit de la visión (tensión ocular, anti-agregación, etc.).
 - l) Con graves déficit auditivos (hipoacusias que requieren audífonos o sorderas).
 - m) Amputados.
 - n) Residentes que necesitan de asistencia para la respiración (oxigenación y/o aspiración).
 - o) Residentes con necesidad de control de glucemia y de otras constantes vitales.
 - p) Con secuelas de fracturas de cadera, fractura de colles, aplastamientos vertebrales.
 - q) Con artrosis y osteoartritis.
 - r) Con epilepsia.
 - s) Residentes con incapacidad para salir al exterior.
 - t) Residentes con enfermedades oncológicas.
 - u) Alcohólicos/as o drogadictos/as.
 - v) Enfermos terminales.

- *Con otras dificultades, incapacidades, minusvalías; otras enfermedades crónicas (incluidas las neurológicas) cuando esas limitaciones incapacitan física o psíquicamente:*
- w) A quienes les incapacita para eludir riesgos de hacerse daño o de hacer daño y que requieren supervisión permanente.
- x) A quienes les supone una pérdida total de autonomía en las AVD.

b1.4.3) Prevención del riesgo

Según Fontanals, M. D., y Suñol, R. (1999), las prácticas de prevención del riesgo deben ser las siguientes:

- **Malnutrición:**
 - Observación, detección e información de alteraciones.
 - Decisión de medidas preventivas y terapéuticas.
 - Realización de medidas de prevención: control de la ingesta, etc.
 - Ayuda a la realización de medidas terapéuticas.
- **Deshidratación:**
 - Observación, detección e información de alteraciones.
 - Decisión de medidas preventivas y terapéuticas.
 - Realización de medidas de prevención: control de la ingesta, etc.
 - Ayuda a la realización de medidas terapéuticas.
- **Incontinencia:**
 - Observación, detección e información de alteraciones e incidentes.
 - Decisión de medidas preventivas y terapéuticas.
 - Realización de medidas terapéuticas.
 - Ayuda a la realización de medidas terapéuticas.

- **Infección urinaria:**
 - Observación, detección e información de alteraciones.
 - Decisión de medidas preventivas y terapéuticas.
 - Realización de medidas de prevención.
 - Ayuda en la realización de medidas terapéuticas.
- **Infección respiratoria:**
 - Observación, detección e información de alteraciones respiratorias.
 - Decisión de medidas preventivas y terapéuticas.
 - Realización de medidas de prevención.
 - Ayuda en la realización de medidas de prevención.
- **Infección cutánea:**
 - Observación, detección e información de alteraciones.
 - Decisión de medidas preventivas y terapéuticas.
 - Realización de medidas de prevención.
 - Ayuda en la realización de medidas terapéuticas.
- **Dolor:**
 - Observación, detección e información.
 - Decisión de medidas preventivas y terapéuticas.
 - Realización de medidas de prevención.
 - Ayuda en la realización de medidas terapéuticas.
- **Agitación psicomotriz:**
 - Observación, detección e información.
 - Decisión de medidas preventivas y terapéuticas.
 - Realización de medidas de prevención.
 - Ayuda en la realización de medidas terapéuticas.

b1.5) Atención a los/as residentes con las AVD disminuidas

b1.5.1) Repertorio de residentes con AVD disminuidas

Las deficiencias, incapacidades, *handicaps* o minusvalías que disminuyen las capacidades de desempeño en las actividades de la vida diaria están definidas en III.3.a31.

Existen varios repertorios de residentes con las AVD disminuidas. En este texto se han distinguido los siguientes grupos, que cabe diferenciar para los fines del análisis del contenido.

- Que requieren supervisión en la comida.
- Que necesitan ayuda parcial para la comida.
- Que hay que darles de comer.
- Que necesitan supervisión en el baño.
- Que necesitan ayuda parcial en el baño.
- Que hay que bañarles.
- Que necesitan supervisión en el vestido.
- Que necesitan ayuda parcial en el vestido.
- Que hay que vestirles.
- Que necesitan asistencia para la eliminación.
- Que son portadores de sondas.
- Que son incontinentes.
- Que necesitan ayuda para moverse.
- Que tienen que ser movilizados.
- Que no pueden ser movilizados.
- Con úlceras de presión.
- Que tienen riesgo de sufrir caídas.
- Con dificultades o incapacidad para ver.
- Con dificultades o incapacidad para oír.

*b1.5.2) Con problemas referidos a la nutrición e hidratación**

Intervenciones y controles

- Administración de la hidratación oral.
- Control de la ingesta líquida.
- Prescripción o modificación de hidratación.
- Administración de gelatinas.
- Actuación en caso de vómitos.
- Actuación en caso de atragantamiento.

Tareas para el seguimiento y la evaluación de la nutrición

- Escrinin nutricional inicial a todos los residentes.
- Evaluación semestral del estado nutricional.
- Elaborar un listado de residente con riesgo de desnutrición.
- Tener un listado de residentes con riesgo de deshidratación.
- Tener un protocolo de nutrición enteral.
- Tener un protocolo de tratamiento de desnutrición.
- Tener un protocolo de tratamiento de disfagias.
- Evaluar semestralmente la opinión de los residentes sobre las comidas.
- Adecuado manejo del residente obeso.

A partir de Guillén, F. (1998); Fontanals, M.D., y Suñol, R. A partir de Ashbourne, P.L.C. (1999).

b1.5.3) Movilización

En Ashbourne, P.L.C. (1999), se indican los siguientes controles e intervenciones:

- Conocimiento de la movilización.
 - Conocimiento de las ayudas y soportes para andar.
 - Ayuda en caso de movilidad deficiente: bastones, andadores y sillas de ruedas.
 - Decisión de cuándo utilizar las ayudas y soportes para andar.
 - Enseñar al residente a utilizar soportes para andar.
-
- **Facilitar todas las transferencias:**
 - Sentarse/levantarse de la silla.
 - Echarse/levantarse de la cama.
 - Baño.
 - Movilización del encamado y cambios posturales.
 - Utilización de ayudas mecánicas.

b1.5.4) Los residentes con riesgo de caídas

Intervenciones y controles

A partir de Guillén, F. (1998); Fernández, R. (1995).

- Evaluar los pacientes con antecedentes de caídas.
- Tener una ficha de caídas para evaluar los nuevos episodios. Es importante investigar la primera caída para detectar su causa y promover medidas preventivas y terapéuticas.

* Para la identificación de las medidas a prevenir los riesgos de caídas, véase II.a2.3.

- Establecer medidas preventivas para evitar nuevos episodios de caídas.
- Tener un listado de residentes con riesgo o con antecedentes de caídas.
- Tener elaboradas y cumplimentadas al día las fichas de caídas.
- Formación en prevención y tratamiento de las caídas al personal y a los residentes.
- Detección de factores comunes en las caídas.
- Detección y modificación de barreras arquitectónicas.
- Promoción de la actividad física.
- Evaluación mensual de las fichas de caídas.

b1.5.5) Residentes con úlceras de presión

Intervenciones y controles

Inmovilismo y caídas tienen una consecuencia grave y frecuente en las úlceras de presión.

La prevalencia que tiene este problema en las Residencias al parecer es muy alta. En consecuencia parece uno de los factores de riesgo que se pueden tomar en cuenta para evaluar la calidad de las atenciones que se prestan en el centro, siempre en relación con las peculiaridades que tenga la población residencial.

En Guillén, F., *et al.* (1998) existen recomendaciones específicas que propone el IMSERSO para evaluar y manejar los factores de riesgo:

- Comenzar cualquier tipo de medida preventiva lo más precozmente posible.
- Mantener una adecuada higiene corporal. Inspección diaria de la piel en todos los residentes.
- Estimular la realización de cambios posturales por parte del residente.
- En todos aquellos residentes con incapacidad para realizar pequeños cambios posturales se deberán realizar cambios posturales cada dos horas (incluye el tiempo que pueda permanecer sentado).

- En pacientes encamados, no elevar la cabecera de la cama más de treinta grados.
- Control de la continencia de esfínteres en todo paciente con incontinencia urinaria o fecal. Empleo de colchón antiúlceras.
- Educar al residente sobre aspectos relacionados con la nutrición, confort, mantenimiento del estado general y medidas preventivas básicas a seguir.

b1.5.6) Dificultades en la eliminación; incontinencia

Intervenciones y controles en la eliminación:

A partir de Fontanals, M. D., y Suñol, R. (1999); Guillén, F. (1998).

- Conocimiento del patrón normal de eliminación.
- Control de la eliminación.
- Detección e información de anomalías.
- Ayuda a la realización de técnicas terapéuticas (cateterismo uretral y rectal).
- Cuidados de la eliminación urinaria (acompañamiento, ayuda, cuñas, pañales, higiene y cambio de bolsas urinarias).
- Promoción de la continencia.
- Prescripción de pañales y de sondajes.
- Recogida de muestras urinarias sin sondaje.
- Cuidados de la eliminación fecal (acompañamiento, ayuda higiene, cambio de bolsas de ostomías).
- Transporte de pañales.
- Prescripción de medidas contra el estreñimiento.
- Prescripción de enemas.
- Administración de enemas.
- Recogida de muestras fecales.

En la incontinencia:

Cómo prevenir la aparición del problema.

Hábitos higiénico – dietéticos de la defecación:

1. Abundante ingesta de líquidos (al menos 1,5 litros/día).
2. Adecuado aporte de fibra en la dieta o aporte extra.
3. Horario regular diario de intentar la defecación.
4. Ejercicio físico regular diario.

Existencia de listado de enfermos con riesgo de estreñimiento para intentar una defecación controlada (apuntar la fecha en la que hacen de vientre)

b1.5.7) Con dificultades o incapacidad para oír

Intervenciones y controles

- Recalcar la importancia de uso de audífonos.
- Hablar a los residentes de frente, en lugares bien iluminados, para que puedan ayudarse de la lectura de labios.
- Hablar a una distancia de un metro del oído por el que mejor oiga o aquel donde tenga el audífono vocalizando bien y sin gritar (para evitar el fenómeno de reclutamientos).
- Revisión anual en consulta con otoscopia y prueba de discriminación de palabras a tono normal.
- Estimular el uso de audífonos en residentes con problemas de audición.
- Extracción frecuente de cerumen.
- Mantenimiento adecuado de los audífonos, limpieza, pilas.
- Amplificadores individuales de sonido en lugares comunes (por ejemplo, para oír la televisión).
- Timbres visuales o de tonos graves (puerta y teléfono).

b1.5.8) Con dificultades o incapacidad para ver

Intervenciones y controles

Según Guillén, F. *et alt.* (1998).

- Revisión anual para que las lentes correctoras estén bien graduadas.
- Adecuado control de los factores de riesgo para evitar el empeoramiento de las enfermedades productoras de los déficits que se citan (tensión ocular, antiagregación, las enfermedades embolígenas, etc.).
- Si ocurre un cambio brusco en la capacidad de visión o de audición de un residente, enviar a valorar a un servicio de oftalmología y Orl de urgencias.
- Intentar crear grupos de actividades de residentes con déficits similares.
- Estimulación de la socialización en residentes con déficits de visión.
- Posibilidades de actividades donde los sentidos a utilizar no sean los perdidos (música o los sonidos para los déficits de visión y actividades visibles para los déficits de audición).
- Aumentar la potencia de la iluminación en los lugares peligrosos (escaleras, cuartos de baño...) y en zonas de lectura.

b2) Atender el funcionamiento cognitivo

Planteamiento

El texto que reproducimos a continuación, de Treserra *et alt.* (1993), contiene lo esencial de los análisis que se encuentran en varias fuentes, referidos al enfoque deontológico que requieren la atención a las personas residenciadas que muestran deficiencias cognitivas:

FUNCIÓ CEREBRAL I DIGNITAT DELS ANCIANS

"Una raonable funció cerebral és una determinació clau per analitzar la qualitat d'una supervivència.

És imprescindible fer, ai més aviat possible, una avaluació geriàtrica de la funció cerebral, pels mitjans adequats. Valorar la reversibilitat o no del deficit men-

tal, el grau de capacitat o d'incapacitat, i analitzar bé les causes d'una depressió (intoxicació per drogues, infeccions, trastorns metabòlics, etc.).

Hem de tenir en compte els desitjos expressats per la persona anciana, en referència al tractament, en circumstàncies de pèrdues importants i irrecuperables de funcionament cerebral.

Finalment, s'ha de tenir en compte, quan el pacient no pugui expressar la seva voluntat, el fet de consultar amb els familiars.

Sempre s'ha de tractar d'una manera adequada el dolor, i s'ha de tenir cura especial en les atencions pròpies d'infermeria."

Dimensiones

Los problemas relacionados con el funcionamiento cognitivo, que se han analizado en las fuentes secundarias abarcan un amplio repertorio, según Treserra, M. A., *et al.* (1993). Las problemáticas con mayor incidencia son:

- Delirios.
- Demencia.
- Manía.
- Estados paranoides.

Alteraciones de la personalidad y de la conducta sintomatológicas psicopatológicas.

Vicarias de una enfermedad invalidante e involutiva: de enfermedades crónicas y estados terminales.

Derivados de la adicción a sustancias psicoactivas.

Los trabajos que se han sometido a análisis de contenido abarcan los siguientes aspectos, que están referidos al funcionamiento del sistema cognitivo:

- *Funcionamiento de la **memoria**.*
- *Funcionamiento cognitivo en la demencia.*
- *Otras funciones cognitivas, relacionadas con:*

- La estimulación física.
- La orientación espacial.
- La estimulación sensorial.
- La estimulación del lenguaje.

b2.1) Atender al funcionamiento de la memoria

b2.1.1) Distinción de componentes que tienen que ser atendidos

Los problemas de memoria se detectan para los profanos con el olvido de personas y de sus nombres, de las cosas y sus denominaciones, de las prácticas y de las situaciones.

Como se sabe, son variados los conceptos que se tienen de la memoria y de sus componentes, según las escuelas que se analicen.

Según Montorio, I. (1994), a partir de Gelinski *et al.* (1980), se diferencian tres modalidades de memoria, cada una de ellas con subcomponentes específicos* (cf. Cuestionario de metamemoria en Documentos V3b2):

MODALIDADES	SUBCOMPONENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Memoria <i>primaria</i> (corto plazo, inmediata). • Memoria <i>secundaria</i> (largo plazo, reciente). • Memoria <i>terciaria</i> (remota). 	Memoria verbal y no verbal/espacial. Almacenamiento y recuerdo. Memoria asociativa. Profundidad de procesamiento. Memoria controlada y automática. Memoria episódica y semántica. Capacidad lingüística.

b2.1.2) Intervenciones y controles

Existen programas de entrenamiento en la memoria reservados para olvido senil benigno.

Estrategias de preservación de la memoria, según Hernández, S.M., en Montorio, I. (1994):

En el Cuestionario de metamemoria (cf. Documentos V3b...) se sugiere el recurso a entrenamientos nemotécnicos.

Uso de mnemónicos

- Anotar las citas (por ejemplo, agenda).
- Escribirse a sí mismo notas recordatorias.
- Escribir listas de cosas por hacer.
- Hacer listas de la compra.
- Planificar su vida diaria por adelantado.
- Repetición mental.
- Asociar con otras cosas.
- Colocar en un lugar destacado objetos seleccionados con alguna acción que deba realizar (por ejemplo, medicamentos que deben tomarse en horario de comidas colocados en un estante visible en la cocina).

Juegos de grupos.

Métodos de reminiscencias.

b2.2) Atender el funcionamiento cognitivo en las demencias

b2.2.1) Principales problemas del anciano con demencia en Residencias

Según Vázquez, M. A. (1995):

- Desorientación y fallos de la memoria (por ejemplo, pérdida de prendas y objetos personales).

- Deambulaci3n (vagabundeo).
- Inmovilizaci3n y negatividad (atenci3n).
- Incontinencias que afectan al aspecto f3sico.
- Alteraciones del ritmo del sue1o/vigilia.
- Sintomatolog3a psic3tica asociada a:
 - Agresividad.
 - Irritabilidad y agitaci3n.
 - Ansiedad y sus manifestaciones (gritos).
 - Trastornos conductuales graves.
 - Latrogenias farmacol3gicas.
 - Enfermedades intercurrentes (asociadas).
 - Trastornos nutricionales y metab3licos.
 - Necesidad de apoyo en las actividades diarias de la vida residencial.
 - Dificultades de lenguaje y comunicaci3n.

b2.2.2) Estrategias de intervenci3n

Prevenci3n y tratamiento

En general las estrategias que se mencionan se refieren al desarrollo de programas que ayuden a mantener la orientaci3n en la realidad.

- Mantenerles activos f3sica y mentalmente
- Evitar:
 - El aislamiento.
 - El aburrimiento.
 - Que est3n dormidos durante el d3a.
- Cuidar el planteamiento y el tono de trato *de las conversaciones*.

- Técnicas de orientación a la realidad:
 - Dibujos, señales en los lugares, calendarios y relojes en lugares visibles.
 - Repetir información correcta.
 - Usar programas reeducativos (cf. Powell, Proctor y Miller, 1982, en Vázquez M. A. (1995).
 - Utilizar técnicas específicas de comunicación.
 - Emplear técnicas de estimulación cognitiva.
 - Entrenamientos específicos de la memoria.
- Tener un programa preventivo (la capacidad perdida suele ser irrecuperable).
- Programa de creación de automatismos.
- Cinesiterapia.
- Ergoterapia.
- Recurso a las actividades creativas para estimular la motivación.
- Ludoterapia: uso del juego para desarrollar la actividad física y mental.
- Adoptar medidas de seguridad musicoterapia (cf. Aldridgel, 1993).
- Terapia del comportamiento (cf. Ylliet, 1989).

Se encuentra un análisis muy detallado y bien estructurado en Llera, F. (1998), de las atenciones no farmacológicas que es posible dispensar, se recoge en el documento V.3.b2.2.

Además de estas tareas se recomiendan las siguientes:

- Programas de estimulación sensorial.
- Si es necesario, tratamiento de las incontinencias con técnicas de reeducación de esfínteres.
- Tratamiento de las alteraciones del sueño.
- Programas de estimulación cognitiva social:
 - Psicoterapia grupal (relajación).

- Terapia farmacológica.
- Mantenimiento de una guía fármaco - terapéutica.
- Hidratación periódica supervisada:
 - Existencia de un manual de dietas estructurado.

De este repertorio de actuaciones existen algunas que el IMSERSO considera adecuadas para un seguimiento de los resultados conseguidos* (cf. Llera, 1998), son las siguientes:

- Hay una valoración cognitiva inicial de *screening*:
- Tiene un listado de residentes con demencias por grados.
- Se ha proporcionado formación en demencias al personal.
- Se aplican técnicas de comunicación adecuadas.
- Usan técnicas de refuerzo positivo.
- Usan técnicas de estimulación sensorial.
- Usan técnicas de estimulación cognitiva.
- Usan ayudas de orientación a la realidad.
- Se trabaja en grupos pequeños (máximo seis demencias).

b2.3) Atender al funcionamiento de otras funciones cognitivas

Este repertorio aparece en Montorio (1994), adaptado de Ferris, Crook, Flicker Reisberg y Bartus (1986).

Atención	Activación general. Atención selectiva. Vigilancia.
Velocidad	Velocidad motora. Velocidad perceptual. Velocidad sensorio – motriz. Velocidad de procesamiento central.
Funciones cognitivas superiores	Orientación espacial. Habilidades constructivas. Aprendizaje de conceptos. Solución de problemas. Toma de decisiones.

b3) Atender al funcionamiento afectivo

En este tema existen datos para analizar las prácticas en los siguientes aspectos:

- Según que los problemas afectivos sean más o menos importantes y según su prevalencia.
- Considerando el comportamiento depresivo.
- En relación con las indefensas que generan las pérdidas consecuentes al envejecimiento.

El análisis se lleva a cabo en este orden.

b3.1) Clasificaciones

Existe una distinción entre los trastornos afectivos mayores y los menores (cf. Montorio, I., 1994, a partir del DSM).

- Dentro de la categoría de los trastornos afectivos mayores se distingue entre «trastornos bipolares» y «depresión mayor»:
 - Los trastornos bipolares se caracterizan por cambios de humor con periodos de manía, depresión y estado de ánimo normal.
 - La depresión mayor es caracterizada por un estado de ánimo «disfórico» presente durante al menos una semana, junto con otros síntomas de depresión grave (pérdida de apetito, dificultades de sueño, pérdida de peso, disminución de la energía, falta de interés y disfrute por las actividades y pensamientos de muerte o suicidio).
- Dentro de los trastornos menos graves, incluidos bajo la categoría de «depresión menor», se incluyen:
 - Los cicloítmicos (que incluyen oscilaciones del estado de ánimo), y
 - Los disfóricos (depresión crónica y recurrente).

Se considera que una depresión moderada subsiguiente a cambios vitales recientes es un «trastorno de adaptación con características depresivas». La revisión del DSM III (DSM III-R; APA, 1988) adopta el término de «trastornos del estado de ánimo» en lugar de trastornos afectivos y agrupa todos los trastornos depresivos (depresión mayor y distimia).

El análisis específico de las depresiones y los criterios para su definición operativa se encuentran en o. c. y se recogen en los documentos V.3.b3.

Las problemáticas específicas con mayor prevalencia en las Residencias, según Treserra, M. A., *et alt.*, serían las siguientes:

- Depresiones.
- Trastornos afectivos mayores y menores.
- Suicidio.
- Trastorno de ansiedad.

- Problemas y trastornos de adaptación.

También se mencionan en otros trabajos las fobias.

b3.2) Depresiones. Prevalencia en Residencias

La depresión o la presencia de algunas manifestaciones depresivas es el principal problema emocional entre las personas mayores, según Gallagher y Thompson (1983), en Montorio, I. (1994).

La tasa de prevalencia de la depresión o sintomatología depresiva entre ancianos institucionalizados es significativamente mayor, habiéndose llegado a estimar que el 80 por 100 de los ancianos que viven en instituciones manifiestan síntomas depresivos [Hyer y Blazer, 1982].

Más concretamente, puede mencionarse que en nuestro país, en un estudio llevado a cabo en distintas Residencias dependientes del Instituto Nacional de Servicios Sociales (IMSERSO), sobre una muestra de 100 residentes a los que les fue administrado el Inventario de Depresión de Beck, los resultados señalaron que 23 ancianos presentaban un trastorno depresivo [según los criterios de depresión del Inventario de Depresión de Beck para población anciana Moon y Baum (1987)] y otros 40 ancianos manifestaban sintomatología de depresión.

b3.3) Depresión y pérdida

La teoría de la «Indefensión aprendida» (Seligman, 1975), en Montorio, I. (1994), establece nexos entre:

- La aparición de depresión.
- “La existencia de cambios sobre los que las personas no perciben ejercer ningún control:

Dice la teoría que estas personas aprenden a verse a sí mismas como indefensas y que por ello no llevan a cabo acciones para modificar su situación.”

El autor menciona posteriores revisiones, en las que se probaría que los individuos depresivos son más proclives a la intrapunición porque se responsabilizan de los resultados negativos atribuyéndolos a causas internas; mientras que los

individuos no depresivos tienden a la extrapunicción porque suelen no sentirse responsables de los resultados negativos, que atribuyen a factores externos.

La lectura del capítulo «La depresión», del libro *Evaluación e intervención psicológica en la vejez* (Fernández - Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz-Veiga, 1992), es adecuada para una profundización mayor en el tema.

b4) Suicidio y vejez

No se han encontrado datos que confirmen o desmientan de manera irrefutable, que la vida en Residencias sea realmente un factor "suicidógeno", utilizando la terminología de Durkheim.

No obstante, y según Ramos, M. (1994), a los ancianos que viven en Residencias, tanto varones como mujeres, se les ha pasado más por la cabeza la idea del suicidio durante el último año que a los mayores de la población general. Dice que los varones institucionalizados de 65 a 77 años son los que confiesan en mayor número haber pensado en el suicidio durante el último año: concretamente una cuarta parte.

Pero en todo caso, los suicidios son contingencias a prever, y por lo tanto a prevenir. En base a datos sociológicos, Montorio, I. (1994) ofrece una descripción de los factores de riesgo, que se resumen en este cuadro:

Factor	Alto riesgo	Bajo riesgo
Sexo	Varón.	Mujer.
Estado civil	Viudo/divorciado/separado.	Casado.
<i>Modus vivendi</i>	Urbano. Vivir solo. Aislado. Traslado reciente.	Rural. Vivir en familia. Vecindario cohesivo.
Salud física	Mala salud. Enfermedad terminal. Dolor.	Buena salud.
Salud mental	Depresión. Alcoholismo. Baja autoestima o autoconcepto. Aislamiento. Sentirse rechazado, no querido.	Felicidad y bienestar. Autoconcepto positivo. Sentimiento de competencia y control sobre la vida propia.
Antecedentes personales	Desadaptación en la vida, rechazado, dependiente o timidez, historia de relaciones interpersonales deficientes, "un solitario", depresiones previas. Historia de enfermedad mental familiar, historia marital mala, antecedentes laborales malos, rigidez, razonamiento circular.	Familia intacta, familia acogedora, autónomo, independencia, asertividad, flexibilidad, capacidad de adaptación, historia de amistades cercanas, sin depresión previa, sin historia familiar de enfermedad mental.
Edad	Ochenta-ochenta y cuatro años.	

b5) Atender a la preservación de la propia imagen

El aspecto de las personas es a la vez síntoma de su estado y factor de mejoría o agravamiento. Por otra parte, constituye un indicador del grado de atención que se le dispensa.

Existen varios listados destinados a establecer cuáles deben ser las atenciones imprescindibles, que se constituyen según algunos autores en indicadores de la atención. Los más habituales se relacionan seguidamente:

Intervenciones y controles

ASEO E HIGIENE PERSONAL

- **Baño**

Ayuda al baño/ducha.

Baño en cama.

Higiene de genitales

(femeninos y masculinos).

- **Higiene bucal**

Higiene de boca y dientes.

Higiene de prótesis dentales.

Higiene bucal a la persona inconsciente.

VESTIRSE Y DESVESTIRSE

- Respeto a la intimidad.
- Ayuda para vestirse y desvestirse y para la elección de vestidos adecuados.
- Detección de la falta de ropa.
- Sistema de obtención de ropa nueva.
- Transporte de ropa a la lavandería.
- Cuidados del calzado (adaptados, bien enfilados; bien anudados; lavables para incontinentes).

- Mantenimiento del orden de los armarios.
- Cuidado de camisonos y pijamas, bien puestos, bien cerrados*.

b6) Diagnóstico y preservación

Benatar R., *et alt.*, ofrecen un repertorio de ámbitos de aplicación de las prácticas, con las dimensiones que pueden ser objeto de diagnóstico y de evaluación y una fuente bibliográfica.

ÁMBITO	DIMENSIONES	FUENTE BIBLIOGRÁFICA
Destrezas funcionales (actividades cotidianas).	Bañarse, vestirse, alimentarse, arreglarse.	Lawton y Brody (1969).
Depresión.	Somática y afectiva.	Addington y Fry (1986).
Desesperanza/desesperación.	Actitudes hacia el futuro, sentimientos de inutilidad.	Fry (1986).
Funciones cognitivas.	Orientación temporal y espacial, grados de concentración, aptitudes de cálculo, grado de concentración, ejercicios de memorización	Wechsler (1987).
Funcionamiento del cuidador familiar.	La carga del cuidador. La eficacia del cuidador. Estilos de afrontar los problemas.	Lawton, Kleban y Moss (1989).
Indicadores de riesgo del paciente de la familia.	Recursos disponibles, grado de aislamiento, comportamientos dependientes, estatus de salud, nivel de ingresos, sexo, edad, miedos sobre uno y los demás, muerte, dolor, pérdida de control.	Butler, Lewis y Sunderland (1990), Osterwei, <i>et alt.</i> (1984).
Bienestar emocional.	Calidad de vida, pena, autoestima, ansiedad, uso de mediación, lidiar con estrés, insomnio.	Dobratz (1990), Gabriel y Kirschling (1989).

* Sobre los efectos indeseados de la desatención a la imagen de los/as ancianos/as en las Residencias, véase doc. V.3.b5.

Para el manejo de la información en el análisis de contenido ha resultado práctico llevar a cabo esta clasificación de las herramientas de diagnóstico y preservación:

- b6.1) Indicadores generales
- b6.2) Referidos a estado físico
- b6.3) Referidos al funcionamiento cognitivo
- b6.4) Referidos al funcionamiento afectivo
- b6.5) Referidos al funcionamiento social

b6.1) Indicadores generales

b6.1.1) Las áreas seleccionadas para un diagnóstico general

El primer diagnóstico general se suele situar en el periodo correspondiente al preingreso y en el ingreso. El repertorio de reconocimientos y evaluaciones que se consideran pertinentes aparece en b6.1.3).

Desde el momento en el que la persona hace de la Residencia su lugar de vida, el diagnóstico y la preservación de aquellos factores que mejoran su salud y su calidad de vida están indisolublemente entreverados con el funcionamiento del centro.

Nuevamente es el criterio geriátrico el que articula las prácticas generales de diagnóstico y preservación de la salud. Se menciona explícitamente la necesidad de la evaluación geriátrica exhaustiva, que implica, según Fernández, L. M., *et alt.* (1995):

• Evaluación física.	Alteraciones neurológicas articulares. Cardio circulatorias. Nutrición. Hidratación. Incontinencia. Caídas, utilización de medicamentos.
• Evaluación de la función cognitiva.	Desorientación temporo – espacial, demencia.
• Evaluación de las funciones afectivas (depresión y ansiedad).	<i>Geriatric depression scale</i> , datos clínicos.
• Evaluaciones funcionales.	Referidas a la capacidad de cumplir con las actividades de la vida diaria (AVD) y de mantener su papel en la sociedad. Diferencia en las AVD: <ul style="list-style-type: none"> • AVD básicas (moverse, asearse, comer, controlar esfínteres). • AVD instrumentales (ir de compras, preparar comida, cuidar la casa, manejar dinero, usar teléfono).
• Evaluación social.	Análisis de la red de soportes sociales de las condiciones económicas de las cargas para la familia.

b6.1.2) Las herramientas de evaluación

La herramienta más recomendada para un diagnóstico general es el Cuestionario OARS.

Según González, B. (1993), a partir de Blazer (1978) el modelo OARS se presta a tres aplicaciones importantes:

- *Para clasificar a los individuos de acuerdo con su estatus funcional.*
- *Para desagregar los servicios en categorías genéricas y para volverlos a agrupar en función del nivel de utilización de dichos servicios.*

— *Para evaluar el impacto de una intervención o programa determinado sobre una clase o tipo funcional concreto.*

Se puede aplicar tanto a la población residente como a la que reside en hogares.

Abarca cinco áreas, cuyo contenido e indicadores son los siguientes (cf. Kane, 1981)

ÁREAS	CONTENIDO	INDICADORES
1. Recursos sociales.	Amplitud, calidad, cantidad y disponibilidad de contactos sociales.	<ul style="list-style-type: none"> • Modo de convivencia (soltero/a...). • Organización de la vida (vive solo/a...). • Persona en quien confiar. • Disponibilidad de alguien dispuesto a ayudar.
2. Recursos económicos	Recursos necesarios que permitan acceder a los servicios que se necesiten y que ayuden a paliar otros problemas.	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos actuales (cantidad y fuentes). • Vivienda y modo de tenencia (alquiler...). Evaluación subjetiva de la situación financiera.
3. Salud mental.	Grado de deterioro de las funciones mentales.	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de deterioro mental. • Presencia o ausencia de sintomatología psiquiátrica. Autoevaluación de la satisfacción con la vida. Evaluación de informadores.
4. Salud física.	Nivel de salud de los sujetos.	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas al médico. • Días de permanencia en casa por incapacidad. • Días de estancia en el hospital. • Medicamentos que toma el sujeto. • Enfermedades que padece y grado de molestia producida. • Utilización de aparatos, prótesis. • Integridad de los miembros. • Autoevaluación de la propia salud.

ÁREAS	CONTENIDO	INDICADORES
5. Actividades de la vida diaria.	Actividades de autocuidado y de la vida diaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Puede usar el teléfono. • Puede usar el transporte público. • Puede hacer la compra. • Puede realizar las tareas del hogar. • Puede tomar su medicación. • Come solo/a. • Puede vestirse y desnudarse por sí solo/a. • Puede entrar y salir de casa libremente. • Puede bañarse sin ayuda.

Existe un estudio desarrollado en la Comunidad de Madrid para evaluar las necesidades de los ancianos (cf. González, B. 1993)

b6.1.3) Diagnósticos en el preingreso

Corresponden a la función de diagnosticar y evaluar correctamente y en su caso modificar los diagnósticos y evaluaciones.

En el momento en el que la persona vaya a residir en el centro se indica la necesidad de que se conozca con el necesario detalle aquellos datos que son relevantes para la atención integradora de su salud física. Suelen denominarse "datos a obtener en el preingreso". La abundancia y variedad de los datos referidos a la salud ha llevado a diseñar protocolos "filtro". Uno de ellos es el referido al Grupo de Datos Fundamentales (GDF). Según Guillén, F., *et al.* (1998), el GDF obtiene los datos mínimos necesarios que deben ser recogidos a la persona mayor para la definición y aplicación de otros protocolos. Deben pasarse en el momento del ingreso y sirve para aclarar si resulta necesario aplicar otros protocolos.

Los diferentes protocolos a los que lleva eventualmente **la cumplimentación** del GDF son:

1. Malnutrición desnutrición, deshidratación y obesidad.
2. Alteraciones de los órganos de los sentidos visión y audición.

3. Caídas.
4. Estreñimiento.
5. Demencias.
6. Problemas familiares.
7. Afectividad.
8. Marginación social, inactividad, nivel cultural.
9. Depresión.
10. Inmovilismo.
11. Úlceras por presión.
12. Incontinencia urinaria.
13. Actividades de la vida.
14. Polifarmacia.
15. Trastornos de conducta.
16. Insomnio.

Parece interesante, desde la perspectiva del diagnóstico en el preingreso, tomar en cuenta la prevalencia que tienen las distintas enfermedades en la población que desea una plaza en las Residencias. Para este propósito es útil el trabajo realizado para el Institut Català de l'Assistència i Serveis Socials, en base a 23.939 residentes; un resumen de los datos aparece en el documento V3b1).

b6.2) Indicadores referidos a problemas médicos

b6.2.1) Patologías médicas por grupos

Abarcan todos los trastornos de salud. Desde el punto de vista de la atención en las Residencias, se cuenta con varias clasificaciones de las patologías médicas por grupos. La más reciente es la sistematización encargada por el IMSERSO (en Guillén, F., *et al.* 1998) cuya sistemática es la siguiente:

Patologías médicas por grupos

- Cardiovascular.
- Oftalmológica.
- Osteomuscular.
- Neurológica.
- Digestiva.
- Nefro – genitaurológica.
- Endocrinológica.
- Respiratoria.
- Psiquiátrica.
- Hematológica.
- Oncológica.
- Otras enfermedades.

La desagregación de los problemas médicos que abarca cada patología aparece en Documentos (V3b62).

b6.2.2) Indicadores más frecuentes en los procedimientos de evaluación de la salud física.

Los indicadores utilizados para evaluar la salud física se refieren alternativa o indistintamente a evaluaciones directas, mediante pruebas realizadas con los pacientes, o indirectas, referidas al uso de los recursos sanitarios:

- Número de enfermedades diagnosticadas.
- Número de días en cama.
- Número de hospitalizaciones.
- Número de consultas médicas.

- Dolor físico.
- Síntomas, signos de examen físico.
- Tratamientos médicos recibidos.
- Indicadores fisiológicos.
- Medidas de laboratorio.
- Apreciaciones: médico o propio sujeto.
- Expectativas de vida.

Salud y capacidad funcional (aplicables tanto al ámbito institucional como al comunitario):

- Indicadores de utilización de recursos sanitarios en el último año:
- Enfermedades padecidas.
- Consumo de fármacos.
- Presencia de trastornos cognitivos.
- Capacidad funcional para la realización de actividades.
- Necesidades de cuidados técnicos de enfermería.
- Necesidades de fisioterapia y terapia ocupacional.

Tiene interés el diagnóstico de la prevención de las úlceras de presión, que afectan a las personas mayores encamadas. Hay una herramienta de evaluación en la escala de NORTON que se reproduce en el Documento V.3.b6.2).

Suelen desagregarse en tres apartados:

- Deterioros cognitivos.
- Demencia. Sus secuelas y manifestaciones.
- Problemas relacionados con el funcionamiento de la memoria.

A partir de Sanzo, L. (1985); Guillén, F., *et alt.* (1998); Montorio, I. (1994).

Los deterioros cognitivos:

El diagnóstico del deterioro cognitivo requiere, según parece, un tratamiento por fases:

- 1ª fase: *Discriminación entre deterioros cognitivos y problemas referidos a la institucionalización.* Se recomienda no aplicar escalas inmediatamente después del ingreso en la Residencia.
- 2ª fase: *Identificación de la existencia de deterioros y de su grado.*

Se indica que el CEMP – Pfeifer es la herramienta de elección con fines orientativos. Ha sido traducido y adaptado por Guerrero y Fernández Ballesteros, en su versión SPMSQ. Ambas se incluyen en los Documentos V3b63).

En el supuesto de que se detecten indicios de deterioro cognitivo, se recomienda aplicar el Mini – examen cognitivo (Lobo), que abarca cuestiones referidas a:

- la orientación,
- la fijación,
- la concentración y el cálculo,
- la memoria,
- el lenguaje y la comunicación.

La desorientación espacial y temporal y la demencia:

Los problemas de desorientación temporal y espacial y de demencia remiten al empleo del Mini – mental *State Examination* de Folstein y al “Cuestionario de función psíquica”. Esta última es la herramienta utilizada por el IMSERSO-SEGG en el estudio *Atención a personas mayores que viven en Residencias* (Cf. Guillén, F., *et alt.*).

Indicadores:

1. Repite la misma pregunta.
2. Dificultad para recordar acontecimientos recientes.
3. Dificultad para recordar acontecimientos remotos.
4. Pierde objetos.

5. Olvida el día en el que vive.
6. Comienza pero no finaliza las cosas.
7. Tiene dificultad para concentrarse en una tarea.
8. Destruye objetos.
9. Realiza acciones embarazosas para los cuidadores.
10. Se levanta durante la noche y despierta a otros.
11. Habla alto y deprisa.
12. Se muestra ansioso.
13. Realiza actividades peligrosas.
14. Amenaza con causarse daño.
15. Amenaza con causar daño a los demás.
16. Muestra agresividad verbal.
17. Apariencia triste.
18. Expresa sentimientos de desesperación.
19. Lloro.
20. Comenta acerca de su muerte.
21. Expresa sentimientos de soledad.
22. Expresa sentimientos de inutilidad.
23. Expresa sentimientos de fracaso.
24. Irritabilidad.
25. Vagabundeo.
26. Acusaciones injustificadas.
27. Inquietud.
28. Alucinaciones.

Funcionamiento de la memoria:

El diagnóstico de este campo requiere que se tomen en cuenta los cambios que la edad genera en el funcionamiento de la memoria. Al parecer, los deterioros de la memoria secundaria son los que tienen la principal relevancia entre los/as mayores. Los modelos descriptivos de los contenidos de memoria a evaluar se pueden consultar en Montorio, I. (1994). Según parece los autoinformes tienen valor diagnóstico y evalúan un amplio repertorio de aspectos (un análisis, en Montorio, I., o.c. Según el mismo autor, se refieren a los siguientes contenidos:

- Percepción de la frecuencia de olvidos.
- Percepción del cambio de la memoria a través del tiempo.
- Percepción en la severidad del fracaso de la memoria.
- Utilización de estrategias mnésicas.
- Percepción global sobre el funcionamiento de la memoria.
- Conocimiento sobre el funcionamiento de la memoria.
- Percepción de las demandas de memoria en la vida diaria.
- Percepción de memoria para acontecimientos pasados.
- Esfuerzo cuando ocurren olvidos, y
- Relación de la memoria con los rasgos de personalidad.

Las herramientas que se proponen son dos versiones creadas por Zelinski y col. una versión amplia denominada "Cuestionario de metamemoria", de 1980, y otra reducida, denominada "Cuestionario de funcionamiento de memoria, MFQ", de 1983. El segundo mantiene solo aquellos componentes del primero que discriminan del análisis factorial, a saber:

- Funcionamiento retrospectivo.
- Frecuencia de olvido.
- Severidad del olvido.

En documentos Vb363 se reproducen ambas herramientas. Otros instrumentos de evaluación de la memoria pueden encontrarse en Montorio, I. (1994).

b6.4) Referidos al funcionamiento afectivo

La evaluación pretende (según Montorio, I. (1994) determinar cuáles son las respuestas motoras, cognitivas y fisiológicas que aparecen perturbadas; bajo que circunstancias y con qué consecuencias.

Las evaluaciones deben de permitir discriminaciones entre las depresiones y las demencias. Se sugiere para ello la aplicación del "Cuestionario abreviado del estado mental", ya mencionado. Así mismo, un control de la administración de fármacos, que pudiesen derivar en síntomas coincidentes con los depresivos.

Nuevamente parece ser que los autoinformes son la herramienta más generalizada del repertorio de escalas mencionadas. Parece existir acuerdo en que debe de preferirse la escala de depresión geriátrica GDS-15, Geriatric Depression Scale (Yesavage). Hay trabajos de adaptación de esta escala a España desde 1987 (cf. Perlado, 1987; González, 1988; Izal y Montorio, 1993). Se incluyen en documentos V3b64 las versiones Yesavage y GDS-15.

En el texto "Atención a personas mayores que viven en Residencias", IMSER-SO – SEGG, Guillén, F., *et al.* (1998), se sugiere una herramienta de valoración del comportamiento, con 30 ítems, de la que hay una versión abreviada, correspondiente al cuestionario de función psíquica, con sólo 11 factores.

b6.5) Referidas al funcionamiento social

- La procedencia constituye antecedente del funcionamiento social: se consideran los problemas familiares y económicos, el nivel cultural, la marginación social, así como el nivel funcional al ingreso y las circunstancias en las que se produjo.
- También se consideran las aptitudes y actitudes hacia la relación social, y especialmente los niveles de relación familiar que se mantienen a partir del ingreso.
- Finalmente, se estima las oportunidades que tiene de residir fuera del centro, por ejemplo, en fines de semana y durante las vacaciones.

Este repertorio de datos se presenta en el protocolo de valoración social de Guillén, F., *et al.* (1998), y aparece recogido en el documento V.3.b6.5).

b6.6) Referidas a las AVD y a la dependencia

Constituye el tema más tratado en las fuentes secundarias.

Para organizar el análisis, se hace aquí una distinción, entre

- Los instrumentos de evaluación *genéricos*.
- Los instrumentos de evaluación *específicos*.

b6.6.1) Instrumentos genéricos para la evaluación de las AVD y de la dependencia

Conclusiones

La *evaluación* de las AVD en personas mayores cuenta con muchos instrumentos. Se encuentra en Fernández, 1991, referencia entre otros a los siguientes:

- Fernández Ballesteros y González, 1983
- Fillenbaum, 1984;
- Gallo y cols., 1988;
- Israel y cols., 1984;
- Kane y Kane, 1981;
- Mangen y Peterson, 1982;
- Montorio, 1990;
- Wattis y Hindmarch, 1988.

El análisis de las AVD suele separarse en: AVD “básicas” y AVD “instrumentales”, o “bien en disminuciones funcionales y disminuciones mentales”.

Existen herramientas que abarcan ambas dimensiones, de las cuales aparecen referenciadas y analizadas en los textos disponibles:

- Las evaluaciones modulares de AVD del programa gerontológico del Florida Mental Health Institute.
- Las escalas de AVD básicas e instrumentales del OARS.
- La escala de la cruz roja (ECR) de valoración de la incapacidad.
- La escala para la evaluación de la dependencia, propuesta en Sanzo, L. (1985).
- Las tipologías de personas objetos de atención según su grado de autonomía, recogida en Treserra *et al.* (1993).

Todas estas propuestas están recogidas en los documentos V.3.b6.6.

Además de estas herramientas generales existen obras más específicamente orientadas hacia las AVD "básicas" o las AVD "instrumentales", que se analizan seguidamente.

b6.6.2) Instrumentos específicos para la evaluación de las AVD básicas

El volumen de recursos para evaluar las AVD básicas es muy abundante. Se han seleccionado en la página que sigue nueve herramientas de evaluación, comparando cuáles son los indicadores que proponen.

Aunque las manifestaciones de las deficiencias que afectan a las AVD básicas son muy diversas, el repertorio de actividades que se consideran indicadores de discapacidad suele ser escaso. Se ofrece una comparación entre algunas series utilizadas en España, aclarando que el índice de Barthel suele ser el más empleado.

En documentos, V3b66 aparecen reproducidos:

- La escala de Barthel.
- El índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria.
- La escala de observación de actividades de la vida diaria, de Montorio.

	FLORIDA MENTAL HEALTH INST. (1982)* *NIVEL 1	Sanzo, L. (1985)*	Katz y Akpom (1986)**	Barthel	Montorio, 1990*	Guillén, F (1998)	Treserra, et al. (1993)	Fancham -pas A. (1991)	Fernández, R. (1991)
<i>Discapacidad para:</i>									
Medicación:					X				
- Higiene personal: bañarse/ lavarse	X	X	X	X	X	X	X	X	X
- Arreglarse, aplicarse cosméticos				X	X				X
- Afeitarse, peinarse, cuidarse el pelo	X				X		X		X
- Limpiarse dientes o dentadura	X				X				X
- Cortarse, cuidarse las uñas							X		
- Abrocharse los cordones	X								X
- Vestirse/desvestirse, ponerse y quitarse la ropa		X	X	X	X	X	X	X	X
- Seleccionar, ordenar ropa			X						X
- Llevar ropa limpia	X				X				
- Atarse los cordones									X
- Alimentarse, comer		X	X	X	X	X	X	X	
- Comer con seguridad, usar cubiertos			X						X
- Beber en vaso									X
- Mostrar hábitos apropiados en la mesa	X				X				X
- Andar		X					X	X	
- Ponerse de pie, sentarse en una silla			X						X
- Desplazarse en la calle		X			X		X		

	FLORIDA MENTAL HEALTH INST. (1982)* *NIVEL 1	Sanzo, L. (1985)*	Katz y Akpom (1986)**	Barthel	Montorio, 1990*	Guillén, F (1998)	Treserra, et al. (1993)	Fancham -pas A. (1991)	Fernández, R. (1991)
- Manejar o desplazar silla de ruedas				X				X	X
- Trasladarse de la cama a una silla			X		X			X	
- Subir escaleras				X			X		X
- Desplazarse alrededor de la habitación, por interiores					X			X	X
- Actividades manipulativas		X							
- Actividades en la cama: acostarse/ levantarse		X	X					X	X
- Desplazamientos por exteriores									X
- Mantener la identidad		X							
- Expresar necesidades					X				
- Conducirse en la vida diaria		X							
- Eludir riesgos		X							
- Participar en relaciones sociales		X							
- Hacer necesidades, utilizar el servicio		X	X			X	X		X
- Contener la orina, controlar esfínteres		X	X	X	X	X			X
- Contener las heces, continencia fecal		X	X	X	X	X			
- Ver		X							
- Oír		X							

*Discapacidades detectadas entre la población con problemas psicogeriátricos.

**En Fernández, R., et al. (1991).

b6.6.3) Instrumentos específicos para la evaluación de las AVD instrumentales

La herramienta más mencionada es la "Escala de actividades instrumentales de la vida diaria" del Philadelphia Geriatric Center.

Incluye tareas que suponen las aptitudes para manejar y saber utilizar objetos y para desplazarse con autonomía.

Tanto en esta escala como en el "Cuestionario de incapacidad de Lambeth" y en la evaluación del uso del teléfono de la "Escala OARS", existen una atención preferente a los indicadores de dificultades comunicativas, sean derivadas de problemas visuales, auditivos, de manipulación o cognitivos.

Según Fernández, R. (1991):

Indicadores más frecuentes para la evaluación de AVD e Instrumentales son los siguientes:

Limpiar:

- Quitar el polvo.
- Barrer y fregar suelos.
- Fregar platos.
- Hacer camas.
- Limpiar electrodomésticos.

Telefonar.

Hacer compras.

Cuidar ropa.

Lavar ropa.

Arreglar ropa.

Manejar dinero:

- Cambiar dinero.
- Administrar dinero.

Cocinar:

- Preparar comidas.
- Seleccionar menú.
- Planificar comidas.

Desplazarse:

- Usar transportes públicos.
- Viajar.

Se reproducen éstas herramientas en Documentos V.3.b6.6.

c) La inserción/reinserción

Este análisis de contenido se organiza de la siguiente manera:

- Se analizan los conceptos de inserción – reinserción y sus modalidades.
- Se examinan las estrategias para la preservación de la inserción o para el logro de la reinserción.
- Se sistematiza la información referida a las relaciones entre las personas que conviven en la Residencia.
- Igualmente, la información referida a las relaciones entre residentes y familiares o amistades.
- Finalmente, se trata de las relaciones con la comunidad del entorno.

El campo que se abarca puede observarse en esta sistematización de Fernández Ballesteros, R., *et al.* (1991):

Conceptualización del apoyo social	Instrumento	Autor	Valoración
Integración social	<i>Índice de Redes Sociales</i>	Berkman y Syme (1979)	Indicadores globales sobre la existencia y cualidad de las relaciones sociales.
Redes sociales	<i>Perfil de Análisis de Redes Sociales</i>	Cohen y Sokolovsky (1979)	Análisis minucioso de 6 áreas de interacción. Instrumento complejo de administrar e interpretar.
Funciones de las relaciones sociales (apoyo social)			
<i>Medidas derivadas del análisis de redes sociales</i>			
	<i>Batería de Estructura y Contacto Familiar</i>	Shanas (1968)	Técnica precursora en el análisis del intercambio de apoyo entre familias de personas mayores. No se dispone de datos psicométricos.
	<i>Inventario de Recursos sociales en personas mayores</i>	Díaz Veiga (1985)	Instrumento que evalúa aspectos estructurales y funcionales de relaciones sociales comunes en la población española. Existen datos de consistencia interna de las subescalas (cf. Documentos V3c).
<i>Medida de apoyo social percibido</i>	<i>Escala de necesidades sociales</i>	(Cutrona, 1984; Rusell y Cutrona, 1984)	Instrumento adecuado para establecer el impacto subjetivo de las relaciones sociales. Existen datos de fiabilidad y validez.

c1) Modalidades de inserción–reinserción

Planteamiento

Cuando se usa el término “*inserción*” suele entenderse el establecimiento de vínculos entre la persona residenciada y el resto de los ocupantes del centro (otros/as residentes, gestores, trabajadores). Suele entenderse o sobrentenderse que por ser las Residencias lugares de vida, la implicación de las personas con las otras personas, tendrá que tener la calidad necesaria para satisfacer algunas necesidades sociales y emocionales importantes.

Cuando se usa el término “*reinserción*” generalmente se quiere decir que las personas residenciadas van a perder en alguna medida sus vínculos con quienes les proveen de afectos, reconocimiento y significados. Siendo así, la residenciación requeriría necesariamente de alguna intervención para que se reanuden los antiguos contactos, o al menos no se pierdan completamente, y para que otras nuevas relaciones en el exterior abran, si resultase posible, el abanico de los intereses y de los afectos.

La creencia de que las atenciones que deben recibir las personas que viven en Residencias deben incluir prácticas encaminadas a promover la inserción-reinserción está incluso en el informe del Senado (1989). Cuando relaciona los criterios de calidad en las Residencias, menciona que se debe ofrecer:

- Asesoramiento y orientación en los problemas personales de interacción, en los familiares, en los sociales, en los económicos y financieros.
- Pide que se promuevan las actividades culturales, recreativas y artísticas realizadas por los propios residentes.
- Se refiere a la estimulación de la autonomía personal y de la vida recíproca.
- Considera conveniente la vida de relación entre los/as residentes.
- Menciona concretamente que los bares y cafeterías tengan precios económicos.

Fuentes: Denham, M. (s.d.); Díaz Veiga (1987); Fernández, R. (1991); Guillén, F., *et al.* (1998); Hernández, G. (1981); IMSERSO (1995a); Jiménez, F., y Barenys, M. P. (1992); Jossey-Bass (1984); Mead, M. (1971); Memin, Ch. (1984); Molinero, S. (1995); OARS; SERA; Suzman, R., *et al.* (1990).

c2) Estrategias de preservación de la inserción y de reinserción

Planteamiento

La referencia a los problemas de la inserción - reinserción es abundante y existen estudios varios (de encuestas y cualitativos) en los que se apoyan los análisis que se acaban de exponer.

Se observa fácilmente en los trabajos analizados que en el análisis de las relaciones que mantienen los/as residentes, operan con una distinción entre "dentro" y "fuera". Esta diferencia supone inevitablemente una tensión entre ambas:

RELACIONES EN TENSIÓN

Las relaciones de fuera	Las relaciones de dentro
<ul style="list-style-type: none">• Familiares• Amistades, pares• Relaciones instrumentales y comunitarias	<ul style="list-style-type: none">• Pares• Cuidadores• Nueva pareja

En primer lugar deben darse las condiciones de infraestructuras y de equipamiento que permitan la comunicación:

- Transportes, ayudas para el desplazamiento.
- Teléfono, lugares de reunión.

c3) Relaciones dentro del Centro

c3.1) Los problemas específicos de las interacciones en las Residencias

Se ha constatado que cuando existen interacciones fluidas y afectivas del/la residente con el resto de los/as residentes se obtienen ventajas en todos los órdenes, incluyendo la salud y el bienestar.

Pero la generación y el mantenimiento de esos vínculo armoniosos y emocionalmente satisfactorios no es tarea fácil, y más bien abundan los testimonios de fracasos que de éxitos en las medidas de inserción.

Entre los factores que dificultan el desarrollo de buenas relaciones dentro del centro hay dos que aparecen casi siempre y que además se refuerzan mutuamente: la *institucionalización* y los *deterioros de la conducta*. Ambos llevan a que se perciba al resto de los miembros del centro, o bien a determinados miembros, con hostilidad o al menos como a extraños. Cuando esta percepción dificulta la convivencia y la gestión del centro, se evalúan como disruptivas o peligrosas (Cf. lo dicho en V.1.b.).

En algunos centros pueden convivir parejas que ingresan en la Residencia. En otros, pueden constituirse nuevas parejas. Estos vínculos también tienen en la Residencia un entorno frecuentemente inadecuado e incluso hostil (se vuelve con más detalle sobre este tema en V.3.d.2).

Finalmente, están las relaciones entre los/as residentes y quienes gestionan el centro; las prácticas encaminadas a la inserción no siempre van a resultar compatibles con otras prácticas destinadas a la organización y a la atención geriátrica, tal como se ha analizado en el capítulo referido a los programas públicos.

c3.2) Tratamiento de conductas desvinculantes y promoción y preservación de conductas vinculantes

Entre las manifestaciones de conductas disruptivas o peligrosas se mencionan:

- La agresividad.
- La estereotipada.
- La deambulación.

Las prácticas encaminada a prevenir estas actuaciones incluyen, según los textos examinados:

- Control de abuso de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco).
- Programar acciones destinadas a mejorar las habilidades sociales de los/as residentes.
- Promoción y preservación de conductas vinculantes con el resto de los/as residentes. Entre ellas organización de grupos para la realización de actividades e intereses, según las afinidades.
- Preservación de prácticas vinculantes con la comunidad, ofreciendo las ayudas necesarias para que realicen:
 - Sus propias compras (Cf. ICOF del SERA).
 - El cobro de pensiones.
 - Otras actividades que permitan el autocontrol de los propios intereses.

c4) Relaciones con familiares y amistades

Planteamiento

Se ha indicado que las familias son el cauce prioritario para que las relaciones de fuera se metan dentro. Esto significa que se constituyen en otros agentes en la vida que la persona residienciada lleva en el centro; es decir, que no se limitan a ir de visita.

La variedad de tareas encaminadas a lograr esa implicación es abundante. Se ofrece una sistematización que puede dar cuenta de los tipos de trabajos que se contemplan en los textos.

c4.1) Trabajo con familias

Características de las tareas encaminadas a lograr la implicación de las familias:

A partir de Molinero, S.; Guillén, F., *et al.* (1998).

- Carácter procesual (hay que dar tiempo).
- Hay que actuar por etapas.

- Estabilización de los vínculos familiares.
- Desculpabilización.
- Información:
 - Aclarar lo que el centro ofrece y lo que puede ofrecer.
 - Hacerlo con periodicidad.
- Formación:
 - Sobre Tercera Edad.
 - Sobre Residencias.
 - Sobre actitudes a adoptar.
- Acuerdos y compromisos entre familia y centro.
- Trabajo de roles.
- Motivación.
- Actividades conjuntas de los residentes y sus familias (individual y colectivo).

Un análisis más detallado de los programas concretos se incluye en los Documentos V.3.c.4.1).

c4.2) Evaluación de los resultados de las medidas aplicadas para trabajar con las familias

Según Guillén, F., *et al.* (1998) existen aspectos mínimos a evaluar:

- ¿Se han intensificado las relaciones afectivas y los contactos?
- ¿Se tiene una historia sobre la situación familiar y el tipo de relación que mantiene cada residente con ella?
- ¿Se han efectuado cursos, jornadas, charlas de formación sobre los mayores?
- ¿La información se facilita con periodicidad?
- ¿Los apoyos familiares se han sistematizado sobre intervenciones concretas?

- ¿Mantiene un grado de intervención de la familia en el proceso, rehabilitador, actividades...? ¿Se siente respaldado por ella?
- ¿Los compromisos adquiridos por la familia son efectivos?
- ¿Intervienen y/o apoyan en el control económico y social?
- ¿Les aportan afecto, cariño, compañía, atención y se responsabilizan de sus mayores?
- ¿Se están cumpliendo los objetivos satisfactoriamente?
- ¿Tiene incidencia la relación familiar en el proceso degenerativo que produce la incapacidad?
- ¿Modificaciones estructurales?

Según se dice, las condiciones familiares previas a la Residencia y las previas características de las relaciones con la familia, son determinantes de las políticas que deban de adoptarse para manejar las interacciones entre residentes y familiares. Existen varios protocolos diseñado para recoger los datos referidos a la familia de origen. En este trabajo, se reproduce una propuesta de Fernández, R. (1991), en documento V.3.c4.2.

c5) Relaciones con la comunidad

c5.1) Perspectivas de análisis

El análisis de las prácticas destinadas a promover las relaciones con la comunidad muestra las siguientes perspectivas:

- *Prácticas encaminadas a preservar y a fortalecer el apoyo social.*

Según Díaz Veiga (1987), el término "apoyo social" hace referencia:

1.º A la cantidad de relaciones sociales, en cuanto que estén referidas a la integración y participación social.

2.º A las características estructurales de las relaciones sociales.

3.º A las consecuencias que para las personas tiene acceder y mantener las relaciones sociales.

El análisis de cómo evaluar la existencia, cantidad, frecuencia y densidad de las redes sociales esta recogido en el documento V.3.c5.1).

- *Prácticas encaminadas a facilitar la integración en la vida de la ciudad donde radica la Residencia.*

Se trata en palabras de Memin, Ch. (1984), de “desenclavar los guetos que son las Residencias”.

La participación en fiestas locales, conferencias, seminarios, actividades de las asociaciones de voluntariado y de cualquiera otros grupos o colectivos que no sean específicamente para la Tercera Edad.

c5.2) Prácticas encaminadas a preservar y fortalecer el apoyo social

c5.2.1) Repertorio de estrategias

El análisis de las estrategias para preservar, reforzar o sustituir las redes sociales a partir del momento del traslado a la Residencia y de su eficacia ha sido abordado por los psicólogos sociales. La variedad de trabajos queda reflejada en este repertorio, que procede de Fernández, R., *et alt.* (1991) y Díaz Veiga (1987). Se presenta el cuestionario en documentos V.3.c5.2).

Conceptualización del apoyo social	Instrumento	Autor	Valoración
Integración social	<i>Índice de Redes Sociales</i>	Berkman y Syme (1979)	Indicadores globales sobre la existencia y cualidad de las relaciones sociales.
Redes sociales	<i>Perfil de Análisis de Redes Sociales</i>	Cohen y Sokolovsky (1979)	Análisis minucioso de seis áreas de interacción. Instrumento complejo de administrar e interpretar.
Funciones de las relaciones sociales (apoyo social)			
<i>Medidas derivadas del análisis de redes sociales</i>			
	<i>Batería de Estructura y Contacto Familiar</i>	Shanas (1968)	Técnica precursora en el análisis del intercambio de apoyo entre familias de personas mayores. No se dispone de datos psicométricos.
	<i>Inventario de Recursos sociales en personas mayores</i>	Díaz Veiga (1985)	Instrumento que evalúa aspectos estructurales y funcionales de relaciones sociales comunes en la población española. Existen datos de consistencia interna de las subescalas.

c5.2.2) Escalas de evaluación de los recursos sociales

- *Escala de Evaluación de Apoyo y Contactos Sociales (Díaz Veiga (1985) a partir de Satarino y Syme (1981).*

Incluye elementos estructurales de las relaciones sociales, entre ellos: tamaño, frecuencia de contactos y tipos de apoyos emocionales e instrumentales con los que cuenta la persona.

- *Escala de necesidades sociales*

Fernández, R., *et alt.* se refieren a esta escala para evaluar el apoyo social percibido; procede de Cutrona (1984), Rusell y Cutrona (1984): "Es un instrumento adecuado para establecer el impacto subjetivo de las relaciones sociales".

- *Escala de Recursos Sociales (OARS) Social Resource Scale Duke University Center for the Study of Aging and Human Development, (1978)*

La Escala de Recursos Sociales OARS se utiliza mucho en EE.UU. A partir de una entrevista con la propia persona, clasifica la situación social en base a las características de la familia, de las amistades y visitas del anciano. Recoge si existe quien le ayude en caso de necesidad y si existe a disposición de la persona residenciada alguien en quien crean que pueden confiar.

Se reproduce en documentos, V.3.c5.1).

d) Realización. Dimensiones a tomar en cuenta

Cuando en los textos analizados aparece referencia a la necesidad de que las Residencias sean el espacio para una vida completa, aparece con frecuencia el término "realización".

Por realización aquí se entiende la práctica y el disfrute de todas las capacidades de la persona.

Esta definición arropa varias dimensiones en los diferentes textos. Creemos que los tres bloques que siguen pueden recoger las variantes analizadas.

Dimensiones a tomar en cuenta	Programas
d1) Identidad, aptitudes y potenciales	Desarrollos: – Afiliación frente al anonimato. – Actividad frente a pasividad. – Información frente a aburrimiento. – Convivencia frente a soledad. – Participación frente a aislamiento.
d2) Libidinales de gozo, placer	– Actividades planificadas de tiempo libre: * Evaluación de la frecuencia. * Evaluación de la diversidad. Programadas: – Animación sociocultural. – No programadas. – Tratamiento de la vida sexual.
Educación y cultura	– Programas educativos: * Grupales. * Otros.

Generalmente la realización aparece referida a la posibilidad de cultivar la identidad, las aptitudes y las potencialidades y todas ellas darían como resultado, según se escribe, una mejor calidad de vida.

Lo más opuesto a la realización (si se quiere, la mayor desrealización) es el ingreso contra la voluntad de la persona en una Residencia. Se indica en Treserra *et al.* (1993), la necesidad de que exista la previa y libre manifestación de la voluntad de ingreso, y que para más garantía se esté a lo previsto en el Código Civil, artículo 200, con la comprobación médica de la capacidad de la persona para prestar su voluntad.

Fuentes: Aizpurúa, *et al.* (1995); Aveni, M. A. (1989); Bazo, M. T. (1991a); Benatar, R., *et al.* (1993); Butler, R. J., y Wilson, D. (1990); Cooper, D. (1972); Delia, C. (1990); Felstein, L. (1993); Fernández, R., *et al.* (1991); Flandrin, J. L. (1984); Fontanals, M. D., y Suñol, R. (1999); Fundación Caja Madrid (1995); Fundación La Caixa (1993); Guillén, F., *et al.* (1998); Hulicka *et al.* (1975); Johsson, J., y Slater, R. (1993); Laforastrie, R., *et al.* (1992); Luque, O. (1994); Memin, Ch. (1984); Molinero, S. (1995); Ramos, M. (1994); Sáez, N., y Vega, J. L. (1989); Treserra, M. A., *et al.* (1993); Twigg, J., y Atkin, K. (1994); Zucker, M. (1989).

También se menciona la conveniencia de que se firme un contrato asistencial al menos con los centros privados.

d1) Identidad, aptitudes y potencialidades

Se comprende que el repertorio de actividades que pueden traerse a colación para llevar a cabo en Residencias de mayores, destinados a la realización personal, puede ser tan amplio como variados son los intereses y las actividades. Una sistemática que permite seguir añadiendo cualquier práctica que sirva a estos fines se encuentra en Molinero, S. (1995), y se reproduce seguidamente:

Frente a la pasividad, actividad	Desarrollo físico	<ul style="list-style-type: none"> - gimnasia, yoga, tai-chí. - expresión corporal. - paseos, marchas, campismo.
	Deportivas	<ul style="list-style-type: none"> - natación, pesca, bicicleta. - minigolf, tenis, pelota. - frontón, billar, ping-pong.
	Turísticas	<ul style="list-style-type: none"> - excursiones, giras, estancias. - intercambios, congresos. - balnearios, capeas, visitas.
Frente al anonimato, afiliación	Religiosas, filosóficas	<ul style="list-style-type: none"> - respeto y libertad para el ejercicio y las creencias. - valoración y formación en las diferencias culturales, étnicas, históricas.
Frente al aburrimiento, información	Formativo - culturales	<ul style="list-style-type: none"> - conferencias, tertulias. - cine, teatro, vídeo, lectura. - exposiciones, museos, ferias.
	Dinámica ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> - dibujo, pintura, cerámica. - grupo coral, rondalla. - macramé, cestería, grabado.
	Memoria colectiva	<ul style="list-style-type: none"> - historia viva. - tradiciones, reconstrucciones. - refranes, costumbres, cuentos.

Frente a la soledad, <i>convivencia</i>	Recreativas	<ul style="list-style-type: none"> – juegos de cartas, dominó. – ajedrez, damas, parchís. – coleccionismo.
	Al aire libre	<ul style="list-style-type: none"> – petanca, bolos, rana. – tanguilla, tute, caliche. – juegos de gymkama.
	Sociales y convivenciales	<ul style="list-style-type: none"> – baile, fiestas, disfraces. – comidas, merendolas, carnaval. – visitas a enfermos, impedidos.
Frente al aislamiento, <i>participación</i>	Participación ciudadana	<ul style="list-style-type: none"> – consejos de tercera edad. – campañas municipales, plenos. – centros culturales, cívicos.
	Voluntariado social	<ul style="list-style-type: none"> – servicio de ayuda a domicilio. – colectivos marginados. – desarrollo comunitario.
	Ayuda mutua (asociativas)	<ul style="list-style-type: none"> – tramitación de documentos. – información servicios y desc. – homenajes, ayudas, asesorías.

El análisis de otros textos sobre el mismo tema ha permitido añadir una categoría que parece pertinente, concretamente, "afiliación frente al anonimato".

En general, la realización personal requiere, además de infraestructuras y programas, unos códigos de conducta adecuados por parte de las personas que interactúan con el/la residente, sobre todo gestores y familiares.

Fernández, R., *et al.*, (1991), a partir de Pinkston y Linsk (1984), ofrecen un repertorio de indicadores que se asociarían a códigos de conducta inadecuados, desde el punto de vista de la realización de las personas a las que atienden. Entre tales factores destacan:

- obstáculos físicos;
- limitaciones impuestas por otros;
- limitaciones impuestas por el propio anciano;

- pocos incentivos o consecuencias gratificantes;
- poco o ninguna motivación, ni incitaciones para desarrollar la habilidad;
- recursos físicos escasos;
- escasa atención proporcionada a la persona cuando desarrolla la habilidad;
- ausencia de personas necesarias para motivar la manifestación de la habilidad.

d2) Libidinales: gozo, placer

“Libidinal” debe entenderse en este texto en su sentido más prístino, vinculado al erotismo en todas sus manifestaciones, incluidas las sensuales y sexuales. De esta forma, se pueden abarcar las variadas referencias al tema que existen en los textos consultados.

Para la exposición, se hacen dos apartados:

- Análisis de aquellos textos que se refieren a la promoción del gozo mediante actividades socio-recreativas.
- Referencias al papel y al tratamiento de la sexualidad en la vida de los/as residentes.

d2.1) Las actividades socio-recreativas

Se suele recurrir al concepto de “animación sociocultural” para referirse a las prácticas que persiguen una actividad placentera y unos vínculos gratos, Molineiro, S. (1995), hace las siguientes acotaciones:

“Tres palabras nos servirán para definir las características esenciales de la animación en la Residencia:

Desarrollo: *Crear condiciones adecuadas para que los sujetos resuelvan por sí mismos sus problemas comunes.*

Relación: *Fomentar el encuentro interpersonal y grupal. Instaurar la comunicación y el diálogo.*

Creatividad: Promover la iniciativa, impulsar la responsabilidad, tanto individual como colectiva.

Al mismo tiempo, otras dos palabras encuadran todas las acciones de animación sociocultural:

Participación: Individual y grupal en todos los entornos, el cercano en la propia Residencia y el más lejano en el barrio, pueblo o comunidad.

Convivencia: Cohesionando grupos a través de la aceptación, la comunicación y la distribución de roles en distintas tareas.

Y por último, la animación sociocultural, en tanto que conjunto de técnicas y métodos para mejorar la calidad de vida de los residentes, es un proceso que:

- Se da en el tiempo.
- Se da en un espacio concreto.”

La animación sociocultural puede trabajar, como bien se comprende, con un indefinido repertorio de intervenciones prácticas. Tal vez el mejor modo de evaluar sus resultados sea directamente, a partir de las opiniones de los/as destinatarios/as. No obstante, existen algunas propuestas que relacionan la eficacia de la animación sociocultural con la participación en las actividades (por ejemplo, en el SERA). Se reproduce un cuestionario en documentos V.3.d2.1).

d2.2) Papel y tratamiento de la vida sexual

Planteamiento

Se ha mostrado que la soledad constituye el componente más importante de la infelicidad y de la desrealización entre los/as mayores. Se vincula como efecto, y al tiempo como signo de esa soledad, la pérdida de la pareja. Según Lopata (en Benatar, R., *et al.* 1993), existen diez componentes de la soledad en las viudas observadas:

1. Pérdida del sentimiento de ser un objeto amor.
2. Pérdida de un ser al que cuidar.
3. Ausencia de un ser con quien compartir.
4. Privación de una presencia.
5. Privación de una ayuda en la realización de las tareas cotidianas.
6. Nostalgia de las actividades familiares.
7. Impresión de pérdida de rango.
8. Alteración de las relaciones sociales.
9. Incapacidad para trabar nuevas amistades.
10. Diversas combinaciones de los nueve factores precedentes.

En los mayores, la posibilidad de anudar relaciones sexuales en el marco de la Residencia tiene, según Memin, Ch. (1984), el siguiente significado:

“Es un contacto, que privilegia el *ser* en el anonimato del grupo.”

Por eso, la autora propone políticas decididas que promuevan la manifestación de las diferencias sexuales:

- Siempre que sea posible, organizar grupos mixtos, porque son muchos más dinámicos.
- Tolerar que se formen parejas, sin llevarlas insidiosamente al que se casen.
- No escandalizarse demasiado pronto ante ciertas licencias eróticas, tachándolas de pervertidas, porque ciertas amistades sirven de refugio contra la soledad.
- Evaluar toda expresión sexual, como manifestación de la vida.

En verdad, la aparición de estas interacciones sexuales no es un acontecimiento extraño en las Residencias. Se reconoce en algunos documentos de carácter institucional el derecho a la libre manifestación de las preferencias sexuales y la obligación de respetar sus libertades sexuales (cf. Treserra, M. A., *et alt.*, 1993):

“Cal possibilitar la relació entre parelles de vells perquè disposin del suficient marge de llibertat i d'autonomia per a contreure matrimoni o per mantenir una vida afectiva i gratificant, d'acord amb les seves conviccions ètiques o religioses.”

También hay que considerar que un número creciente de matrimonios pueden trasladarse a centros residenciales, tal como ya sucede en otros países (por ejemplo, EE.UU.). En estos casos, y siguiendo la misma fuente:

“Cal possibilitar la continuïtat de la vida matrimonial dels vells amb tota garantia afectiva i de convivència sense cap mena de separació que limiti la relació afectiva i sexual.”

Pero aquí se trata de analizar cómo se manejan las manifestaciones afectivas y sexuales en las prácticas dentro de las Residencias.

El análisis de Benatar, R., *et alt.* (1993), afirma que hay cinco líneas aceptables de conducta para tratar de la vida sexual (se presentan en el documento V.3.d2.2):

Varían desde *la no intromisión* (la vida sexual pertenece a la vida privada) a *la promoción* (la vida sexual humaniza la Residencia y contribuye a una vida plena). Entre ambas posturas está la mera permisividad (siempre que hagan *sólo* “lo que se debe”), el atenerse a lo que digan los hijos (los viejos se comportan como menores en temas sexuales); *la reglamentación* (no son naturales las relaciones sexuales entre mayores).

A la vista de la indefinición, parece que una formación en sexualidad de las personas mayores y un reforzamiento del respeto a sus libres decisiones serían políticas convenientes. En esta línea, Fontanals, M. D., y Suñol, R. (1999), siguiendo a Ashbourne, P.L.C., proponen las siguientes recomendaciones:

- Conocimiento de las actitudes y necesidades sexuales.
- Detección e información de las necesidades sexuales.
- Respeto y facilitación de la privacidad, individualidad e intimidad.
- Información a la familia de los hábitos sexuales.

d3) Satisfacción y calidad de vida

El concepto de diseño ambiental ha articulado una parte importante de la teoría, la metodología y la investigación aplicada al estudio de las Residencias en España.

“Diseño ambiental e intervenciones ambientales constituyen el objetivo de mayor importancia del modelo y de cualquier intervención psicosocial en Residencias de Tercera Edad”. (O. Luque, 1994, p. 77.)

Una interesante concepción del ambiente es la siguiente:

“Diseñar ambientes más para una población que envejece que para una población envejecida” (Harootyan, 1993, en M. Aizpurúa, 1995).

Los indicadores que se mencionan en los textos son los siguientes:

- *Evaluación de ambiente emocional:* Escalas de Battie y Bullok (1964).
- *Evaluación de libertad de elección:* Inventario de importancia, lugar de control y extensión de actividades (Hulicka *et alt.*, 1975).
- *Evaluación de la deseabilidad:* Escala de lugar de control deseado (Reid *et alt.*, 1977)

Concepto de calidad de vida

El texto que sigue de Guillén, F., *et alt.* (1998), contiene lo esencial para una presentación del tema, desde una perspectiva de análisis claramente vinculada a la “economía de la existencia”:

“La calidad de vida de un individuo podría ser concebida como la relación global que él establece entre los estímulos positivos (favorables, agradables, etc.) y los estímulos negativos (adversos, desagradables, etc., en el curso de su vida social, en sus interrelaciones con las otras personas de la colectividad y con el ambiente total en el que vive, es decir, en el ejercicio de los valores sociales (San Martín y Pastor, 1990).

Algunos de los indicadores asociados al fenómeno de la calidad de vida son:

- a) Sensación de bienestar general: ansiedad, depresión, enfermedad, vitalidad, autocontrol, interés;*
- b) Síntomas físicos: molestias diversas, disfunciones, sueño;*
- c) Función sexual;*
- d) Síntomas psíquicos y psicosociales: estado emocional, depresión, ansiedad, etcétera.*
- e) Función cognoscitiva;*
- f) Participación social;*
- g) Satisfacción general, etc.”*

Según Guillén, F. (1998), las prácticas encaminadas a satisfacer las necesidades para una mejor calidad de vida tendrían que considerar los siguientes aspectos mínimos a evaluar:

- ¿Cuenta con un estudio de cada residente y sus capacidades? ¿Cumplimentando ficha e informe social de cada uno?
- ¿Conoce los gustos y aficiones de los residentes?
- ¿Los programas elaborados responden plenamente a los objetivos y metas propuestos?
- ¿Han promocionado las actividades en función de los gustos y aficiones?
- ¿El personal está concienciado de su incidencia en la participación de los residentes? ¿Se están aplicando métodos específicos de orientación al personal y familia)?

e) Muerte y enfermedad terminal

La muerte tiene distintos ritmos de aparición y por lo tanto diferente visibilidad, en las Residencias y en los hogares. Cambian igualmente los oficiantes y los rituales, si acaso la persona enferma no ha sido trasladada a otro lugar.

El tratamiento de la muerte en los textos analizados, en lo que a las Residencias se refiere, aparece relacionado con dos temas:

En Yuste, A. (1995); Fontanals, M. D., y Suñol, R. (1999).

- La limitación del dolor y las atenciones paliativas.
- Rituales, entierro, asistencia a deudos y familiares.

e1) La limitación del dolor y la atención paliativa

Las situaciones que conllevan una expectativa de vida con atención paliativa son, según Yuste, A. (1995):

- Enfermedad neoplásica.
- Enfermedad crónica evolucionada:
 - Cardiovascular, fallo cardíaco refractario, valvulopatías...
 - Pulmonar, EPOC, fibrosis...
 - Neurológica, demencia, enfermedades degenerativas...
- Accidente cerebrovascular agudo progresivo.
- Infecciones graves y/o refractarias al tratamiento; SIDA.

Los debates en torno a la eutanasia y la disminución del dolor tienen pertinencia en este contexto. Se recogen explícitamente algunas indicaciones en el informe elaborado por Treserra, M. A., y Altarriba, F. X. (1993), para el Pla integral de la gent gran del Departament de Benestar Social Catalunya:

“Així mateix, podrà rebutjar un tractament quan cregui que una determinada terapèutica o intervenció pot reduir la qualitat de vida en un grau incompatible amb la seva pròpia concepció de la dignitat personal.

El metge ha d'esforçar-se sempre per calmar el patiment delp vell malalt, en la mesura en què aquest ho necessiti.”

Según Yuste, o. c.:

“La atención en las últimas 24-48 horas consiste en permitir morir, para lo que nos debemos guiar por el principio de proporcionalidad (evitar aquello que tenga más perjuicio que beneficio) y por el principio de equivalencia (evitar aquello cuyos resultados de aplicación son los mismos a los de no aplicación) (Antonio Pascual, Valencia). Los síntomas en orden de frecuencia en estas horas son la respiración ruidosa, la disfunción urinaria, el dolor, el delirium, la disnea y los vómitos.

Otro aspecto que influye en la atención específica es la información. Muchos expertos coinciden en afirmar que no se trata de informar sino de comunicarse con el paciente y su familia. Lo que podría denominarse la teoría de la comunicación (Xavier Gómez - Batiste, Barcelona), que entonaría con la teoría de la verdad soportable (Manuel González Barón, Madrid, que parte de los cuatro principios de beneficencia no maleficencia, justicia y autonomía. Teoría que se fundamenta en la veracidad (verdad no necesariamente absoluta, gradual y progresiva, sin falsas expectativas, esperanzadora y en la capacidad de soportar (el enfermo da la clave de cuándo y cuánto se precisa de tiempo para conocer al paciente, el enfermo tiene derecho a la información y a la ignorancia, y el profesional interpreta la soportabilidad) y su abordaje se resume en anticiparse a los problemas. Deberían tenerse en cuenta los llamados testamentos vitales, si los hubiera.”

e2) Rituales, entierro, asistencia jurídica y administrativa

Tema

PROCESO DE MUERTE Y DE DUELO

Se detallan los siguientes aspectos en Fontanals, M. D., y Suñol, R. (1999):

- Conocimiento del proceso de muerte y de duelo.
- Decisión de tipo de ayuda al residente.
- Soporte y ayuda en los cuidados al residente.
- Decisión de tipo de ayuda a la familia.
- Asistencia en la preparación del cuerpo.
- Trámites burocráticos a seguir en caso de muerte.

VI. RELACIÓN DE FUENTES SECUNDARIAS

BIBLIOGRAFÍA PROCEDENTE DE FUENTES SECUNDARIAS

- ABELLÁN, J. L., *et alt.* (1996): "Envejecer en España: manual estadístico sobre el envejecimiento de la población", en *Las actividades económicas de las personas mayores*, Seniors Españoles para la Cooperación técnica.
- ABRAMS, W.; BERKOW, R. (1990): *The Merck manual of Geriatrics*. NJ, MSD.
- ADAMS, R. G.; BLIESZNER, R. (1989): *Older Adult Friendship. Structure and process*, Sage Publications, Newbury Park.
- AIZPURÚJA, M.^ª A. (1995): "El ambiente en las Residencias", en Rodríguez, P., *Residencias para personas mayores*.
- ALBERDI, I. (dir.) (1995): *Informe sobre la situación de la familia en España*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.
- ALONSO, J., *et alt.* (1990): "La salud de los ancianos en Barcelona", en *Epidemiología del envejecimiento en España*, (pp. 225-233). Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias.
- ALONSO, L. M., *et alt.* (1995): *Foro andaluz de los mayores: ponencias y conferencias*. Gerencia provincial del instituto Andaluz de Servicios Sociales. Tipografía Católica, S.C.A. Córdoba.
- ALLAN, G. (1990): *Family life*. Blackwell. Oxford.
- ALLENDE, J. (1992): "La Tercera Edad ante la sociedad post-industrial. Aspectos socioeconómicos", en Reig, A., y Ribera, D. (comp.), *Perspectivas en Gerontología y salud*. Promolibro. Valencia.
- ANDERSON, F. (1979): *Mejorar la calidad de vida de los ancianos. IX Congreso Internacional*. Madrid.

- ANTONUCCIO, O. N. (1992): *La salud mental en la Tercera Edad*. Editorial Arkadia. Buenos Aires.
- ARAGO, J. M. (1980): "El proceso de envejecimiento: aspectos psicológicos". En *Estudios de Psicología*, nº 2, 148-69.
- (1985): "Aspectos psicosociales en la senectud". En *Psicología evolutiva*. CARRETERO et al. Vol. 3. Alianza, Madrid.
- ARANGUREN, J. L. (1992): *La vejez como autorrealización personal y social*. Ensayo sobre la situación de las personas mayores en la sociedad actual y sus posibilidades de acción. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.
- ARBELO, A.; HERNÁNDEZ, G. (1989): *Demografía sanitaria de la ancianidad*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD (s.d.): *Guía de Residencias privadas de ancianos de la Comunidad de Madrid*.
- ATCHLEY, R.; SELTZER, M. (eds.) (1976): *The sociology of Aging: Selected Readings*. Belmont, CA: Wadsworth.
- ATTIAS-DONFUT, C. (1987): "Consecuencias sociales del envejecimiento. El envejecimiento, una oportunidad para las sociedades del futuro". En *La ancianidad en el año 2000. Una visión prospectiva*. 4. *Gerontología y sociedad*.
- (1988): *Sociologie des générations*. Presses Universitaires de France. París.
- AUDIRAC P. A. (1985): "Les personnes âgées de la vie de famille a l'isolement". *Economie et statistique* (1975).
- AVENI, M.^a A. (1989): "Realidad actual de las relaciones afectivas y sexuales entre los ancianos y perspectivas de futuro". En *Afectividad y sexualidad en la ancianidad*. Fundación Caixa de Pensions. Barcelona.
- AYALA, L.; MARTÍNEZ, R.; RUIZ-HUERTA, J. (1995): "La renta de las personas mayores", en SECOT, *Las actividades económicas de las personas mayores*, pp. 201-232. Madrid.
- BADOU, G. (1989): *Les nouveaux vieux*. Le Pré aux Clercs. Belfond.
- BANDERA, J. (1993): "Interacción y elaboración de la identidad en la Tercera Edad. En Sánchez Vera, P. (ed), *Sociedad y población anciana*.

- (1994): "La vejez: consideraciones críticas en torno a su realidad social". En *Estudios Filosóficos*, nº 122.
- BAUDOT, J., *et alt.* (1970): *Mode de vié, mobilité, loisirs, troisième âge*. Colin. París.
- BAREL, Y. (1971): *Prospéctive et Analyse de Systèmes*. La Documentation Française. París.
- BARENYS, M. P. (1991): *Residencias de ancianos: análisis sociológico*. Fundación Caixa de Pensions. Barcelona.
- (1996): *Los ancianos como actores sociales*. REIS, nº 73. Madrid.
- BAURA, J. C., *et alt.* (1995a): *Las personas mayores dependientes y el apoyo informal*. Universidad Internacional de Andalucía "Antonio Machado". Jaén.
- (1995b): *Guía-directorio de Centros para personas mayores*. En *Seniors Españoles para la Cooperación Técnica*.
- BAZO, M.ª T. (1990a): "La sociedad anciana". CIS y Siglo XXI. Madrid.
- (1990b): "Institucionalización de personas ancianas: Un reto sociológico", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 53, 149-164.
- (1991): "La familia como elemento fundamental en la salud y el bienestar de las personas ancianas", en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, nº 1, págs. 47-52.
- (1992): "La ancianidad del futuro". SG. Barcelona.
- (1993): *Ancianidad a través de los/as jóvenes*. 40: 57-73. Papers.
- (1995): "La participación en las Residencias", en Rodríguez, P., *Residencias para personas mayores: Manual de orientación*.
- (1996): "Aportaciones de las personas mayores a la sociedad: análisis sociológico". En *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73: 43-56. CIS. Madrid.
- (1999): "Políticas sociosanitarias y el debate entre lo público y lo privado", en Bazo, M.ª T. (coord.) *Envejecimiento y sociedad, una perspectiva internacional*.
- BAZO, M.ª T. (Coord.) (1996): *Sociología de la vejez*. REIS, Monográfico nº 73. Enero-marzo. CIS. Madrid.

- (Coord.) (1999): *Envejecimiento y sociedad, una perspectiva internacional*. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- BAZO, M.^ª T.; DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C. (1995): *Cuidado informal en las personas ancianas: Familia, redes y soporte social*. Fundación Caja Madrid.
- (1996): "Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales", en Bazo, M.^ª T. (coord.), *Sociología de la vejez*.
- BAZO, M.^ª T.; MAIZTEGUI, C. (1999): "Sociología de la vejez". En Bazo, M. T. (coord.), *Envejecimiento y sociedad. Una perspectiva internacional*.
- BAZTÁN, J. J., et al. (1993): "Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular". En *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 28: 32-40.
- BEATTIE, W. M.; BULLOK, J. (1964): "Evaluating services and personnel in facilities for the aged". En: Leeds, M. y Shore, H. (Eds.), *Geriatric institutional management*.
- BEAUVOIR, S. (1970): *La vieillesse*. Editions Gallimard. París.
- BELTRÁN, M. (1985): "Cinco vías de acceso a la realidad social". En *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 29. CIS. Madrid.
- BENATAR, R.; FRÍAS, R.; KAUFMANN, A. E. (1993): *Gestión de las Residencias de la Tercera Edad*. Ediciones Deusto. Bilbao.
- BENNETT, R.; NAHEMOW, L. (1975): "Institutional totality and criteria of Social adjustment in Residences for the Aged". En *Journal of Social Issues*.
- BERMEJO, F. (1993): *Nivel de salud y deterioro cognitivo en los ancianos*. SG Editores. Fundación Caja Madrid. Barcelona.
- BERTALANFFY, L. V. (1969): *General System Theory. Foundations development, applications*. Braziller. N. Y.
- BERZOSA, G. (1993): *Formación para agentes que intervienen voluntarios para apoyo, miembros de grupo de ayuda mutua*. Jornadas para familiares cuidadores de ancianos dependientes. IMSERSO. Madrid.
- (1995): "La animación sociocultural". En Rodríguez, P., et al., *Residencias para personas mayores*.
- BEST LINE: *Estudio de las previsiones demográficas para la población de la Ter-*

cera Edad y de evolución de la red de Residencias: evaluación de la red de Residencias, tablas de resultados.

- BIRREN, J. E.; BENGTON, V. L. (eds.) (1988): *Emergent theories of aging*. Springer Publishing Company. Nueva York.
- BLANCHARD, F., *et alt.* (1992): *Conducir el cambio estructural. El papel de las mujeres*. Informe de la O.C.D.E, Instituto de la Mujer, Madrid.
- BOOTH, T., *et alt.* (1983): "Patterns of mortality in the homes for the elderly". En *Age and aging*.
- BOURDIEU, P. (1993): "Les contradictions d l'héritage". En Bourdieu, P. (ed.), *La misère du monde*.
- BOURDIEU P. (edit.) (1993): *La misère du monde*. Seuil. París.
- BOURDIEU,P.; PASSERON, J. C. (1974): *La reproducción*. Minuit. París.
- BOWLING, A. (1994): *La medida de la salud*. Masson, S.A. Barcelona.
- BRAVO, G. (1994): "Valoración funcional". En Guillén, F.; Pérez del Molino, J., *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*, pp. 64-78. Masson. Barcelona.
- BUTLER, R. J.; WILSON, D. C. (1990): *Managing voluntary and no – profit organizations*. Routledge, Londres.
- CABRÉ, A. (1993): "Algunas consideraciones sobre el envejecimiento demográfico en España y su evolución futura", en Sánchez Vera (ed.), *Sociedad y población anciana*, Murcia.
- CABRÉ, A.; PÉREZ, J. (1995): "Envejecimiento demográfico en España". En *Las actividades económicas de las personas mayores*. Seniors Españoles para la Cooperación Técnica.
- CAMPOS, B. (1996): *La construcción de una política social de vejez en España*. REIS, nº 73.
- CAMPOS, J. R. (1995): "Necesidades ambientales de las personas con demencia". En Rodríguez, P., *et alt.*, *Residencias para personas mayores*.
- CÁRCELES, G. (1996): "La polémica sobre las prestaciones sociales de vejez: demografía y economía política versus sociología de la ancianidad". En Bazo, M.ª T. (coord.), *Monográfico sobre sociología de la vejez*.

- (1994): "Tendencias sociodemográficas de la familia en España en el contexto europeo". En *Rev. Trabajo Social Hoy*, núm. 4.
- CÁRCELES, G.; MONREAL, J. (1995): "Cambio social en España y políticas para los mayores en el contexto europeo". En *Las actividades económicas de las personas mayores*, SECOT. Madrid.
- CARRETERO, M., *et alt.* (1985): *Psicología evolutiva*. Alianza Madrid.
- CARRILLO, E., y MENÉNDEZ, M. (1995): *Nuestros mayores. Cartera de Servicios en las Residencias de Ancianos*. Fundación Caja Madrid.
- CARSTENSER, L. L.; EDELTEIN, B. A. (1989): *El envejecimiento y sus trastornos*. Ed. Martínez Roca. Barcelona.
- (1990): *Gerontología Clínica. Intervención psicológica*, Ed. Martínez Roca. Barcelona.
- CASALS, J. (1982): *Sociología de la vejez*. Mezquita.
- CASSINELLO, A. M. (1995): "El diseño arquitectónico integral", en Rodríguez, P.: *Residencias para personas mayores: Manual de orientación*.
- CASTELLS, M.; ORTIZ, L. P. (1992): *Análisis de las políticas de vejez en España en el contexto europeo*. Instituto Nacional de Asuntos Sociales. Madrid.
- CCE (1993): *Les attitudes face au vieillissement. Principaux résultats d'une enquête de l'Eurobaromètre*. Commission des Communautés Européennes. Luxemburgo.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLÓGICAS: *vide* CIS.
- CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LA REALIDAD SOCIAL: *vide* "cires".
- CENTRO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS: *vide* CSIC.
- CICOUREL, M. (1989): *La génération inoxidable*. Grasset. París.
- CIRES (1990a, 1997): *La realidad social en España*. Coedición BBK, BBV y Caja Madrid. Madrid.
- (1992, 1995): *Encuestas de la Tercera Edad*. Madrid.
- (1994, 1997): *Banco de datos*. Coedición BBK, BBV y Caja Madrid. Madrid.

- CIS (1982): Estudio 1.304. *Ancianos*.
- (1989): Estudio 1.792. *Tercera Edad*.
 - (1990): "Permanencia y cambio en la familia española". En *Estudios y Encuestas*, núm. 18, enero. Madrid.
 - (1994): Estudio 2.117. *Ayuda informal a las personas mayores*.
 - (1997): Estudio 2.244. *Cuidado de los mayores*.
 - (1998): Estudio 2.291. Datos de Opinión nº 18. *Acerca de las personas mayores*.
- CLEMENT, S., *et al.* (1992): "Papel de la familia en la atención domiciliaria de los ancianos con incapacidad", en *Revista de Gerontología*, núm. 2.
- COHEN, E.; FRANCO, R. (1988): *Evaluación de proyectos sociales*. Grupo Editor Latinoamericano. Buenos Aires.
- COLECTIVO IOÉ; PEREDA, C., *et al.* (1995): *Cuidados en la vejez: el apoyo informal*. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid.
- COLEMAN, P.; BOND, J. (1990): "Aging in the twentieth century". En Bond, J.; Coleman, P., *Aging in society. An introduction to Social Gerontology*. Sage. Londres.
- COLVEZ, A.; ROBINE, J. M. (1984): "Espérance de vie sans incapacité à 65 ans". En *Les âges de la vie. VII Colloque de Démographie*: PUF. París.
- COLLADO, A. (1993): "Consecuencias del envejecimiento de la población", en Sánchez, P. (ed.), *Sociedad y Población Anciana*, pp. 161-177.
- COMISIÓN EUROPEA (1994): *Estudio prospectivo de las regiones Atlánticas*. Luxemburgo.
- (1995a): *Estudio prospectivo de las regiones del Mediterráneo Oeste*. Luxemburgo.
 - (1995b): *Europa 2000: Cooperación para la ordenación del territorio europeo*. Luxemburgo.
 - (1996): *Evolución prospectiva de las regiones interiores y de los espacios rurales de baja densidad de población en la Comunidad*. Luxemburgo.
- COMTE, A. (1912): *Système de politique positive*. Grés et Cñie. París.

- COMUNIDADES EUROPEAS (1993): *Estadísticas demográficas*. Luxemburgo.
- (1996): *Anuario*. Luxemburgo.
- (1997): EUROSTAT: *Regiones. Anuarios estadísticos, 1995*. Luxemburgo.
- (1997): *Anuario 96. Visión estadística sobre Europa 1985-1995*. Luxemburgo.
- CONDE, I. (1993): "Suport a assistents de familiars: una tasca de futur immediat". En *Text i Context*, núm. 8. Barcelona.
- CONFORT, A., (1978): *Una buena edad: la Tercera Edad*. Editorial Debate. Madrid.
- CONSEIL DE L'EUROPE, COMITÉ DIRECTEUR SUR LA POLITIQUE SOCIALE (1993): *Problèmes sociaux spécifiques associés aux changements récents des structurés familiales*, Strasbourg.
- CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL (1993): "Les activités d'utilité sociale des retraités et des personnes âgées". En *Gerontologie*, 88.
- COOPER, D. (1972): *Mort de la famille*. Du Seuil. París.
- CORTE INGLÉS, División Comercial (s.d.): "Soluciones especializadas para centros gerontológicos". Madrid.
- CORRALIZA, J. A. (1987): *La experiencia del ambiente. Percepción y significado del medio construido*. Tecnos. Madrid.
- COULTON, C. (1979): *Developing and instrument to measure person enviroment fit Journal and social service research 3*, 159-173.
- COX, H. (1984): *Later Life: The realities of aging*. Prentice-Hall. New Jersey.
- CRUZ, P.; COBO, R. (1990): "Situación social de los viejos en España". En CIS, *Estudios y Encuestas*, 21. Madrid.
- CSIC, INSTITUTO DE DEMOGRAFÍA (1994): *Proyecciones de la población española*, Madrid.
- CTN, COMITÉ TÉCNICO DE NORMALIZACIÓN Nº 58. (1999): *Espacios e instalaciones de una Residencia*, documentos nºs 1 y 2. Mimeo.
- CUADERNOS DE ACCIÓN SOCIAL (1988): *Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento*, nº 14.

- CUENCA, M. (1995): "El tiempo libre y ocio en las personas mayores", en *Las actividades económicas de las personas mayores*. Seniors Españoles para la Cooperación Técnica.
- CUMMING, E.; HENRY, W. H. (1961): *Growing old. The process of disengagement*. Basic Books. Nueva York.
- CYNTIA, G., et al.: "Estrategias para evitar conflictos en las Residencias". En *Modern Geriatrics*. Ed. Española, volumen 4, nº 6.
- DBS.: véase Diputación Foral de Alava.
- DE MIGUEL, A. (1987): "Los viejos en la sociedad actual". En *Sociedad y Sociología*. Ed. Salvat, Barcelona.
- (1992): *La sociedad española 1992-93*. Alianza Editorial. Madrid.
- DE MIGUEL, J. M. (1994): "Salud y Sanidad". En Fundación FOESSA (ed.) *Informe sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000*: FOESSA. Madrid.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (1990): *Residencias públicas y privadas de la Tercera Edad: informes, estudios y documentos*.
- DELIA, C. (1990): *Trabajo social y vejez. Teoría e intervención*. Rumantás. Buenos Aires.
- DENHAM, M. (s.d.): *Care of the Long Stay Elderly Patient*. Chapman and Hall. London.
- DENNIS, LC., et al. (1977.): *Quality evaluation System. An approach for patient assessment*. Journal of Long Care TERM administration 5,28-51.
- DÍAZ, J. J., et al. (1997): *Condiciones de vida de las personas mayores*. Unae. Madrid.
- DÍAZ-VEIGA, P. (1987): "Evaluación del apoyo social". En Fernández, R. (ed.): *El ambiente. Análisis psicológico*, De. Pirámide. Madrid.
- DÍEZ NICOLÁS, J. (1996): *Los mayores en la Comunidad de Madrid. Estudio sobre las necesidades y recursos para la Tercera Edad*. Fundación Caja Madrid. Barcelona.
- DI MAGGIO, P.; POWELL, W. (1991): *The new institutionalism in organizational analysis*. The University of Chicago Press. London.

- DIPUTACIÓN FORAL DE ALAVA, DPTO. DE BIENESTAR SOCIAL (1996): *Manual de buena práctica para Residencias de las personas ancianas*.
- DUKE UNIVERSITY CENTER FOR THE STUDY OF AGING AND HUMAN DEVELOPMENT (1978): *Multidimensional Funtional Assessment: The OARS methodology. A Manual* (2ª ed.). Durham, NC.
- DURÁN, M. A. (1988): *De puertas adentro*. Instituto de la Mujer, Madrid.
- DURÁN, M.; TORRADO, V. (1993): "Intervención psicológica en pacientes geriátricos". En Simón, M. A. (ed.). *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y de intervención*.
- DURANTE, P. (1995): "La atención en terapia ocupacional". En Rodríguez, P., *Residencias para personas mayores*.
- DURKHEIM, E. (1970). *Le dualisme de la nature humaine, et ses conditions sociales*. Presses Universitaires. París.
- EISDOFER, C.; LAWTON, M. P. (edit.) (1973). *Psychology of adult development and aging*. Am. Psych. Wass. D. F.
- EQUIPO ANALISTA: DÍAZ, C. (Coord.): *65 años cumplidos: los ancianos en la Comunidad de Madrid*. Dpto. de Estadística. Consejería de Economía. Madrid.
- EUROPE SOCIALE (1993): *Année Européenne des personnes âgées et de la solidarité entre les générations*. Commission des Communautés Européennes. Direction Générale de l'Emploi, des Relations Industrielles et des Affaires Sociales.
- EUROSTAT: *vide* Comunidades Europeas.
- EVERITT, D. E.; AVORN, J. (1986): *Drug prescribing for the elderly*. Arch. Intern. Med., 146.
- EYRES, M.: "El comportamiento de las personas mayores en el mercado inmobiliario". En *Las actividades económicas de las personas mayores*. SECOT.
- FALK, N.; LEE, J. (1983): *La planificació en serveis socials*. Generalitat de Catalunya. Barcelona.
- FANCHAMPAS, A. (1991): *Deterioro mental relacionado con la edad*. Sandoz, Barcelona.

- FELSTEIN, I. (1973): *Sex in later life*. Penguin Books. Baltimore.
- FERICGLA, J. M. (1992): *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Anthropos. Barcelona.
- FERNÁNDEZ, R. (1992): *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. SG Editores y Fundación Caja Madrid. Barcelona.
- FERNÁNDEZ, R., et al. (1984): "Indicadores de salud en ancianos institucionalizados". *Revista Española de Gerontología y Geriatría*, nº 21.
- (1986): *El ambiente. Análisis psicológico*. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid.
- (1992): *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Martínez Roca. Barcelona.
- (1995): *Sistema de evaluación de Residencias de ancianos SERA*. Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- FERNÁNDEZ, J. A. (1992): *Informe español en el Observatorio europeo de Tercera Edad*. Bruselas.
- FESTINGER, L. et al. (1964): *Conflict Decision and Dissonance*. Univ. Press. Stanford.
- FICH, J. (1989): *Family obligations and social change*. Polity Press. Cambridge.
- FILLENBAUM, G. G. (1985): *The wellbeing of the elderly: Approaches to multidimensional Assessment*. World Health Organization. Ginebra.
- (1986): *Troisième âge et bien-être. Approches d'une évaluation multidimensionnelle*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- (1988): *Multidimensional functional assessment of older adults*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- FINCH, J.; GROVES, D. (Ed.) (1983): *A labour of love: Women, Work and Caring*, Routledge, London.
- FLANDRIN, J. L. (1984): *Families*. Seuil, París.
- FLAQUER, I.; SOLER, J. (1990): *Permanencia y cambio en la familia española*, Estudios y Encuestas núm. 18. CIS. Madrid.
- FLÓREZ-TASCÓN, J. A., et al. (1992): "Valor terapéutico del apoyo social en el anciano". En *Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, vol. 8, 7.

- FOLSTEIN, M. F., *et alt.* (1975): *Minimal state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. *J. Psychiat Res*; 12: 189-198.
- FONTANALS, M. D. (dir.) (1999): *Manual de Capacitación para gerocultores*. Adaptado del manual de Ashbourne, PLC. SAR. Mimeo. Barcelona.
- FOUCAULT, M. (1964): *Historie de la folie a l'âge classique*. Edic. Plon. París.
- FRIEDAN, B. (1994): *La fuente de la edad*. Editorial Planeta. Barcelona.
- FROMM, E., *et alt.* (1972): *La familia*. Península. Barcelona.
- FUNDACIÓN CABALLERO, J. C. (1987): *Demencia senil: un reto asistencial, sanitario y social*, SANDOZ.
- FUNDACIÓN CAJA MADRID (ed.) (1995): *Jornadas por una vejez activa*. Madrid.
- GARCÍA, B. (1993): *Envejecer en el mundo rural*. En *Las actividades económicas de las personas mayores*. SECOT.
- (1994): "El envejecimiento. Mitos, realidades y contrastes". En *Temas de Gerontología*. Universidad de Granada.
- GARCÍA, I. (1995): "Atención de enfermería". En Rodríguez, P., *et alt.* *Residencias para personas mayores: manual de orientación*.
- GARCÍA, E. (1992): "Movilidad, mortalidad y medicamentos en una Residencia de ancianos". En *Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, vol. 8, 2 58-62.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (1993): *Pla integral de la gen gran*. Edit. Capítols. Barcelona.
- GEORGE, L. K.; FILLENBAUM, G. G. (1985): "OARS Methodology. A decade of experience in geriatric assessment". *J. Am. Geriatr. Soc.*, 33: 607-615.
- GERONTOLOGÍA Y SOCIEDAD (1987): *La ancianidad en el año 2000, una visión prospectiva*. Fundación la Caixa. Barcelona.
- GIL, L. A. (1995): "Criterios básicos para el análisis del coste de la estancia en centros residenciales de mayores". En Rodríguez, P., *et alt.*: *Residencias para personas mayores: manual de orientación*.
- GINN, J.; ARBER, S. (1993): "Aging and cultural stereotypes of older women". En Johson, J.; Slater, R. (eds.), *Aging and later life*. Sage. Londres.

- GOBIERNO VASCO (1993): *Plan gerontológico*. Mimeo. Vitoria-Gasteiz.
- GOFFMAN, E. (1961): *Asylums*. Anchor Books. New York.
- (1970): *Ritual de la interacción*. Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires.
- (1972): *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu. Buenos Aires.
- GONZÁLEZ, B. (1995): "La evolución multidimensional de las necesidades de los ancianos", en *Las actividades económicas de las personas mayores*. Seniors Españoles para la Cooperación Técnica.
- GUILLEMARD, A. M. (1990): *Análisis de las políticas de vejez en Europa*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid.
- (1993): "Perspectivas europeas sobre las políticas de la vejez". En Moreno, L. (comp.), *Intercambio social y desarrollo del bienestar*. CSIC. Madrid.
- (1994): "Age, emploi et retraites: quelles perspectives?". En *Gerontologie et Société*, nº 70.
- GUILLÉN, F., et al. (1998): *Atención a personas mayores que viven en Residencias*. IMSERSO. Madrid.
- GUILLÉN, F.; PÉREZ DEL MOLINO, J. (eds.) (1994): *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*, pp. 91-102. Masson. Barcelona.
- GUILLÉN, M. (1990): *Estructura social y salud*. CIS, Estudios nº 22. Madrid.
- HARRIS, D. K. (1985): *The Sociology of Aging: An Annotated Bibliography and Sourcebook*. Garland Publishing. New York.
- (1990): *Sociology of aging*. Harper & Row Publishers. Nueva York.
- HAWLEY, A. H. (1966): *La estructura de los sistemas sociales*. Tecnos. Madrid.
- HERNÁNDEZ, G. (1981): "Jubilación, aislamiento y suicidio en la Tercera Edad". En Libro de Actas del VIII Congreso Internacional de Universidades de Tercera Edad: *El envejecimiento de la sociedad, su humanización y el compromiso con la Tercera Edad*, Association Internationale des Universités du Troisième Age y Ministerio de Cultura de España. Madrid.
- (1983): *Alternativas a las políticas de la Tercera Edad*. Diputación de Madrid. Madrid.

- (1996): *El suicidio en la ancianidad en España*. REIS, nº 73.
- HERNÁNDEZ, S. M. (s. d.): *Evaluación de personas mayores en ámbitos residenciales*. Mimeo.
- HERZLICH, C. (1969): *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Mouton. París.
- HEUMANN, L.; BOLDY, D. (1982): *Housing for the elderly*. Crown Heelm. Londres.
- HORL, J.; ROSENMAYR, L.: "La Famille en Mutation", en *Gérontologie et Société*, núm. 48.
- HOROWITZ, A.; DOBROF, R. (1982): *The Role of Families in Providing Long-term Care to the Frail and Chronically ill Elderly Living in the Community*, USDHHS, núm. 18.
- HULICKA, I. M., et al. (1975): *Perceived latitude of choice of institutionalized and noninstitutionalized elderly women*. Experimental aging research 1, 27, 39.
- INE: vide Instituto Nacional de Estadística.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1987): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías*.
- INFORME GAUR (1975): *La situación del anciano en España*. Confederación Española de Cajas de Ahorro. Madrid.
- IMSERO. INSTITUTO DE MIGRACIONES Y SERVICIOS SOCIALES (1985): *Informe sobre la población anciana en España*. Documentos Técnicos, nºs 38/85. Madrid.
- (1989): *La Tercera Edad en Europa. Necesidades y demandas*. Madrid.
- (1990a): *Estudio sobre la ayuda a domicilio en España*. Madrid.
- (1990b): *La Tercera Edad en España. Necesidades y demandas*. Madrid.
- (1990c): *Estudio comparado del gasto en servicios sociales en los países de la CEE*. Madrid.
- (1990d): *La Tercera Edad en España. Aspectos cuantitativos*.
- (1992): *Plan gerontológico*. Madrid.

- (1995a): *Guía-Directorio de centros para personas mayores*. Madrid.
- (1995b): *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Madrid.
- (1995): *Sistema de evaluación de Residencias de ancianos de Madrid*. (SERA). Véase Fernández, R., et al.
- (1996): *Cuidados en la vejez: el apoyo informal*.
- (1999): *III Plan de Formación Superior y Servicios Sociales*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Con la FUNDACIÓN GARBÍ (1995): *Utilización de instrumentos de evaluación gerontológica*. Madrid.

INSS: Véase Instituto Nacional de Servicios Sociales.

INSS y CN de RP: *vide* Instituto Nacional de Servicios Sociales y Confederación Nacional de Residencias Privadas de la Tercer Edad.

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES (1990): *Proyección y contenido de un centro residencial para la Tercera Edad* (Documentos Técnicos). Ministerio de Asuntos Sociales.

- (1993): *Accesibilidad para personas con movilidad reducida* (Documentos Técnicos). Ministerio de Asuntos Sociales (2ª edición).

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES Y CONFEDERACIÓN NACIONAL DE RESIDENCIAS PRIVADAS DE LA TERCERA EDAD (1994): *Análisis psicosocial de la adaptación del anciano al centro residencial*.

INSTITUTO ANDALUZ DE SERVICIOS SOCIALES (1995): *Foro andaluz de los mayores*. Ponencia y conferencias. Tipografía Católica, S.A. Córdoba.

ISACH, M.; IZQUIERDO, G. (1993): "Valoración social en el anciano". En Salgado, A.; Alarcón, M. T. (eds.), *Valoración del paciente anciano*, pp.105-124. Masson. Barcelona.

IZAL, M. (1990): "Determinantes ambientales del clima social". En *Comunicaciones del III Congreso Nacional de Psicología social*, vol. 2, pp. 268-277. Santiago de Compostela.

- (1995): "Características ambientales de las Residencias. Evaluación ambiental". En Rodríguez, P., et al., *Residencias para personas mayores*.

- JAMIESON, A. (1994): *Informe de evaluación. Acciones comunitarias para las personas mayores de 1991 a 1993, incluido el Año Europeo de las Personas Mayores y de la Solidaridad entre las Generaciones*. Comunidad Europea. Luxemburgo.
- JAMIESON, A.; ILLSLEY, R. (ed.) (1995): *Comparación de políticas europeas de atención a las personas mayores*. S.G. Editores. Barcelona.
- JANILE BRIS, H. (1993): *Prise en charge familiale des dépendants âgés dans les pays des Communautés Européennes*. Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Dublin.
- JIMÉNEZ, F.; BARENYS, M. P. (1992) (coord.): "Envel·liment i Societat". En *Revista de Sociologia de la Universitat Autònoma de Barcelona*, nº 40.
- JOSSEY-BASS (1984): *Multithasic enviromental assessment procedure: preliminary manual social ecology*. Palo Alto. California.
- JOHNSON, J.; SLATER, R. (1993): *Ageing and Later Life*. Sage. Londres.
- JOURNAL OF AGING & SOCIAL POLICY (1993): *International perspective en State and Family Support for the Elderly*. Vol. 5, nºs 1-2. Monográfico. The Haworth Press. New York.
- JOUVENEL, H. (1989): "Le vieillissement demographique en Europe. Tendences et enjeux à l'horizon 2025". En *Futuribles*, nºs 129-130.
- JUAN, H., y PASTOR, V. (1990): *Epidemiología de la vejez*. Editorial Interamericana McGraw Hill.
- KAHANA, E. (1974): "Matching environments to the needs of the aged: a conceptual scheme". En *Late life: communities and environments policies*. Gulbrum (ed.). Springfield.
- (1982): "A congruence model of person-environment interaction". En Lawton et al., *Aging and environment: theoretical approaches*.
- KALISH, R. A. (1991): *La vejez. Perspectivas sobre desarrollo humano*. Pirámide. Madrid.
- KANE, R. A. y KANE, R. L. (1981): *Evaluación de las necesidades de los ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de medición*. SG Editores. Barcelona.

- KATZ, S. (1983): "Assesing self-maintenance. Activities of living, mobility and instrumental activities of daily living", en *Journal Am. Geriatric Soc*, nº 31.
- KATZ, D.; KAHN, R. L. (1978): *The Social Psychology of organizations*. John Wiley. New York.
- KAUFMANN, A. E. (1993): *El poder de las organizaciones*. ESIC. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid.
- KAUFMANN, A. E.; FRÍAS, R. (1996): "Residencias: lo público y lo privado". *Revista Española de Investigaciones Sociales*, nº 73.
- KAUFMANN, A. E., *et alt.* (1997): "Trabajando con los mayores". CIS, *Opiniones y Actitudes*, nº 13.
- KLEIN, M. (1968): *El sentimiento de soledad y otros ensayos*. Horme. Buenos Aires.
- LABROUSE, E., *et alt.* (1969): *Les èstructures et les hommes*. Edit. Rationalistes. París.
- LAFORASTRIE, R., *et alt.* (1992): "La sexualidad de las personas de edad en medio institucional". *Revista La Vie Medical*, en español. Marzo-abril.
- LAING, R. D. (1970): *Le moi divisé* . Edic. Stock. París.
- LAPASSADE, G. (1977): *Grupos, organizaciones e instituciones*. Granica Editor. Barcelona.
- LAWTON, M. P. (1969): *Assesing the competence of ederly people. Research, planning and action for the ederly*. Behavioral Publications. New York.
- (1989): "Medio ambiente y satisfacción de necesidades en el envejecimiento". En *El envejecimiento y sus trastornos*. Cartensen, L., y Edelstensen, B.
- LAWTON, M. P., *et alt.*: "Ecology and the aging process". En *The psychology of adults development and aging*. Washington American Psychological Association.
- (1982): *Aging and environment: Theoretical approaches*. Springer books. Nueva York.
- LEEDS, M.; SHORE, H. (edit.) (1992): *Geriatric Institutional mangement*. Putnam. Nueva York.

- LEHR, U. (1980): *Psicología de la Senectud*. Herder. Barcelona.
- LEMKE, S.; MOOS, R. H.; MARDER, A. (1984): "The Multiphasic Environmental Assessment Procedure (MEAP): Hand scoring booklet". En *Social Ecology Laboratory*, Stanford University Medical Center, Palo Alto, California.
- LETURIA, F. J. (1995): "Conceptualización", "Los programas de intervención psicosocial". En Rodríguez, P., et al.: *Residencias para personas mayores: manual de orientación*.
- LLUCH, J.; SERRA, I. (1987): *Fuentes de datos y sistemas de indicadores para la acción social*. Generalitat Valenciana. Valencia.
- LUQUE, O. (1988): *Intervención psicosocial en servicios sociales*. Nau Llibres. Valencia.
- (1994): *Aspectos organizativos y de gestión en servicios gerontológicos*. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Generalitat Valenciana.
- MAIZTEGUI, C. (1995): *Modelos de representación de las personas mayores en los medios de comunicación de masas*. Universidad de Deusto (Tesis doctoral microfilmada). Bilbao.
- (1999): "Bibliografía comentada". En Bazo, M.T., *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*.
- MASLOW, A. (1969): *Motivación y personalidad*. Sagitario. Barcelona.
- MARAVALL, H. (1995): "Prólogo". En Rodríguez, P., et al.: *Residencias para personas mayores: manual de orientación*.
- MARTÍN SERRANO, M. (1978): *Los métodos actuales de investigación social*. AKAL. Madrid.
- (1984): *Teoría de la comunicación. Epistemología y análisis de la referencia*. Edit. A. Corazón. Madrid.
- (1986): *La producción social de comunicación*. Alianza. Madrid.
- (1999): *Tercera Edad y consumo*. Instituto de Consumo. Madrid.
- MC CAFREE, K. M.; HAWKINS, E. M. (1976): *Final report for the evaluation of the Outcomes of Nursing home care*. Batelle Human Affairs Research centers. Seattle (Washington).

- MCDOWELL, N. (1987): *Measuring Health*. Oxford University Press. Oxford.
- MEAD, G. H. (1934) (Traducción s. d.): *Espíritu, persona y sociedad*. Pardos. Buenos Aires.
- MEAD, M. (1971): *Cultura y compromiso. Estudio sobre la ruptura generacional* (Goligorsky, E., trad.) Granica editor (publicación original, 1970). Buenos Aires.
- MEAP (1984): Véase Lemke, S.; Moos, R. H.; Marder, A., y (1984) Moos R. M.; Lemke, S.
- MELGARES, J. (1974): *Valores éticos de la Tercera Edad*. Caja de Ahorros de Córdoba. Córdoba.
- MÉMIN, C. (1984): *Proyect de vie avec les personnes. Agées en institution*. Edition du Centurion. París.
- MÉNDEZ, M., et al. (1995): *Valoración Geriátrica Funcional. Nuestros Mayores. Instrumentos de evaluación funcional y sistemas de información para centros residenciales*. Fundación Caja de Madrid. SG Editores. Madrid.
- MEREDITH, B., et al. (1988): *Daughters who care*. Routledge, London and New York.
- MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, (s.d.) Rapport du Groupe de Travail Geriatrie: *Pour une gériatrie efficace*.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1993): *Ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores*. Madrid.
- (1995): *Encuesta Nacional de Salud en España*.
- MIRANDA, M. J., et al. (1985): *Análisis sociológico del internamiento de ancianos*. Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en políticas y sociología. Madrid.
- MISRAMA, B. L.; RIEDEL, R. G. (1986): *El proceso de envejecimiento*. Morata. Madrid.
- MOLINERO, S. (1995): "Intervención social en Residencias. Servicio de centros residenciales". En Rodríguez, P., et al.: *Residencias para personas mayores: manual de orientación*.

- MONTORIO, I. (1994): *La persona mayor: guía aplicada de evaluación psicológica*. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid.
- (1995a): "Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes". En *Rev. Española de Geriatría y Gerontología*, 30.
- (1995b): "La atención psicológica". En IMSERSO, *Residencias para personas mayores*.
- MOODY, H. R. (1994): *Aging. Concepts and controversies*. Pine Forge Press. Thousand Oaks, CA.
- MOOS, R. H. (1979): *Evaluating education environment. Procedures measures findings and policy implications*. Jossey-Bass. San Francisco.
- (1974): *Evaluating treatment environment: a social ecology approach*. Wiley. New York.
- MOOS, R. H.; LEMKE, S. (1984): *The Multiphasic Environmental Assesment Procedure (MEAP) Manual*. Social Ecology Laboratory, VA and Stanford University Medical Center. Palo Alto, California.
- MORAGAS, R. (1989): *La jubilación: un enfoque positivo*. Grijalbo. Barcelona.
- MOYA, J. A. (1995): *Plantillas y convenios de regulación*. En Rodríguez, P., et al.
- MUIR, J. A. (1987): *Aspectos sociales y comunitarios del envejecimiento*. En Pathy, M. S. J. (edit.) (1987).
- MURPHY, F. (1995): "Voluntarios mayores: un fenómeno mundial". En *Revista de Gerontología*, 5 (5): 393-395.
- MYERS, G. C., et al. (1990): "The Paradox of the Oldest Old in the United States: An International Comparison". En Suzman, R., et al. (eds.) (1990).
- NAVARRO, M. (1989): *La Tercera Edad en España: aspectos cuantitativos*. Edición informatizada, IMSERSO. Madrid.
- NEGRE, P. (1993): *El ocio y las edades. Estilos de vida y oferta lúdica*. Ed. Hacer. Barcelona.
- NEILL, J. (1993): *Evaluación de los ancianos para cuidados residenciales: Guía práctica*. Fundación Caja Madrid. Editores S.G. Madrid.

- NUSSBAUM, J. F.; COUPLAND, J. (eds.) (1995): *Handbook of communication and aging research*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers. Mahwah NJ.
- OARS (1978): Véase Duke University Center for the study of Aging and Human development, 1985. George L. K. Fillenbaum G. C.
- OCDE (1988): *Le vieillissement démographique: Conséquences pour la politique sociale*. París.
- (1992): *L'aide aux personnes âgées fragiles: les questions de politique sociale*. París.
 - (1994a): *Les nouvelles orientations de la politique sociale*. Études de politique sociale, 12. París.
 - (1994b): *Caring for Frail Elderly People*. París.
- OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1974): *Planificación y Organización de los Services Geriátricos*. Ginebra.
- ONU: Vide Organización de las Naciones Unidas.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (1982): *Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Viena. United Nations Publications. Nueva York.
- ORY, M. G. (1989): *Aging and Health Care*. Routledge, New York.
- PARLAMENTO EUROPEO (1993): *Coloquio: la solidaridad entre las generaciones*. Fundación Konrad Adenauer. Bruselas.
- PARSON, T. (1966): *El sistema social*. Ed. Guadarrama. Madrid.
- PASSUTH, P. M.; BENGTONSON, V. L. (1988): "Sociological theories of aging: current perspectives and future directions". En Birren, J. E.; Bengtson, V. L. (eds.), *Emergent theories of aging*.
- PÉREZ, L. (1993): "Bienestar económico y residencial en la Tercera Edad". En Sánchez, P. (ed.) *Sociedad y población anciana*.
- PÉREZ, E., et al. (1995): "La atención médica en las Residencias". En: Rodríguez, P., et al.: *Residencias para personas mayores: manual de orientación*.
- PFEIFER, E. (1978): "Ways of combining functional assessment data. Center for the Study of Aging and Human Development". en Duke University Multidimensional Funtional Assesmente; *The OARS methodology. A manual* (2ª ed.) Durham, NC.

- PFEFFER, J.; SALANCIK, G. (1978): *The external control of organizations: a resource dependence perspective*. Harper and Row. London.
- PINCUS, A. (1968): "The definition and measurement of the institutional environment in homes for the aged". *The Gerontologist*, 25, 376-381.
- PINCUS, M. W. (1972): *Aging and society*. Nueva York. Rusell Sage.
- PINCUS, A.; WOOD, V. (1970): *Methodological issues in measuring the environment in institutions for the aged and it's impact on residents*. International journal of aging and human development (1).
- PINEDA, R., et alt. (1990): *Proyección y contenido de un centro residencial para la Tercera Edad*. Véase Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid.
- RAMOS, M. (1994): "Los mayores en Residencias". En Miguel, A., *La sociedad española 1993-94*. Págs. 911-980. Alianza Editorial. Madrid.
- (1995): "La ancianidad dependiente: un reto para las sociedades del bienestar", en *Las actividades económicas de las personas mayores*. Seniors Españoles para la Cooperación Técnica.
- RAMOS, R. (1995): "Uso del tiempo y ocio de los mayores". En *Las actividades económicas de las personas mayores*. Seniors Españoles para la Cooperación Técnica.
- REGG: Véase *Revista Española de Geriátría y Gereontología*.
- REID, D. W., et alt. (1977): *Locus of desired control and positive self concept of the elderly*. Journal of Gerontology (38).
- REIS: Véase *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. CIS.
- REUSS J. M.^º (1994): *Informe sobre coordinación socio-sanitaria en el Área 4 de Madrid*. Jornadas sobre la Residencia del Futuro. Alcorcón. Madrid.
- (1995): "Recursos comunitarios. Coordinación socio-sanitaria". En: Rodríguez, P., et alt.: *Residencias para personas mayores: manual de orientación*.
- REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (1994): "Documento consenso. Salud y asistencia geriátrica. Indicadores de salud en la población anciana. Situación sanitaria y funcional. Enfermedades más prevalentes en la Tercera Edad. Enfermedades origen de incapacidad", 29 (supl. 2).

- (1995): 30 (3). *Monográfico: Política social y atención gerontológica a las personas mayores dependientes*.
- REV. FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES (1993): *La prise en charge des personnes âgées dépendantes*, nº 4. París.
- REV. PAPERS (1993): *Envel·liment i societat*, núm. 40. Universitat Autònoma de Barcelona.
- RIBEIL, G. (1970): *Analyse et théorie des système*. Sséma. París.
- RODRÍGUEZ, J. A. (1994): *Envejecimiento y familia*. Centro de Investigaciones Sociológicas y Siglo XXI. Madrid.
- RODRÍGUEZ, P. (1995a): "Cuidados en la vejez. La necesaria convergencia entre los recursos formales y el apoyo informal", en *Jornadas por una vejez activa*, Inf. Técnico 1. Fundación Caja de Madrid. Madrid.
- (1995b): "Introducción. La Residencia. Concepto, destinatarios y objetivos generales", en Rodríguez, P. (coord.), *et alt.: Residencias para personas mayores: manual de orientación*.
- (1995c): "Aproximación conceptual; los objetivos de la atención en Residencias", en Rodríguez, P. (coord.), *Residencias para personas mayores: manual de orientación*.
- (1995d): "Vivir en casa. Vivir en Residencia: la necesidad de las Residencias", en *Residencias para personas mayores. Manual de Orientación*. SG Editores.
- (1995e): "El apoyo informal en la atención a las personas mayores", en Baura, J. C.; Rodríguez, P.; Rubio, R., *Personas mayores dependientes y apoyo informal*.
- (Coord.) (1995f): *Residencias para personas mayores: manual de orientación*. Ministerio de Asuntos Sociales y Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Barcelona.
- (1996): *Introducción en cuidados de la vejez, el apoyo informal*. IMSERSO.
- RODRÍGUEZ, S., y SANCHO, T. (1995): "Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad", en *Rev. Española de Geriátría y Gerontología*, 30.

- ROSENMAYR, L. (1979): "Eléments d'une théorie du vieillissement. En *Loisirs et Société*, nº 2.
- (1992): "Dépendance et relation familiale a domicile et institution". En *Vieillesse et qualité de vie*. UNCCASAF. Paris.
- ROUSELL, L. (1990): "Les relations intergénérationnelles au moment de la vieillesse des parents". En *Gerontologie et Société*, 55, pp. 32-45.
- RSOW, I. (1974): *Socialisation of Old Age*. Berkeley, CA: University of California Press.
- RUBIO, R.; MUÑOZ, J. (1993): *Gerontología social: perspectivas teóricas y de intervención: simposio*. Diputación Provincial de Jaén. Jaén.
- RUESCH, J.; BATESON, G. (1951): *Communication: The social matrix of psychiatry*. WW Norton y Co. Nueva York.
- SÁEZ, N. (1986): *La Tercera Edad, un acercamiento teórico y algunas implicaciones*. Editorial Promolibro. Valencia.
- SÁEZ, N.; VEGA, J. L. (1989): *Acción Socio-educativa en la Tercera Edad*. C.E.A.C. Barcelona.
- SALGADO, A.; ALARCÓN, T. (1993): *Valoración del paciente anciano*. De. Masson. Barcelona.
- SALVAREZZA, I. (1988): *La Psicogeriatría: teoría y clínica*. Ediciones Paidós. Buenos Aires.
- SÁNCHEZ, L. S. (1991): *Historia de la vejez*. Universidad de Salamanca. Salamanca.
- SÁNCHEZ, P. (edit.) (1993): *Sociedad y población anciana*. Universidad de Murcia. Murcia.
- (1996): *Tercera y Cuarta Edad en España desde la perspectiva de los hogares*. Reis, nº 73. Madrid.
- SAN ROMÁN, T. (1990): *Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema*. Caixa de Pensiones. Barcelona.
- SANTOS, I. (1996): *Envejecimiento demográfico, diferencias por género*. Reis, nº 73.
- SANZO, L. (1985): *Ancianos en Residencias. Evaluación de la situación de los ancianos en las Residencias de la Comunidad Autónoma Vasca*. Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria.

- SARASOLA, A. (1995): "Tipología de usuarios y necesidades de servicios en el medio residencial". En Rodríguez, P., *et alt.* (1995): *Residencias para personas mayores: manual de orientación.*
- SECOT. SENIORS ESPAÑOLES PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA (1995): *Las actividades económicas de las personas mayores.* Central Hispano. Madrid.
- SEGG: Véase Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
- SERA (1995): Véase Fernández Ballesteros, R., *et alt.*
- SERRIBLE, G. (1991): *Población y desigualdad social.* Monografías, CIS, Madrid.
- SHANAS, E., *et alt.* (1978): *Old people in three industrial societies London: Routledge and Kegan.*
- SHANNON, O.; WEAVER, W.: *The mathematical Theory of Communication.* The Univ. ill Press. Urbana, ill.
- SIMEONI, I. (1989): "Les affects de la famille: entre l'amour et la haine". En *Les familles des personnes âgées*, monográfico de la revista *Gerontologie et Societé*, nº 48. París.
- SIMÓN, M. A. (1993): *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y de intervención.* Pirámide. Madrid.
- SOLA POOL, d'I (edit.) (1959): *Trends in content analysis.* Univ. Press, Illinois.
- SOLDO, B. J.; AGREE, E. M.; WOLF, D. A. (1989): "The balance between formal and informal care", en Ory, M.G. *Aging and Health Care.*
- STOKOL, S. A., y ALTMAN, D. (edit.) (1987): *Handbook of environment Psychology.* J. Wiley. Nueva York.
- STUFFLEBEAM, D.L.; SHINKFIELDS, A.J. (1987): *Evaluación sistemática. Guía Teórica y práctica,* Paidós/MEC, Madrid.
- SUZMAN, R., *et alt.* (1990): *The Oldest Old.* Oxford University Press. Oxford.
- TENNSTEDT, S. L.; MCKINLAY, J. B. (1989): "Informal care for frail older persons". En Ory, M.G.; Bond, K., *Aging an Health Care,* Routledge. Nueva York.
- THAYER, R. (1983): *Com mesurar les necessitats socials.* Generalitat de Catalunya. Barcelona.

- TODD, E. (1983): *La troisième planète. Structures familiales et systèmes idéologiques*.
- TOURAINÉ, A. (1992): *Critique de la Modernité*. Fayard. Paris.
- TOWNSEND, P. (1972): *The last refuge*. Routledge Kegan. London.
- (1979): "Caring regimes in elderly persons homes". En *Health and social services journal*. October.
- (1981): "The structured dependency of the elderly". En *Aging and Society*.
- TRESERRA, M. A., et alt. (1993): *Pla integral de la gent gran*. Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya. Ed. Capítols. Barcelona.
- TRINIDAD, D. (1995): "Trabajo en equipo en Residencias". En Rodríguez, P., et alt.: *Residencias para personas mayores; manual de orientación*.
- TWIGG, J. (1993): "Cuidadores de los ancianos: modelos para un análisis". En Jamieson, A.; Illsley, R., *Comparación de políticas europeas de atención a las personas mayores*. SG Editores. Barcelona.
- (1994): "Les soins informels aux personnes âgées: problèmes de fond et solutions", *Conférence sur: Protéger les personnes âgées dépendantes: politiques pour l'avenir*, Paris.
- TWIGG, J.; ATKIN, K. (1994): *Carrers perceveided. Policy and practice in informal care*. Open University Press. Buckingham.
- UNAE (1993): *La mujer y el cuidado de los ancianos*. Madrid.
- VALLS, M. (1991): *Envelliment i serveis socials*. Edic. Portic. Barcelona.
- VALLÉS, M. S.; CEA, M. A. (1994): "Los mayores", en Miguel, A., de *La sociedad española 1993-1994*. Alianza. Madrid.
- VÁZQUEZ, M. A. (1995): "Programas de intervención para las personas con demencia", en Rodríguez, P., et alt.: *Residencias para personas mayores: manual de orientación*.
- VEGA, J. L. (1993): "El cuidador y las relaciones entre generaciones". En *Gerontología Social*, Rubio, R., et alt.
- VELLAS, P. (1991): "Arquitectura y envejecimiento". En *Gerontología*, 1992. Editor, F. Jiménez Herrero, págs. 113-120.

- VERCAUTEREN, R. (s.d.): *Evaluar la calidad de la vie en maison de retraite*.
- VERDUGO, M. A. (1995): *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Siglo XXI. Madrid.
- VINUESA, J. (1988). *El proceso de envejecimiento en Europa y en España*. En *La Tercera Edad en Europa. Necesidades y demandas*. IMSERSO. Madrid.
- WAA (1994): *El voluntariado de las personas mayores*. Fundación Caja Madrid.
- WADE, B. E. (1983): *Care with dignity: Models of care for the elderly*. Bedford Square Press. London.
- WALKER, A. (ed.) (1982): *Community care: the family, the state and social policy*, Blackwell, Oxford.
- WALKER, A. (1994): "Actitud de los europeos frente a la vejez". En *Revista de Gerontología*, 1.
- (1996): "Actitudes europeas ante el envejecimiento de las personas mayores", en Bazo, M. T., coord., *Sociología de la vejez*.
- WEST, C. (1974): *¿Qu'est-ce que l'analyse par les systemes?* Dunnot. París.
- WIENER, N. (1971): *Cybernétique et société*. U. G. de E. París.
- WILBERS, J. (1993): "La situation financière des personnes âgées". En Conseil de l'Europe, Comité Directeur sur la Politique Sociale, *Problèmes sociaux spécifiques associés aux changements récents des structurés familiales*.
- YANGÜAS, J. J. (1995): "Conceptualización", "Los programas de intervención psicosocial". En: Rodríguez, P., et alt.: *Residencias para personas mayores: manual de orientación*.
- YESAVAGE, J. A., et alt. (1983): *Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report*. *J Psych Res*, 17.
- JUSTE, (1995): "La atención paliativa". En *Residencias para personas mayores. Manual de orientación*, Rodríguez, P. (coord). IMSERSO. Madrid.
- ZUBE, E. (1984): *Environmental evaluation*. Cambridge Univ. Press. Mass.
- ZUCKER, M. (1989): *Family Involvement in Treatment of the Frail Elderly*, American Psychiatric Press. Washington.

VII. DOCUMENTACIÓN

PRESENTACIÓN

El repertorio de documentos que se ha seleccionado, ilustra o completa la información que se incluye en el análisis de contenido.

Todos los documentos proceden de las fuentes más fácilmente accesibles. Cuando existían varias, se ha elegido siempre un texto en castellano; y si ha sido posible elegir, el que haya sido editado por el IMSERSO.

Cada documento va encabezado con la clave que le corresponde en el análisis de contenido.

ÍNDICE TEMÁTICO

T E M A S	<i>DOCUMENTOS</i>
BIOÉTICA – ÉTICA SOCIAL DE LA VELLESA.....	0.1.c2.1
LA PERSPECTIVA AMBIENTAL.....	0.3.a1
USO DE LOS INDICADORES EN LA EVALUACIÓN DE RESIDENCIAS.....	0.3.d2.2
VARIANTES DE SERVICIOS QUE OFRECEN LAS RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD SEGÚN ESTILOS DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES.....	1.1.a2
PROGRAMA SUECO DE ACOMODACIÓN EN ALOJAMIENTOS PARA LAS PERSONAS MAYORES	1.1.2.a1
LAS NECESIDADES A SATISFACER EN LOS SERVICIOS SOCIALES	1.2.2.b2
SERA. SISTEMA DE EVALUACIÓN DE RESIDENCIAS DE ANCIANOS. LOS MODELOS CORRESPONDIENTES A LAS TEORÍAS DE LA INTERDEPENDENCIA ENTRE AMBIENTE Y VEJEZ	1.2.3e
VALORACIÓN DE LOS EDIFICIOS	11.2.a
INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTOS BÁSICOS	11.2.a1.1
NECESIDADES AMBIENTALES DE LAS PERSONAS CON DEMENCIAS.....	11.2.c2.1
DISEÑO DE LOS ESPACIOS PARA LOS/AS ANCIANOS/AS DEMENTES	11.2.c2.2

POLÍTICAS ECONÓMICAS Y FINANCIERAS	II.3.b
LOS EFECTOS INDESEADOS DE LA ROLIFICACIÓN	III.2.b3
CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALIAS DE LA OMS (CIDDM).....	III.1.a1.2
DEPENDENCIA QUE PRESENTAN LAS PERSONAS QUE SOLICITAN PLAZA EN LAS RESIDENCIAS	III.3.a3.1
CLASIFICACIONES INTERNACIONALES, ESTUDIOS E INDICADORES.....	III.3.a4
LAS DISCAPACIDADES EN LA POBLACIÓN MAYOR	III.3.a5.1
EVALUACIÓN GLOBAL DE LA SATISFACCIÓN	IV.2.b1
LA OBTENCIÓN DE DATOS SOBRE EL CLIMA SOCIAL EN LAS RESIDENCIAS	IV.3c
LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA	V.2.a
EL CONTROL DEL ENTORNO.....	V.3.a
LAS RESTRICCIONES FÍSICAS A LA MOVILIDAD Y SUS ALTERNATIVAS	V.3.a3
ESTADO DE SALUD DE LOS SOLICITANTES DE PLAZA EN RESIDENCIAS PÚBLICAS	V.3.b1.1
DIAGNÓSTICO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	V.3.b1.5
DIAGNÓSTICOS DEL ESTADO DE LA MEMORIA	V.3.b2.1
ATENCIÓN A LOS ENFERMOS CON DETERIOROS COGNITIVOS	V.3.b2.2
DEFINICIÓN OPERATIVA DE LA DEPRESIÓN	V.3.b3
LOS EFECTOS INDESEADOS DE LA DESATENCIÓN A LA IMAGEN DE LOS/AS ANCIANOS/AS EN LAS RESIDENCIAS	V.3.b5
PROBLEMAS MÉDICOS QUE INCLUYE CADA PATOLOGÍA.....	V.3.b6.2
DIAGNÓSTICOS DEL ESTADO MENTAL.....	V.3.b6.3

DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN. DIAGNÓSTICO DEL FUNCIONAMIENTO AFECTIVO	V.3.b6.4
DIAGNÓSTICO DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL.EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN LA VIDA DIARIA.....	V.3.b6.5
EVALUACIÓN DE LAS AVD Y DE LA DEPENDENCIA. TIPOLO- GÍA DE LAS PERSONAS OBJETOS DE ATENCIÓN. GRADO DE AUTONOMÍA. GRADO DE DEPENDENCIA. EVALUACIÓN DE LAS AVD BÁSICAS. EVALUACIÓN DE LAS AVD INSTRU- MENTALES	V3.b6.6
LA EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES CON FAMILIARES Y GRUPOS	V.3.c2
EVALUACIÓN DEL ASPECTO FÍSICO DE LOS RESIDENTES	V.3.c3
LA INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA.TRABAJO CON FAMILIAS	V.3.c4.1
CUESTIONARIO PARA CONOCER LAS RELACIONES CON LA FAMILIA	V.3.c4.2
EVALUACIÓN DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL	V.3.c5.1
EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS SOCIALES	V.3.c5.2
UTILIZACIÓN DE ACTIVIDADES SOCIO – RECREATIVAS	V.3.d2.1
TRATAMIENTO DE LA VIDA SEXUAL EN LAS RESIDENCIAS	V.3.d2.2
EVALUACIÓN DEL APOYO SOCIAL.....	V.3.d3



PERSONAS MAYORES Y RESIDENCIAS

**UN MODELO PROSPECTIVO
PARA EVALUAR LAS RESIDENCIAS**

Tomó 2

Ilustración de cubierta:
Kommad, S.L.

Primera edición, 2000

© Instituto de Migraciones y Servicios Sociales

Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO)

Avda. de la Ilustración, c/v. Ginzo de Limia, 58

Teléf. 91 347 89 35

28029 MADRID

NIPO: 209-00-016-0

ISBN (obra completa): 84-8446-027-4

ISBN (tomo II): 84-8446-028-2

Depósito legal: Bf-3072-00

Imprime: Grafo, S.A.

ÍNDICE GENERAL

	<u>Páginas</u>
PRIMERA PARTE	
DISEÑO DEL MODELO	7
1. Planteamiento prospectivo de la evaluación de las Residencias	11
2. Características del modelo de evaluación	19
SEGUNDA PARTE	
MODELO PARA LA EVALUACIÓN DE RESIDENCIAS	27
I. REPERTORIO DE INDICADORES GENERALES	31
II. REPERTORIO DE INDICADORES ESPECÍFICOS.	43
TERCERA PARTE	
RESULTADO DEL DELFOS CON ESPECIALISTAS EN TEMAS DE RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES	71
I. DISEÑO Y APLICACIÓN DEL DELFOS	79
1. La metodología	81
2. Fases y contenidos	82
3. Especialistas que han participado en el proceso de evaluación	86

	<u>Páginas</u>
II. HISTOGRAMAS CON LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN	87
4. Primera Fase: Indicadores para la identificación y comparación de las distintas cargas asistenciales que tienen las Residencias . .	89
5. Segunda Fase: Selección de indicadores para conocer y evaluar las prácticas que afectan a la asistencia y a la calidad de vida de los/as residentes	173

PRIMERA PARTE

DISEÑO DEL MODELO

ÍNDICE

	<u>Páginas</u>
1. PLANTEAMIENTO PROSPECTIVO DE LA EVALUACIÓN DE LAS RESIDENCIAS	11
1.1. El estudio de las funciones que tienen que cumplir las Residencias requiere de un análisis prospectivo.....	11
1.2. Los cambios del escenario social modifican los papeles que interpretan los actores	11
1.3. Necesidad de planificar las políticas públicas tomando en cuenta ese nuevo escenario	12
1. <i>La necesidad de revisar los actuales modelos de Residencias para mayores.....</i>	13
2. <i>La necesidad de integrar las transformaciones del sistema de Residencias en un replanteamiento del conjunto de las asistencias destinadas a personas mayores</i>	14
3. <i>La necesidad de planificar el sistema de Residencias a nivel estatal</i>	16
4. <i>La necesidad de elaborar un planteamiento que tenga una perspectiva temporal larga</i>	17
1.4. Conclusiones	18
2. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE EVALUACIÓN	19
2.1. Conveniencia de un diseño abierto orientado al diagnóstico y a la planificación	19

	<u>Páginas</u>
2.2. Un modelo de evaluación que trata de relacionar la suficiencia y adecuación de los equipamientos con las prácticas y los controles	21
2.3. Un modelo de evaluación que intenta hacer compatibles las garantías de una atención suficiente con la flexibilidad necesaria para adaptarse al cambio social	23
2.4. Metodologías utilizadas para la elaboración del sistema de indicadores	24

1. PLANTEAMIENTO PROSPECTIVO DE LA EVALUACIÓN DE LAS RESIDENCIAS

1.1. EL ESTUDIO DE LAS FUNCIONES QUE TIENEN QUE CUMPLIR LAS RESIDENCIAS REQUIERE DE UN ANÁLISIS PROSPECTIVO

El IMSERSO ha promovido este estudio porque le interesa prever cuáles deben ser las funciones que en el futuro tendrán que satisfacer las Residencias para proporcionar adecuada asistencia y una buena calidad de vida a nuestros mayores. Es una pregunta prospectiva, que tiene que fundamentarse en un análisis de los cambios que van a producirse en el escenario social. Porque cabe esperar que se modifiquen las necesidades residenciales de las personas de edad y, por tanto, que convenga transformar las funciones de las Residencias.

Primero mostraré, aunque sea sucintamente, que las circunstancias sociales que hasta hace poco determinaban las políticas referidas a la Tercera Edad están desapareciendo. Se ha iniciado una transformación drástica del horizonte demográfico, asistencial y administrativo. En lo que concierne a las personas mayores, esos cambios les colocan en otro escenario social diferente. La vida de las personas de edad va a vivirse en otros espacios, tiempos y circunstancias. La sociedad en su conjunto, y las Administraciones públicas en particular, tendrán que irse preparando para atender exigencias distintas y situaciones inéditas. Por eso me parece a mí que cualquier propuesta prospectiva tendrá que adecuarse a la naturaleza de ese nuevo escenario.

1.2. LOS CAMBIOS DEL ESCENARIO SOCIAL MODIFICAN LOS PAPELES QUE INTERPRETAN LOS ACTORES

Ese nuevo escenario ya ha abierto el telón. Los personajes principales siguen siendo los mismos: la gente mayor, en el momento en el que dejan el hogar propio o familiar por la Residencia y durante todo el tiempo que les reste de vida;

sus familiares, que les proporcionan compañía y cuidados hasta que ya no pueden más; las Administraciones públicas, que diseñan los planes gerontológicos y que promueven y supervisan la red de Residencias públicas y privadas. Pero los papeles que les va a tocar interpretar a cada uno de esos personajes van a cambiar mucho como consecuencia de estas transformaciones sociales:

- En España crece ininterrumpidamente la demanda de plazas para personas mayores en Residencias. Esa demanda va a agudizarse y a mantenerse durante muchos años por el efecto de dos factores principales:

1º Porque la evolución demográfica va aumentando el número de potenciales residentes.

2º Porque los cambios sociales van reduciendo el número de personas potencialmente cuidadoras.

- Además del previsible incremento en el número de personas que vivirán en Residencias, también se esperan cambios cualitativos, que afectan a las características de los/as residentes. Las modificaciones más importantes tendrán que ver con el progresivo envejecimiento de la población residente y el consecuente aumento de personas con las AVD disminuidas. Ese envejecimiento y esa desmejoría física serán la consecuencia de dos fenómenos distintos, pero que producen efectos semejantes:

1º El incremento diferencial de las personas con 80 y más años en el conjunto de la población mayor.

2º Las políticas de las Administraciones públicas, orientadas a posponer cuanto sea posible la edad de ingreso en las Residencias, potenciando la ayuda a domicilio.

1.3. NECESIDAD DE PLANIFICAR LAS POLÍTICAS PÚBLICAS TOMANDO EN CUENTA ESE NUEVO ESCENARIO

Las Administraciones Públicas van a ver incrementado el protagonismo que ya tienen. Porque de las políticas que promuevan y de las inversiones que realicen dependerá cada vez más el bienestar de nuestros mayores. El análisis prospectivo concerniente a las Residencias hace prever que los cambios en esas políticas van a tener que ser muy amplios, muy profundos y tan diligentes como sea posible.

Creo que para adecuar las Residencias al nuevo escenario las reformas que se necesitan deben ser sistemáticas, globales, integradas y a medio plazo:

1. *Sistemáticas*: Será necesario revisar los actuales modelos de Residencias para mayores, y no bastará con limitarse a retoques puntuales.
2. *Globales*: Se necesitará integrar las transformaciones del sistema de Residencias, en un replanteamiento del conjunto de las asistencias destinadas a las personas mayores.
3. *Integradas*: No podrán funcionar las políticas públicas si la planificación abarca sólo una parte del territorio. Por lo cual se van a requerir diseños consensuados entre las diferentes Administraciones y compartidos a nivel de todo el Estado.
4. *A medio plazo*: Tendrán que elaborarse planes con la perspectiva temporal que corresponde a los cambios sociodemográficos que actualmente se han iniciado, cuyas tendencias se mantendrán previsiblemente durante veinticinco años. Los proyectos referidos a las Residencias de mayores tendrán que considerar situaciones que ya se han manifestado o que van a manifestarse a muy corto plazo pero que se mantendrán o seguirán agravándose con el paso del tiempo.

Convendrá hacer las puntualizaciones imprescindibles para justificar cada una de estas consideraciones:

1. La necesidad de revisar los actuales modelos de Residencias para mayores

El conjunto que incluye a «las Residencias y al resto de las Residencias» constituye un único sistema, al que pertenecen todas las tipologías que suelen distinguirse administrativamente. Por esa razón, los cambios en cada tipología afectan a las demás. En este caso que no ocupa, la transformación de las funciones de las Residencias de mayores destinadas a estancia permanente va a obligar en mayor o menor medida a refuncionalizar todo el diseño residencial.

Por ejemplo: en muchas Comunidades Autónomas se distingue entre Residencias para personas mayores “válidas” y “asistidas”. En ocasiones se incluye una tercera categoría de Residencias “mixtas”. Estas tipologías, y los diseños funcionales de los correspondientes centros, tendrán que revisarse, de forma integrada, por razones demográficas, asistenciales y sanitarias.

La prolongación de la esperanza de vida supondrá que cada vez habrá un mayor número de personas que comiencen su estancia en Residencias como “válidas” y la continúen como “asistidas”. Resultará necesario optar entre dos opciones igualmente traumáticas para los/as residentes:

- a) Mantener la “viabilidad” de las Residencias diseñadas para acoger “solo a personas válidas”. Para lo cual, cuando el deterioro en el estado de salud de quienes eran válidos y dejen de serlo lo requiera, habrá que trasladarles a otras dependencias o centros, diseñados para atender a “personas asistidas”. Esta opción puede que sea la más racional, pero sugiere la imagen dantesca de un progresivo descenso (o ascenso) a los sucesivos cielos (o infiernos), de la segregación por motivos de salud.
- b) Aceptar la transformación de todas las Residencias en “centros mixtos”, en donde a la larga se producirá un predominio de “residentes asistidos”. En este caso, la convivencia de personas mayores con niveles muy diferentes de autonomía tampoco resulta un panorama muy reconfortante.

No acaban aquí los efectos de los cambios demográficos sobre el diseño asistencial y administrativo de las Residencias. Un número cada vez mayor de personas “asistidas” seguirá con vida cuando aumenten los deterioros e incapacidades por encima de lo que cabe atender con un diseño residencial para “asistidos”. Parece necesario disponer de otra alternativa en el sistema asistencial, que le vincule con el sistema sanitario, y que no sea el vaivén de los enfermos terminales y de alto riesgo, entre las Residencias y los servicios de urgencia de la red hospitalaria.

2. La necesidad de integrar las transformaciones del sistema de Residencias en un replanteamiento del conjunto de las asistencias destinadas a las personas mayores.

“Residencias”, “familias”, “ayudas informales y domiciliarias”, son los soportes fundamentales de las atenciones que están al alcance de las generaciones de mayores.

Sabemos que las familias, van a tener que transferir una parte muy significativa de las funciones que ahora asumen a las otras opciones asistenciales¹. Preci-

¹ Esa quiebra de las familias, en su papel de soporte principal de las funciones asistenciales, se debe principalmente a los siguientes cambios:

samente, cuando se está produciendo un aumento en términos absolutos y relativos, del número de personas mayores necesitadas de cuidados en los hogares.

En consecuencia, las políticas públicas, suelen concebirse orientadas al incremento de “las ayudas informales y domiciliarias”. Pero simultáneamente, también tendrá que ser retocado, el sistema de residencias, si se desea que los diseños asistenciales para las personas mayores, tengan la conveniente coherencia y globalidad:

- Tendrán que revisarse los planes y diseños relativos a las residencias. Se sabe que cada vez habrá más personas mayores, que no puedan recibir una atención adecuada, ni en sus familias, ni con el recurso a la ayuda informal. Y que la demanda de plazas en este tipo de residencias, va a alcanzar unas cifras que superan con mucho las actuales disponibilidades; aún suponiendo el desarrollo completo y un funcionamiento óptimo de la ayuda informal.
- Cualquiera de las opciones que se adopten, si es coherente, también tendrá que revisar y refuncionalizar las residencias destinada a personas que no viven en ellas. Por ejemplo, las políticas de ayuda informal, pueden requerir para que sean eficaces, de que se creen suficientes plazas en centros destinados a la permanencia temporal, con el objeto de que de las personas mayores que viven habitualmente en los hogares propios o de sus familiares, puedan trasladarse a estas residencias, durante una convalecencia, o cuando la familia deba de ausentarse durante algún tiempo. Y también habrá que revisar cuales serían las demandas asistenciales, -incluidas las psicológicas y sociológicas-, que pueden llegar a satisfacerse a través de los denominados “centros de día” (p.e., demandas de alimentación, lavandería, atención gerontológica primaria, etc.).

-
- a) Disminuye el número de cuidadoras potenciales, en la misma medida en la que las contracciones demográficas reducen la cantidad de “hijos” e “hijas”.
 - b) Disminuye, sobre todo, en la medida en la que las mujeres dejan de desempeñarse como “amas de casa dedicadas a sus labores”.
 - c) Se agudiza la necesidad de cuidadores/as, porque aumenta la cantidad de hogares donde sólo hay mayores y donde sólo vive una persona mayor, sobre todo viudas.

3. La necesidad de planificar el sistema de Residencias a nivel estatal

Como es sabido, la competencia administrativa en el tema que nos ocupa concierne a cada Autonomía. En uso de esa potestad, ya se ha acumulado un importante *corpus* legislativo y normativo, que aún sigue abierto, cuando se ha realizado este libro.

Disponemos de un análisis que permite el examen comparativo de esas regulaciones. Se muestra que, en lo que se refiere a las Residencias para mayores, el nivel de desarrollo legislativo es bastante equiparable. Por ejemplo, está generalizada la reglamentación de los equipamientos materiales y de los equipos humanos que deben tener los diversos tipos de Residencia. Y en cambio, todavía se ha avanzado poco en los desarrollos legislativos, referidos a la calidad del trato y la protección de los derechos de los/as residentes. Los criterios —o, si se quiere, las preocupaciones— que según parece tienen los legisladores, también resultan semejantes. Suele establecerse en cada Autonomía, para garantizar la adecuación de los centros destinados a estancia permanente, un repertorio más o menos amplio de “mínimos exigibles”. Aunque difieran notablemente los correspondientes “estándares”.

Esta convergencia que tienen las regulaciones de las Comunidades Autónomas es muy conveniente. Porque las nuevas circunstancias sociales que afectan a las personas mayores hacen necesario que se disponga de un proyecto coordinado y compatible a nivel estatal, sin perjuicio de la iniciativa que corresponde a cada Administración Autonómica. Esa necesidad de coordinar las políticas referidas a las Residencias, a partir de una visión global, que abarque a toda la población mayor en todo el territorio del Estado español, deriva de lo siguiente:

Las leyes, normas y reglamentos sobre Residencias que se adoptan en una Comunidad, afectan más allá de sus límites geográficos, a todas las demás Comunidades, ya que existe interdependencia territorial y poblacional. Cuanto más difieran las normas y las prácticas entre las diferentes Autonomías, en mayor número se producirán transferencias de cargas asistenciales entre unas y otras².

² Partamos del supuesto de que lleguen a existir discrepancias significativas, que afecten a la oportunidad de disponer de una plaza, a un coste asumible, entre los diversos territorios administrativos. La escasez de plazas llevará emparejada que las Comunidades en donde haya más equipamiento y una mejor calidad asistencial vean incrementada sus listas de solicitudes con personas mayores procedentes de Autonomías vecinas. Esa movilidad no podrá ser evitada a largo plazo estableciendo barreras basadas en el lugar de residencia. Tales discriminaciones territoriales terminarían siendo impugnadas, no sólo por lo que tienen de insolidario, sino además por lo que tengan de inconstitu-

4. La necesidad de elaborar un planteamiento que tenga una perspectiva temporal larga

Los planes, programas, diseños, evaluaciones que se refieran a las Residencias de mayores conviene que se inicien lo antes posible. Pero cuando adopten esas perspectivas de futuro que se requiere, no van a poder ofrecerse como proyectos cerrados. En el momento actual se puede avanzar mucho, y con rapidez, en el análisis de las futuras demandas. En cambio, se tendrá que ir paso a paso en el análisis de las prestaciones:

- a) *Para prever las demandas, se tiene (o puede conseguirse, realizando estudios puntuales), mucha de la información que resulta necesaria para hacer extrapolaciones temporales. Me refiero a la información que concierne al efecto sobre la demanda de los siguientes factores:*
- *demográficos* (p.e., distribución geográfica de las personas longevas);
 - *geriátricos* (previsión de la prevalencia de enfermedades invalidantes);
 - *asistenciales* (previsión de cantidad de cuidadores/as);
 - *socioeconómicos* (distribución de la población mayor, según su capacidad para pagarse los costos residenciales).
- b) *Para prever cuáles deben de ser las prestaciones a satisfacer por los centros, con el objeto de asegurar una buena atención residencial, ahora no se tiene, y tampoco puede tenerse, toda la información que se necesita. Por eso es prematuro, en esta etapa en la que el sistema residencial tiene que ser profundamente refuncionalizado, diseñar estándares muy precisos que sean válidos para evaluar la calidad de los centros de estancia permanente. Los modelos de evaluación tendrán que adoptar criterios, indicadores y parámetros distintos, a la vista de las políticas por las que se vaya optando en el futuro. Dependerán en gran medida de que las Residencias públicas asuman una parte cada vez mayor o cada vez menor de la demanda; y según que las tarifas de las Residencias privadas estén más o menos reguladas, y más o menos financiadas por fondos públicos; y dependiendo de que el sistema residencial y el sistema sanitario funcionen más o menos integrados.*

cional. Porque la Carta Magna garantiza la libertad de movimientos y la igualdad de derechos para todos los españoles, con independencia del lugar de nacimiento y de residencia.

Cualesquiera que sean los criterios que se utilicen, los indicadores que se propongan para controlar la eficiencia y la calidad de los centros residenciales y los estándares que se fijen tendrán que irse concretando y ajustando a medida que se disponga de evaluaciones basadas en las prácticas reales.

Ciertamente, es prematuro cortar el traje con el que alguna vez se vestirá ese sistema residencial, ahora, cuando el recurso a las Residencias es una opción asistencial que está pasando de su etapa juvenil a la adulta. Pero en cambio ya se pueden tomar las medidas que sean pertinentes, para hacer un seguimiento y una evaluación de ese fenómeno. De esa forma, la evaluación es herramienta para la planificación y no sólo para el control de las Residencias.

1.4. CONCLUSIONES

Estas indicaciones pueden resumirse en las siguientes conclusiones: Las Residencias para mayores son una parte del sistema residencial, cuyas funciones y desempeños dependen del modelo global de prestaciones para las personas mayores que vaya a adoptarse. Ese modelo previsiblemente tendrá que ser revisado, para adecuarse a los cambios sociales que ya se han iniciado, y que van a proseguir en los próximos años. Porque tales cambios afectan a las necesidades y demandas de la población de mayores. Cabe suponer que la trascendencia de las transformaciones sociales en marcha animará a que se propongan, desde las Administraciones públicas, políticas alternativas. Previsiblemente, esas políticas van a adquirir una relevancia muy grande, por lo cual es lo más probable que sean tema que se discuta en los medios de comunicación y que llegue, como una ley de rango muy elevado, a ser debatida en las instituciones legislativas.

2. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE EVALUACIÓN

2.1. CONVENIENCIA DE UN DISEÑO ABIERTO ORIENTADO AL DIAGNÓSTICO Y A LA PLANIFICACIÓN

He sugerido que parece muy conveniente avanzar cuanto sea posible en el diseño de indicadores destinados a la evaluación de las necesidades que deben satisfacer las Residencias. Y he mostrado que en la etapa actual hay cuestiones previas que conviene decidir antes de lanzarse a la generación de unos estándares de calidad. Concretamente, habrá que decidir la clase de evaluación que ahora interesa diseñar y el contenido de las evaluaciones que resulta adecuado seleccionar.

A tenor de lo dicho, resultaría a la vez obsoleto y prematuro proponer cualquier selección de estándares de calidad que estuviese cerrada y codificada. Por ejemplo, sería artificioso comparar la calidad de la asistencia entre los distintos centros residenciales recurriendo a normas de diseño ambiental estandarizadas, sin tomar en cuenta las características distintivas de la población mayor que vaya a vivir en cada centro.

En mi opinión, todavía estamos en el momento en el que el diseño de indicadores y el objeto de las evaluaciones debe orientarse al diagnóstico y a la planificación, más que a la tipificación de los estándares de calidad:

- a) Se precisa de un diagnóstico relativo a las necesidades concretas que ahora ya existen y de las que van a ir apareciendo en cada modelo de Residencia, según las características de sus residentes. La información de la que ahora se dispone no está completa. Entre otras cosas, porque se conocen mal cuáles deben ser las medidas que garantizarían la satisfacción de las necesidades sociales y afectivas de los/as residentes.
- b) Conviene que las evaluaciones ayuden a la planificación de las asistencias

y de los controles que se irán haciendo necesarios para que los centros residenciales cumplan adecuadamente con sus funciones, a medida que vayan cambiando las necesidades de las personas que en ellos viven.

Este planteamiento supone que los estándares sean el resultado de una observación continuada a lo largo de plazos de tiempo suficientes, y que esa observación consista en evaluar cómo se desempeñan las prácticas asistenciales reales, en escenarios residenciales concretos³.

El diseño que aquí se ofrece responde a esta interpretación diacrónica y se atiende a los siguientes criterios:

1º Se ofrece un *modelo abierto*. Para que pueda ser completado o transformado a medida que los cambios en el sistema de Residencias vayan mostrando las características que distinguen a cada tipo de centro. Y para que cada usuario pueda incorporar o modificar, según sus necesidades y criterios, el contenido del modelo.

2º Se quiere que sea un *modelo flexible*. Se intenta que la información del modelo sea adecuada a las características, tan diversas, que pueden tener las Residencias, sin que se pierda en esa adecuación la comparabilidad que deben de tener las distintas evaluaciones de los centros.

3º Se busca un *modelo praxeológico*. Es decir, orientado a la intervención racional en el funcionamiento y en el cambio del sistema de Residencias. Se pretende que los criterios y las variables que se incluyen en el modelo, les sirvan a quienes tengan responsabilidades administrativas para diseñar planes, proyectos, controles, evaluaciones.

4º Se busca un modelo que permita establecer desde el primer momento los *estándares mínimos admisibles* de calidad. En un proceso de cambio tan rápido como el actual se corren riesgos importantes de que la asistencia y el control de la asistencia decaigan por debajo de lo que resulta necesario para garantizar el bienestar de los mayores.

5º Se ha pensado como un *modelo renovable*. A medida que vaya mejorando el nivel de vida del conjunto de la sociedad, y aumentando los recursos disponibles para atender a la población mayor residenciada, tendrán que irse me-

³ Por ejemplo, se puede tomar en cuenta la prevalencia de las úlceras de presión, como un indicador útil para evaluar las atenciones asistenciales en las Residencias. Pero antes se necesitará conocer la frecuencia de casos, en una muestra que tendrá que ser representativa: a) del conjunto de las Residencias, y b) de cada tipología o estrato de residentes que quepa diferenciar, desde el punto de vista del riesgo de ulceración por encamamiento.

orando, en cantidad y calidad, las prestaciones que se ofrezcan en los centros residenciales. En consecuencia hay que prever que los estándares de calidad se vayan transformando al alza.

6º Se ha elaborado un modelo cuyo vértice sea *la calidad de vida que se les ofrece a los/as mayores en los centros residenciales*. Este énfasis en la calidad de vida supone que los indicadores abarquen dos aspectos:

- a) *La suficiencia y adecuación de los medios: evaluando los equipamientos, tanto materiales como humanos.*
- b) *La adecuación de las prácticas asistenciales que se llevan a cabo en los centros y de los controles que se realizan para asegurar la calidad de dicha asistencia.*

Las próximas líneas aclaran la manera en la que se ha intentado alcanzar estos objetivos.

2.2. UN MODELO DE EVALUACIÓN QUE TRATA DE RELACIONAR LA SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE LOS EQUIPAMIENTOS CON LAS PRÁCTICAS Y LOS CONTROLES

Entre los posibles fines y objetivos que podrían asignarse a la evaluación de las Residencias se ha optado por el siguiente: *asegurar que en tales centros se proporciona la mejor calidad de vida que pueda ofrecer nuestra sociedad a las personas mayores.*

- *Se entiende, que la calidad de vida depende, en primer lugar, de que los centros cuenten con los medios materiales y humanos que en cada caso sean requeribles.*

Para establecer los correspondientes indicadores, de adecuado equipamiento, se cuenta con una abundantísima bibliografía. Tanto la producción normativa de las Comunidades Autónomas como otros estudios han establecido previamente cuáles deben ser los recursos materiales y humanos que se necesitan para el buen funcionamiento de las Residencias.

En todo caso, en este modelo se entiende que los recursos que se requieran deberían fijarse en función de las características que tengan las personas mayores que viven en la Residencia objeto de evaluación.

- *La suficiencia y adecuación de los medios es un criterio de evaluación necesario, pero insuficiente. Porque la calidad de vida en medida importante depende del trato. Y referirse al trato es tomar en cuenta cómo se desenvuelven las interacciones y el cuidado que se pone en prestar las atenciones.*

La trascendencia que tienen para la calidad de vida en las Residencias esas prácticas de atención y de desatención y esas medidas de prevención y de rehabilitación se explicita en numerosos trabajos. Sin embargo, existe todavía un insuficiente desarrollo de los correspondientes diseños. Por esa razón en este libro se ha trabajado, sobre todo, en el desarrollo de un repertorio de indicadores, relacionados con las prácticas y con los controles, destinado a satisfacer esa carencia de herramientas analíticas.

De acuerdo con este planteamiento, el modelo incluye indicadores de la suficiencia y adecuación de los equipamientos e indicadores de las prácticas y controles. Ambos tipos se recogen en el Cuadro que sigue:

TIPOS DE INDICADORES DESTINADOS A EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA EN LAS RESIDENCIAS

Los tipos de indicadores que se abarcan en el modelo de evaluación que aquí se ofrece se organizan en el siguiente repertorio (Cf. capítulo siguiente):

I. Indicadores de la suficiencia y adecuación de los equipamientos.

1. Referidos al equipamiento material.
2. Relativos al equipamiento humano.

Se distingue entre dos clases de evaluaciones:

- 2.1. Ratios.
- 2.2. Capacitación.

II. Indicadores de prácticas y controles

3. Referidos a las atenciones /versus/ las desatenciones.
4. Referidos a las medidas de prevención y de rehabilitación.

Se distingue entre:

- 4.1. Contenido de los programas de prevención y rehabilitación.
- 4.2. Controles del funcionamiento y de los resultados, obtenidos por la prevención y la rehabilitación.
5. Referidos a los excesos de control y a la imposición de limitaciones no justificadas que afecten a la dignidad o a la libertad de las personas residentes.

2.3. UN MODELO DE EVALUACIÓN QUE INTENTA HACER COMPATIBLES LAS GARANTÍAS DE UNA ATENCIÓN SUFICIENTE CON LA FLEXIBILIDAD NECESARIA PARA ADAPTARSE AL CAMBIO SOCIAL

- Se ha mencionado los importantes cambios que son previsibles en el universo de las Residencias de mayores y se ha mostrado que para adecuarse al nuevo escenario probablemente se redefinirá todo el sistema residencial, respondiendo a alternativas funcionales que ahora no pueden ser previstas. Se necesita de un criterio de evaluación que tenga la flexibilidad suficiente para adecuarse a un escenario tan cambiante e indeterminado. En este trabajo se ha optado por unificar las evaluaciones, en función de las cargas asistenciales.

Por "carga asistencial" se entiende los medios que se necesitan y la cantidad y la cualidad de los trabajos que se requieren para la adecuada atención a los/as residentes.

Se comprende que cabe establecer una relación entre el peso que tenga la carga asistencial y los *equipamientos* (materiales, organizativos, humanos) que requieran las Residencias.

También se entiende que no puede elaborarse una evaluación estándar que sea válida para todas las Residencias. Porque dependiendo de las características que tengan los residentes, así varían las cargas asistenciales de cada Residencia, y en consecuencia, la cantidad y la cualidad de las dotaciones y de las atenciones que quepa solicitar.

- Cualesquiera que sean las cargas asistenciales específicas que asuma cada centro residencial, deberán ser asegurados unos estándares mínimos de calidad. Aunque tales "mínimos" vayan aproximándose con el paso del tiempo a lo que en cada momento se tenga por óptimo.

El modelo que se ofrece trata de hacer compatibles la flexibilidad necesaria para adaptarse al cambio social, con las garantías de una atención suficiente. Para ello establece la distinción entre "indicadores generales" e "indicadores específicos", que se aclara seguidamente:

I. Repertorio de indicadores generales

Referidos a aquellos equipamientos, prácticas y controles que se tengan por necesarios para ofrecer una asistencia adecuada, en todos los centros de residencia, cualesquiera que sean las características específicas del centro.

II. Repertorio de indicadores específicos

Referidos a aquellos equipamientos, prácticas y controles que se tengan por necesarios para ofrecer una asistencia adecuada en cada centro de residencia, en función de las cargas asistenciales que asuma.

2.4. METODOLOGÍAS UTILIZADAS PARA LA ELABORACIÓN DEL SISTEMA DE INDICADORES

En la elaboración de los indicadores se han utilizado sucesivamente dos metodologías. Primera, el análisis documental; luego, el recurso a expertos.

- *El análisis documental se ha utilizado para elaborar los diversos repertorios de indicadores.* Todos los repertorios incluyen indicadores que podrían utilizarse en esta evaluación diacrónica, de acuerdo con las características que se han ido describiendo en las páginas precedentes. En concreto, y para obtener los repertorios que aquí se han utilizado, se ha llevado a cabo un análisis de contenido, aplicado a una amplísima bibliografía, compuesta por libros, investigaciones, informes, en los que existe información pertinente. Este trabajo documental forma parte de esta misma investigación y se edita en el tomo dedicado al “Análisis sistemático de las fuentes”.
- *El recurso a expertos se ha utilizado para elegir, en cada repertorio de indicadores procedentes de las fuentes secundarias, aquellos que a juicio de los especialistas serían los más pertinentes.* Concretamente, se ha utilizado una metodología de análisis experto, denominada “Delfos” o “Delfi”, cuyas características y utilización están descritas en este mismo libro (Cf. Tercera Parte).

Los resultado de estos trabajos se hacen operativos y utilizables en “El modelo para la evaluación de Residencias”, que sigue. Para llegar a confeccionar el modelo se ha pasado por la previa aplicación de un análisis de sistemas, a la selección de indicadores que han llevado a cabo los expertos y expertas. Este tratamiento sistemático de la información tiene por objeto que exista completitud⁴ en el modelo y que exista congruencia⁵.

⁴ La completitud existe cuando el usuario del modelo puede identificar no sólo los campos donde hay indicadores, sino aquellos que siendo pertinentes no están cubiertos por ningún indicador. Puede comprobarse en las páginas del modelo, en la Segunda Parte de este libro, que tales “campos” aparecen en blanco. Y están vacíos en razón de que nada se ha seleccionado a propósito de ese campo ni en las fuentes secundarias ni en los informantes. La existencia de campos vacíos es una sugerencia para que se puedan rellenar, si acaso es pertinente, por quienes hagan uso de este modelo. En todo caso, el modelo ha sido previsto para que esos espacios “en blanco” vayan cubriéndose de indicadores a medida que vayan cambiando las circunstancias y los criterios de evaluación.

También aparecen en blanco aquellos items en los que existen criterios muy discrepantes. Por ejemplo, se ha dejado intencionadamente en blanco todas las casillas que hacen referencia a los “ratio”, porque en las normativas existentes y en la literatura especializada se sugieren cantidades muy diversas.

⁵ La congruencia existe cuando la aparición de un indicador en el modelo se acompaña de todos los otros con los que guarda relación. Por ejemplo, si a nivel de las medidas de prevención se incluye “la movilización de las personas encamadas”, a nivel de equipamiento se deberá controlar “la existencia de aparatos para la movilización y transferencia y su funcionamiento adecuado”.

SEGUNDA PARTE

**MODELO PARA LA EVALUACIÓN
DE RESIDENCIAS**

ÍNDICE

	<i>Páginas</i>
I. REPERTORIO DE INDICADORES GENERALES	31
1. Correspondientes al funcionamiento global del centro.....	32
2. Referidos a la alimentación	34
3. Relativos al porte.....	35
4. Relacionados con la intimidad	37
5. Correspondientes a las interacciones, actividades.....	38
6. Referidos a la salud	41
II. REPERTORIO DE INDICADORES ESPECÍFICOS	43
1. Relacionados con la existencia de residentes con enfermedades agudas, terminales y de riesgo vital.....	44
2. Existencia de residentes con limitaciones en las funciones fisio- lógicas	47
3. Existencia de residentes con limitaciones en la movilidad (en es- pacios interiores y/o exteriores).....	51
4. Existencia de residentes con riesgos de caídas o que han sufrido caídas	57
5. Cargas derivadas de residentes con limitaciones en las AVD instrumentales.....	60
6. Existencia de residentes con limitaciones orgánicas para la comu- nicación y la interacción.....	62

	<u>Páginas</u>
7. Con limitaciones en las funciones mentales y con problemas cognitivos.....	64
8. Residentes con problemas emocionales y/o depresivos	66
9. Existencia de residentes con problemas de comportamiento.....	68
10. Existencia de residentes con hábitos tóxicos.....	70

I. REPERTORIO DE INDICADORES GENERALES

Hemos indicado en la Primera Parte de este libro (epígrafe 2.3.) que los indicadores generales incluyen aquellos equipamientos, prácticas y controles que se tengan por necesarios para ofrecer una asistencia adecuada en todos los centros, cualesquiera que sean las características específicas del centro.

Los indicadores generales que incluye el modelo se agrupan en los siguientes repertorios:

1. *Correspondientes al funcionamiento global del centro.*
2. *Referidos a la alimentación.*
3. *Relativos al porte.*
4. *Relacionados con la intimidad.*
5. *Correspondientes a las interacciones, actividades.*
6. *Referidos a la salud.*

Sigue el detalle de cada repertorio:

INDICADORES GENERALES	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	CONTROLES	
1.1. Indicadores comunes		<p>RATIO</p> <p>Existe un equipo interdisciplinar con la composición adecuada, que asume la responsabilidad de planificar, supervisar y controlar el funcionamiento del centro.</p>	<p>La prestación de servicios asistenciales y geriátricos no se hace depender de contraprestaciones económicas que discriminen a los/as residentes según su capacidad económica.</p>	<p>Ocupación superior al número de plazas permitidas.</p> <p>Cargas asistenciales para las que no está autorizado y/o capacitado el centro.</p> <p>Ausencia sin sustitución de personal que tiene a su cargo funciones que hayan sido definidas como mínimas en las plantillas de la Residencia.</p>		<p>La fiscalización que corresponde a las Administraciones públicas se lleva a cabo con la periodicidad y el detalle necesarios para asegurar la calidad de la atención que presta la Residencia.</p>	<p>El movimiento de los/as residentes por la Residencia y el uso de los diferentes servicios e instalaciones, no están sujetos a restricciones arbitrarias o innecesarias.</p>
Indicadores específicos			<p>Se atienden diligentemente las demandas de los/as clientes, de sus cuidadores y de sus familiares.</p>				
1.2. Relacionados con la gestión		<p>Hay una clara identificación de quiénes son las personas que pueden atender las demandas no satisfechas de los/as clientes, de sus cuidadores/as y de sus familiares.</p>				<p>Hay un libro de reclamaciones a disposición de residentes y de los/as trabajadores que se revisa y atiende puntualmente.</p>	

(Sigue...)

INDICADORES GENERALES	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN		
					DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	
1.3. Relacionados con el trato					<p>Existe y se aplica un programa para prevenir, detectar y eliminar eventuales malos tratos físicos y/o psíquicos;</p> <p>ibidem para evitar el tratamiento a los/as residentes infantilizador, irrespetuoso o prepotente.</p>	<p>Esa fiscalización administrativa incluye las técnicas de control adecuadas para detectar eventuales malos tratos físicos y/o psíquicos.</p>	<p>Cualquier recurso a castigos, penalizaciones, exclusiones.</p>
1.4. Relacionados con la seguridad			<p>Casos de intoxicaciones por productos domésticos, de limpieza;</p> <p>ibidem, por ingestión de medicinas.</p> <p>Residentes con lesiones provocadas por puertas, muebles, etcétera.</p> <p>Residentes quemados o escaldados.</p>	<p>Se adoptan las medidas adecuadas para evitar robos o agresiones en el entorno residencial.</p>	<p>Se controla con un programa explícito, actualizado y al día:</p> <ul style="list-style-type: none"> el estado de las infraestructuras y elementos que incidan en la seguridad del centro; la aplicación de todas las medidas de seguridad que requiere un centro residencial, incluyendo aquellas que son específicas para el centro, según las características que tengan los/as residentes 		

(Sigue...)

INDICADORES GENERALES	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	CONTROLES	
2. REFERIDOS A LA ALIMENTACIÓN							
2.1. Indicadores comunes		<p>RATIO</p> <p>Existe un equipo interdisciplinar, con la composición adecuada, que asume la responsabilidad de programar, supervisar y controlar la composición y la calidad de la alimentación.</p>	<p>Hay menús adaptados y con rotación suficiente.</p> <p>Hay turnos de comida que toman en cuenta los diferentes niveles de validez para la ingesta.</p> <p>El tiempo de comer es suficiente, y toma en cuenta los diversos niveles de validez de los/as residentes.</p>	<p>Menús uniformes, poco variados y sin cambios a lo largo del mes</p> <p>Residentes con malnutrición (desnutrición, deshidratación, obesidad...)</p> <p>Horarios rígidos y limitados de comida.</p> <p>Casos de intoxicaciones alimentarias.</p> <p>Temperaturas inadecuadas de los alimentos.</p> <p>Menaje, vajilla sucios, en mal estado.</p>	<p>Los menús están equilibrados dietéticamente.</p> <p>Se lleva un control diario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de la ingesta de líquidos; • de la ingesta de dietas nutricionales. 	<p>Hay una valoración desde el ingreso del estado nutricional y de hidratación.</p> <p>Se evalúa mensualmente* el estado nutricional.</p> <p>Existe un seguimiento de los déficit nutricionales con la periodicidad adecuada.</p> <p>Hay una valoración desde el ingreso de los trastornos de la masticación.</p> <p>Existe un protocolo escrito con los/as residentes con tales trastornos.</p> <p>Se evalúa semestralmente* la opinión de los/as residentes sobre las comidas.</p>	<p>Restricciones no justificadas a la tenencia y consumo de alimentos que proceden de fuera del centro.</p>

(Sigue...)

* Existen otros criterios de temporalidad

INDICADORES GENERALES	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES			
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
3.1. Vestuario y calzado	Se equipa adecuadamente a las personas que carecen de recursos económicos para adquirir ropa y calzado	RATIO	Van correctamente vestidos y calzados. Ropa limpia, planchada, adecuadamente abotonada, de calle. Cortes de pelo y peinados no institucionalizantes.	Casos de hipotermia o consipitación por falta de abrigo o temperatura ambiente inadecuada.	Existe y se aplica un programa para la diaria verificación de que los zapatos son adecuados, no producen roces. Existe y se aplica una comprobación semanal para prevenir problemas, lesiones, en los pies. Verificación de que no hay ligas o ropa que oprima. Hay control de la ropa de abrigo en interior y exterior.	Imposición de ropa uniformante o institucionalizante. Existe y se aplica un programa que controla el cambio de vestuario que corresponde a cada día y a cada intervalo de tiempo.
3.2. Aseo			Todos van correctamente aseados y limpios. Se detecta y corrige cualquier problema de olor personal. Se proporciona asistencia para el lavado de la cabeza.		Existe y se aplica un programa para la diaria asistencia en el aseo. Existe y se aplica un control de la limpieza de genitales masculinos y femeninos con la periodicidad adecuada. Existe y se aplica un control de la higiene de la piel, de los pliegues cutáneos, de las uñas y del resto del cuerpo con la periodicidad adecuada. Se realiza la inspección del cerumen de los oídos con la periodicidad adecuada.	Existe un listado de higiene personal. Se realiza la verificación diaria de los cuidados adecuados para la salud dental.

(Sigue...)

INDICADORES GENERALES	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	CONTOLES	
3.3. Prótesis, aparatos		RATIO			MEDIDAS		
		CAPACITACIÓN					Se verifica diariamente el correcto uso y la limpieza de las prótesis. Se lleva a cabo el control del funcionamiento de los audífonos con la periodicidad adecuada.

(Sigue...)

INDICADORES GENERALES	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	CONTROLES	
4.1. Privacidad	Existe el territorio, el equipamiento y los muebles necesarios para que cada persona pueda recogerse, aislarse y tener sus pertenencias personales.	RATIO		Carencia de separaciones en cuartos ocupados por dos o más personas. La asistencia y atenciones relacionadas con las funciones fisiológicas, se llevan a cabo sin respeto para la intimidad.	Existen y se aplican regulaciones explícitas, destinadas a proteger las privacidad y la intimidad.	Existe y se aplica un programa con medidas explícitas destinado a lograr una total protección de los datos confidenciales	Se imponen limitaciones injustificadas a la tenencia de pertenencias personales.
						Íbidem para que se respete y proteja la privacidad de las personas, incluso respecto de sus familiares	
4.2. Expresión de la sexualidad	Existen espacios adecuados para la intimidad sexual incluidas las relaciones sexuales.	Existen medios propios o externos para facilitar consultoría en temas de sexualidad.			Existe y se aplica un programa con medidas explícitas, reguladas y adecuadas, para evitar intromisiones no justificadas en la intimidad sexual.	Íbidem, para proteger el ejercicio de la intimidad sexual.	Se imponen limitaciones a la manifestación y al ejercicio de la sexualidad no justificadas por trastornos diagnosticados de la conducta sexual.

(Sigue...)

INDICADORES GENERALES	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACION DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	CONTROLES	
5. CORRESPONDIENTES A LAS INTERACCIONES, ACTIVIDADES							
5.1. Indicadores comunes			Hay un equipo interdisciplinar con la composición adecuada y en número suficiente que tiene la responsabilidad de la promoción y el seguimiento de las interacciones y actividades	Se les ofrece la posibilidad de que participen activamente en la propuesta y realización de actividades. Se toman en cuenta los oficios, habilidades, capacidades de los/as residentes para facilitar su participación Hay una oferta explícita semanal, por escrito de actividades suficientes para que quien lo desee pueda mantenerse ocupado/a, sin horas muertas.		Se evalúa semestralmente* la opinión de los/as residentes sobre los programas de actividades. Existe y se aplica un programa para detectar los casos de aislamiento que denoten depresiones o inadaptaciones al centro. Hay una historia y un registro social de cada residente que se cumplimenta en el ingreso y se actualiza periódicamente.	
Indicadores específicos							
5.2. Con residentes y en el interior de la Residencia	Hay equipamiento de biblioteca y hemeroteca; de videoteca y fonoteca. Sus fondos se atienden y actualizan. Se puede utilizar el acceso a Internet. Existe la posibilidad de ver diferentes canales de TV.		Es posible tomarse un café o refrigerio en el propio cuarto.	Los residentes tienen que asumir responsabilidades o cargas en la Residencia que son impuestas o que corresponde a los gestores y empleados.	La oferta de actividades incluye actos destinados a favorecer las relaciones interpersonales.		Limitaciones no justificadas por motivos médicos o de seguridad, a las reuniones en dependencias comunes y en cuartos.

* Existen otros criterios de temporalidad

(Sigue...!)

INDICADORES GENERALES	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN		INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
		RATIO			DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	
5. CORRESPONDIENTES A LAS INTERACCIONES, ACTIVIDADES	Existe un servicio de cafetería a precios moderados. Existen espacios adecuados para mantener reuniones con privacidad.				Se promueve explícitamente la participación voluntaria en todas las tareas de la Residencia que sean compatibles con la condición de residentes y su estado. Se ofertan programas de terapia ocupacional adecuados para un centro gerontológico.		
5.3. Con no residentes y fuera de la Residencia							
5.3.1. Relaciones con los familiares	Existen espacios adecuados para recibir visitas con privacidad.		Se informa correcta y oportunamente a los familiares del estado de salud, de las demandas y necesidades de sus parientes.		Se fomenta la participación de las familias en las actividades del centro; jornadas de puertas abiertas y en las salidas.		Restricciones no justificadas en las visitas. Restricciones no justificadas en la información a los familiares. Información a familiares y otras personas que vulnera el derecho a la intimidad de los/as residentes.

(Sigue...)

INDICADORES GENERALES	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES	
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	CONTROLES		
5.3.2. Relaciones fuera de la Residencia		RATIO	CAPACITACIÓN	Se fomenta y consigue la participación en la vida de la Residencia de personas pertenecientes a instituciones, organizaciones, grupos de la sociedad civil, del entorno, y viceversa. Existe la posibilidad de participar en actividades de voluntariado para los residentes que lo deseen.				Restricciones no justificadas en el movimiento de los/as residentes en sus salidas y permanencia fuera.

(Sigue...)

INDICADORES GENERALES	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS Y REHABILITACIÓN	CONTROLES	
6. REFERIDOS A LA SALUD							
6.1. Indicadores comunes	Hay infraestructura y equipamientos adecuados para atender <i>in situ</i> los niveles de atención sanitaria que le corresponde prestar al centro.	<p>RATIO</p> <p>Existe un equipo interdisciplinar con la composición adecuada y número suficiente que asume la responsabilidad de la prevención, el seguimiento y el control de los sanitarios.</p> <p>Cuenta con el personal médico y de enfermería cubriendo todos los turnos.</p> <p>Existe suficiente personal auxiliar con la formación y entrenamiento específicos para asumir las correspondientes asistencias sanitarias.</p>	Se mantiene informado a los familiares del estado de salud de los/as residentes.	<p>Recaidas, agravamientos, causados por falta de asistencia médica.</p> <p>Residentes sin atención médica desde el inicio de la enfermedad.</p> <p>Abandono y olvido en la administración de medicamentos.</p> <p>Administración de medicamentos sin prescripción médica.</p> <p>Residentes con infecciones sin atender.</p> <p>Ausencia sin sustitución del personal sanitario que haya sido establecido como mínimo en las plantillas.</p> <p>Transmisión y contagio de infecciones en el seno del centro.</p>	<p>Hay la adecuada coordinación con otros servicios exteriores de atención médica en su caso (médicos de guardia, urgencias hospitalarias).</p> <p>Existen mecanismos bien establecidos entre los equipos de atención primaria y atención especializada, incluidos los externos al centro.</p> <p>Existe y se aplica con una periodicidad adecuada y establecida según las características del centro, un programa para detectar contagios e infecciones.</p> <p>Se promueve la actividad física, con programas específicos para cada tipología de residente.</p>	<p>Los niveles de atención primaria y especializada de la salud que le corresponde prestar al centro están establecidos por las Administraciones públicas, son objeto de inspección periódica y figuran en el tablón de anuncios.</p> <p>Hay una evaluación desde el ingreso, y luego un control y seguimiento, del estado de salud de cada residente.</p> <p>Todas las valoraciones y controles, todos los planes de seguimiento, son individualizados, por escrito y están anotados al día.</p> <p>Todos los cambios de situación de un/una residente generan una evaluación por escrito y un plan de tratamiento.</p> <p>Hay un control de las revisiones médicas fuera de la Residencia.</p>	

(Sigue...)

INDICADORES GENERALES	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	CONTROLES	
6. REFERIDOS A LA SALUD		<p>RATIO</p> <p>Existen personas que pueden acompañar y permanecer con los residentes cuando requieren traslado a un centro sanitario.</p>			<p>MEDIDAS</p> <p>Existe y se aplica con la adecuada temporalidad un programa de vacunaciones¹.</p> <p>Hay programas preventivos y se aplican para la detección precoz del cáncer de mama, de próstata, de diabetes y la tuberculosis.</p> <p>Existe y se aplica un programa de seguimiento de la tensión, los resultados están anotados.</p> <p>Existe y se aplica con la adecuada periodicidad una revisión anual de la vista y de las lentes correctoras.</p> <p>Ibidem, de las funciones óticas y de los audífonos.</p>		<p>CONTROLES</p> <p>Existe un listado anotado y al día de medicación individual.</p> <p>Ibidem, de curas.</p> <p>Existe un protocolo escrito de dispensación y almacenamiento de fármacos y está anotado al día.</p> <p>Existe control de la prevalencia anual de infecciones urinarias, respiratorias y de la piel, con medidas específicas para su prevención.</p> <p>Hay un control desde el ingreso de las enfermedades que pueden provocar contagios e infecciones, incluidas las de transmisión sexual y las respuestas seropositivas.</p> <p>Todas las evaluaciones, diagnósticas, planes de tratamiento son por escrito y están actualizadas.</p>

¹ Se han sugerido po lo/as expertos/as: antigripal anual; antineumónica al ingreso.

II. REPERTORIO DE INDICADORES ESPECÍFICOS

En la Primera Parte de este libro (epígrafe 2.3.) se han distinguido los indicadores específicos, porque se refieren a aquellos equipamientos, prácticas y controles que se tengan por necesarios para ofrecer una asistencia adecuada, en todos los centros, cualesquiera que sean las características específicas del centro.

El repertorio de indicadores específicos que incluye el modelo, según las cargas asistenciales a los que hagan referencia, es el siguiente:

1. *Relacionados con la existencia de residentes con enfermedades agudas, terminales y de riesgo vital.*
2. *Existencia de residentes con limitaciones en las funciones fisiológicas.*
3. *Existencia de residentes con limitaciones en la movilidad (en espacios interiores y/o exteriores).*
4. *Existencia de residentes con riesgos de caídas o que han sufrido caídas.*
5. *Cargas derivadas de residentes con limitaciones en las AVD instrumentales.*
6. *Existencia de residentes con limitaciones orgánicas para la comunicación y la interacción.*
7. *Con limitaciones en las funciones mentales y con problemas cognitivos.*
8. *Residentes con problemas emocionales, y/o depresivos.*
9. *Existencia de residentes con problemas de comportamiento.*
10. *Existencia de residentes con hábitos tóxicos.*

Sigue el detalle de sus contenidos.

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	CONTROLES	INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
1. RESIDENTES CON ENFERMEDADES AGUDAS, TERMINALES Y DE RIESGO VITAL							
1.1. Indicadores comunes	Hay infraestructura y equipamiento adaptados y adecuados, para atender <i>in situ</i> a estos residentes, según los niveles de asistencia que le corresponde prestar al centro. Hay una zona de enfermería adecuadamente equipada donde realizan una supervisión y control mayor de los procesos agudos.	RATIO Cuenta con suficiente personal médico y de enfermería, cubriendo todos los turnos. Existe un equipo interdisciplinar con la composición adecuada y en número suficiente que asume la responsabilidad de la prevención, el seguimiento y el control. Existe suficiente personal auxiliar con la capacitación y el entrenamiento específicos para asumir las correspondientes asistencias y atender las situaciones derivadas.	Existe y se aplica un programa de información y atención específicos, para los familiares de residentes en situación de riesgo vital. Existe y se aplica un programa de higiene diaria para las personas inconscientes.	Retraso en el envío a centros hospitalarios. Desatención del puesto de control de enfermería. Falta de control en el uso de la oxigenoterapia. Recaidas, agravamientos motivados por falta de la asistencia médica requerida. Recaidas o episodios graves por falta de medicación o administración inadecuada. Existencia de intoxicaciones por uso inadecuado de medicamentos.	Hay la adecuada coordinación con los otros servicios exteriores que intervienen o puedan intervenir. Existen mecanismos establecidos con los correspondientes equipos externos.	Están identificados desde el ingreso y anotados* los residentes con factores de riesgo. Los trastornos y dificultades de actividades residenciales, de quienes estén incluidos/as en estas cargas asistenciales. Se controla que cuidadores/as auxiliares y el resto del personal cumplan con las instrucciones y pautas específicas. El listado de medicación individual incluye un apartado específico. Hay una historia y un registro social de cada residente que se cumplimenta en el ingreso y se actualiza periódicamente.	Limitaciones inadecuadas o injustificadas a la participación en las actividades residenciales, de quienes estén incluidos/as en estas cargas asistenciales.

(Sigue...)

* Se han mencionado (sin carácter exhaustivo): un listado de hipertensos con sus fichas de control periódico anotadas y al día. Ibidem, de diabéticos

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS			INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES			
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO		DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
		RATIO	CAPACITACIÓN				
Indicadores específicos							
1.2. Que necesitan más de una cura diaria							
1.3. Residentes con cuidados paliativos	El lugar donde se encuentran estos/as residentes tiene el equipamiento y el decoro requeridos para la visita de familiares y amigos/as.			Existe y se aplica un programa adecuado para facilitar el tránsito de los enfermos terminales y atender a sus familiares.		Existe y se aplica un programa de cuidados paliativos.	El listado de curas incluye un apartado específico y está anotado en el momento de la cura. Están objetivados y se aplican los criterios deontológicos para evitar los sufrimientos y la prolongación injustificada de la agonía de los enfermos terminales.
1.4. Residentes con enfermedades* que implican riesgo vital				Se facilita asistencia religiosa a quienes la solicitan.			
1.5. Residentes con medicación especial** vital o de difícil manejo y con plurimedicación							

(Sigue...)

* Por determinar el listado completo de tales enfermedades. En el Delfos, se han incluido: enfermedades con alto componente incapacitativo, patologías crónicas avanzadas con descomposiciones frecuentes (BNCD, ICC, angor inestable); ACVA en fase subaguda; neumonías aspirativas de repetición, enfermedades oncológicas, alergias, gastrotomías, traqueotomías o colostomías.

** Parenteral, anticoagulantes, insulino terapia, etc.

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN		INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
					RATIO	CAPACITACIÓN	
1. RESIDENTES CON ENFERMEDADES AGUDAS, TERMINALES Y DE RIESGO VITAL							
1.6. Que necesitan de asistencia para la respiración (oxigenación y/o aspiración)						Existe el correspondiente listado y está permanentemente actualizado.	
1.7. Con fisioterapia y tratamientos rehabilitadores							

(Sigue...)

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	CONTROLES	INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
2. EXISTENCIA DE RESIDENTES CON LIMITACIONES EN LAS FUNCIONES FISIOLÓGICAS							
2.1. Indicadores comunes	Hay espacios adaptados y equipados para los usos que requiere la atención a estos residentes. Hay aparatos adecuados y suficientes para la movilización y las transferencias, que funcionan correctamente.	RATIO Existe un equipo interdisciplinar, con la composición adecuada y en número suficiente, que asume la responsabilidad de la prevención, el seguimiento y el control. Existe suficiente personal auxiliar con la formación y el entrenamiento específicos para asumir las correspondientes asistencias y atender las situaciones derivadas.		Inasistencia a los programas de rehabilitación de quienes tengan prescrito ese tratamiento. No se cambian las sondas en los periodos adecuados.	Hay actividades programadas de rehabilitación de las correspondientes funciones fisiológicas, y de la autonomía. Existen y se aplican programas de evaluación precoz.	Hay una adecuada valoración de cada uno de los residentes desde el ingreso con los datos necesarios para el seguimiento y la evaluación; y existe un programa continuo de evaluación. Se aplican instrumentos adecuados de diagnóstico y de evaluación. Hay un listado de residentes con las correspondientes limitaciones y cuidados asistenciales. Están identificados los residentes con factores de riesgo. Los trastornos y dificultades de nueva aparición son adecuadamente evaluados. Se lleva un control de los resultados de la rehabilitación.	Se imponen limitaciones inadecuadas o injustificadas a la participación en las actividades residenciales, relacionadas con estas cargas asistenciales.

(Sigue...)

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES	
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN			
					MEDIDAS	CONTROLES		
2. EXISTENCIA DE RESIDENTES CON LIMITACIONES EN LAS FUNCIONES FISIOLÓGICAS						<p>Hay una historia y un registro social de cada residente que se cumplimenta en el ingreso y se actualiza periódicamente.</p> <p>Los programas incluyen las instrucciones y pautas necesarias para el desempeño de los/as cuidadores.</p> <p>Se controla el cumplimiento de las instrucciones y pautas específicas, por parte de los/as cuidadores auxiliares y el resto del personal.</p>		
Indicadores específicos								
2.2. Residentes a los que hay que darles de comer, o que necesitan ayuda o supervisión permanente para comer.	Hay utillaje adecuado, suficiente y en buen estado.		Hay dietas adecuadas al tipo de residentes. Hay un programa específico con la necesaria flexibilidad horaria.				<p>Los controles diarios de ingesta de dietas nutricionales y el listado de ingesta de líquidos, incluye y distingue estas tipologías.</p> <p>La valoración nutricional y el control de los déficit nutricionales se hace con la periodicidad que requiera el estado de los/as pacientes.</p>	
2.3. Que necesitan alimentación enteral o parenteral (sonda, bomba de infusión, etcétera).								

(Sigue...)

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN		
					RATIO	CAPACITACIÓN	
2. EXISTENCIA DE RESIDENTES CON LIMITACIONES EN LAS FUNCIONES FISIOLÓGICAS							
2.4. Residentes a los que hay que bañarles total o parcialmente; que necesitan ayuda para el aseo y la limpieza personal				No van correctamente aseo, peinados, afeitados. No se detecta y corrige cualquier problema de olor personal. No se realiza la higiene diaria.		Existe y se aplica un programa específico para asegurar que este tipo de residentes va aseo y limpio.	
2.5. Residentes a los que hay que vestirles, o que necesitan ayuda o supervisión permanente para vestirse	La dotación y reposición del vestuario es suficiente. Hay vestuario adaptado para facilitar la autonomía.			Residentes que, caminan en chanclas; con cordones sin enfiar, o desabrochados; ropa sucia, arrugada, de cama.		Adecuación de la ropa para la estación y la ocasión, según el grado de dependencia. Existe y se aplica un programa para asegurar que esta tipología de residentes van correctamente vestidos y calzados, con la ropa limpia, planchada, adecuadamente abotonada, de calle.	

(Sigue...)

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	CONTROLES	INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
2. EXISTENCIA DE RESIDENTES CON LIMITACIONES EN LAS FUNCIONES FISIOLÓGICAS							
2.5. Con incontinencia urinaria y/o fecal (total, moderada, habitual)	Se utilizan colchones antiúlceras. Existe la adecuada disponibilidad de pañales absorbentes.	Se aplican con competencia las técnicas específicas para realizar cambios de pañales y ponerles al WWC.	Están correctamente controlados los malos olores tanto en habitaciones como en servicios comunes. Se acompaña diligentemente al servicio WWC a quienes lo requieren.	Residentes, incontinentes con pañales sucios o ropas manchadas. Residentes con escoceduras.	Existe y se aplica un programa específico de prevención de incontinencias. Existe y se aplica un programa de promoción de continencia y de reentrenamiento vesical.	Los listados incluyen: • Tipos de incontinencias. • Listado de diuresis. • Listado de ritmo intestinal individual.	
2.6. Necesitados de ayuda para orinar o defecar						Hay un control individual por escrito y al día del recurso a laxantes y enemas. Hay un control individual por escrito y al día del ritmo y frecuencia intestinal.	

(Sigue...)

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN		INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
					RATIO	CAPACITACIÓN	
3. EXISTENCIA DE RESIDENTES CON LIMITACIONES EN LA MOVILIDAD (EN ESPACIOS INTERIORES Y/O EXTERIORES)							
3.1. Indicadores comunes		<p>Existe un equipo interdisciplinar con la composición adecuada y en número suficiente, que asume la responsabilidad de la prevención, el seguimiento y el control.</p> <p>Existe suficiente personal auxiliar con la formación y entrenamiento específicos para asumir las correspondientes asistencias y atender las situaciones derivadas.</p> <p>Se proporcionan los correspondientes cursillos de prevención para residentes y personal.</p>		<p>Inexistencia a los programas de rehabilitación de quienes tengan prescrito ese tratamiento.</p>	<p>Hay actividades programadas de rehabilitación de las correspondientes funciones fisiológicas y de potenciación de la autonomía.</p> <p>Existen y se aplican programas de evaluación precoz.</p>	<p>Hay una adecuada valoración de cada uno de los residentes desde el ingreso, con los datos necesarios para el seguimiento; y existe un programa continuo de evaluación.</p> <p>Se aplican instrumentos adecuados de diagnóstico y de evaluación.</p> <p>Hay un listado de residentes con limitaciones en la movilidad interior y/o exterior.</p> <p>Hay un seguimiento de los deterioros y mejoras de la movilidad dentro y fuera de la Residencia en función de los niveles de dependencia.</p> <p>Se lleva el control de los resultados de la rehabilitación.</p>	<p>limitaciones inadecuadas o injustificadas a la participación en las actividades residenciales; relacionadas con estas cargas asistenciales.</p>

(Sigue...)

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN		INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
					RATIO	CAPACITACIÓN	
3. EXISTENCIA DE RESIDENTES CON LIMITACIONES EN LA MOVILIDAD (EN ESPACIOS INTERIORES Y/O EXTERIORES)						Están identificados los residentes con factores de riesgo. Los trastornos y dificultades de nueva aparición son adecuadamente evaluados. Hay una historia y un registro social de cada residente que se cumplimenta en el ingreso y se actualiza periódicamente.	
3.2. Existencia de residentes con limitaciones en la movilidad en espacios interiores:							
3.2.1. Indicadores comunes	El diseño de la Residencia es adecuado para las personas con estas dificultades. Se analizan periódicamente los factores del entorno que dificultan la movilidad y se corrigen.		Se aseguran los desplazamientos y el uso de todos los servicios a los residentes que tengan limitaciones en la movilidad pero que no requieran encamamiento		Existe y se aplica un programa de AVD residenciales para cada grado de limitación en función de los niveles de dependencia. Hay y se aplica un programa específico para asegurar la participación en las actividades de quienes puedan hacerlo si se les traslada y/o se les acompaña.	Los programas incluyen las instrucciones y pautas específicas para el desempeño de los/as cuidadores/as. Se controla el cumplimiento de las instrucciones y pautas específicas por parte de los/as cuidadores auxiliares y resto del personal.	

(Sigue...)

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES					
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO		DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	CONTROLES	INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
		RATIO	CAPACITACIÓN					
3. EXISTENCIA DE RESIDENTES CON LIMITACIONES EN LA MOVILIDAD (EN ESPACIOS INTERIORES Y/O EXTERIORES)								
3.2.2. Residentes encamados; y/o limitados a trasladarse entre la cama y el sillón; que pueden acostarse o levantarse de la cama, pero siempre con ayuda	Las camas son adecuadas en altura. Se utilizan colchones antilúceras. Las habitaciones son adecuadas para el confort y para los contactos familiares en los períodos de encamamiento. Hay las instalaciones y los aparatos adecuados; funcionan correctamente y están accesibles para que puedan fácilmente requerir la ayuda o atención que necesiten.			Hay una respuesta diligente a las demandas de atención que hagan las personas encamadas o necesitadas de transferencia. Residentes con úlceras por presión. Residentes que permanezcan encamados sin causa clínica.	Residentes con úlceras por presión. Residentes que permanezcan encamados sin causa clínica.	Hay un programa específico de movilización y cambios posturales, que se aplican con la adecuada frecuencia. Las grúas se utilizan en la práctica cada vez que se necesite. Existe y se aplica un programa para disminuir la habitual en la cama.	Control de que sólo permanecen encamadas personas por causa clínica y con prescripción médica. Hay un listado específico de los residentes con riesgo de úlceras. Existe y se aplica un listado de prevención de úlceras. Existe y se aplica un listado de residentes que necesitan movilización con grúas.	

(Sigue...)

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	CONTROLES	INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
3. EXISTENCIA DE RESIDENTES CON LIMITACIONES EN LA MOVILIDAD (EN ESPACIOS INTERIORES Y/O EXTERIORES)							
3.2.3. Residentes cuya movilidad dentro de la Residencia está condicionada al uso de la silla de ruedas; que necesiten silla de ruedas para distancias superiores a los 300m.	Existen las sillas de ruedas y el resto de ayudas técnicas necesarias y tienen el adecuado diseño para la automovilidad y para las transferencias. Hay zonas de descanso estudiadas para estas personas.	RATIO Hay acompañantes* disponibles para facilitar la movilidad.			Existen y se aplica un programa específico de movilidad asistida y con recurso a técnicas.		
3.2.4. Residentes que pueden caminar, pero con ayuda de técnicas y/o de otra u otras personas, por el interior de la Residencia							

(Sigue...)

* Empleados, voluntarios, familiares, otros residentes.

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN		INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
					RATIO	CAPACITACIÓN	
3.3. Existencia de residentes con limitaciones en la movilidad en espacios exteriores							
3.3.1. Indicadores comunes	<p>La Residencia está bien comunicada.</p> <p>Hay un entorno adecuado para las personas con estas dificultades.</p> <p>Se analizan periódicamente las barreras arquitectónicas y los factores del entorno que afectan a la movilidad y se corrigen **.</p>		Encerramiento de los residentes que tengan prescritas salidas al aire libre.	<p>Existe y se aplica un programa de AVD extrarresidenciales, específico para cada grado de limitación en función de los niveles de dependencia.</p> <p>Existe y se aplica un programa específico para asegurar la participación en las salidas y actividades extrarresidenciales de quienes puedan hacerlo si se les trasladada y/o acompañar.</p> <p>Se asegura la hidratación y la demanda de oxigenación de aquellos residentes que no pueden salir al exterior.</p>	<p>Se controlan las carencias vitamínicas en residentes que tienen falta de exposición al sol.</p> <p>Los programas incluyen las instrucciones y las pautas específicas para el desempeño de los/as cuidadores/as, auxiliares y el resto del personal.</p> <p>Se controla el cumplimiento de esas instrucciones y pautas específicas.</p>		

(Sigue...)

** Cuando sea necesario, solicitando la intervención de los Ayuntamientos u otros organismos responsables.

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN		INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
					RATIO	CAPACITACIÓN	
3. EXISTENCIA DE RESIDENTES CON LIMITACIONES EN LA MOVILIDAD (EN ESPACIOS INTERIORES Y/O EXTERIORES)							
3.3.2. Puede caminar pero no usar transportes públicos		Hay acompañantes* disponibles para facilitar la movilidad y los desplazamientos.	Se aseguran los medios de locomoción a todos los residentes con esta limitación.				
3.3.3. Puede caminar con ayudas, técnicas y/o de otra u otras personas			Se asegura el paseo de todos los residentes no encamados que tengan dificultades de movilidad.				
3.3.4. No puede caminar ni acompañado de otra/s personas							
3.3.5. Con deambulación errática, asociada a deterioro cognitivo				Existencia de residentes perdidos fuera de la Residencia.			

(Sigue...)

* Empleados, voluntarios, familiares, otros residentes.

INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES							
INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO		DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN		INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
			RATIO	CAPACITACIÓN			MEDIDAS	CONTROLES	
4. EXISTENCIA DE RESIDENTES CON RIESGOS DE CAÍDAS O QUE HAN SUFRIDO CAÍDAS									
4.1. Indicadores comunes	Se evalúan, identifican y eliminan los lugares y factores de riesgo. Se identifican y eliminan periódicamente los objetos cuya existencia, diseño o ubicación pueden ocasionar posturas inadecuadas, accidentes, tropiezos o caídas. Hay barandillas y asideros en lugares de riesgo. Es adecuada la altura de las camas y tienen sistemas de sujeción. La luminosidad es suficiente y adecuada. Se identifican los lugares poco iluminados. Hay aparatos adecuados y suficientes para la movilización y las transferencias, que funcionan.	Existe un equipo interdisciplinar con la composición adecuada y en número suficiente que asume la responsabilidad de la prevención, el seguimiento y el control. Existe suficiente personal auxiliar con la formación y entrenamiento específicos para asumir las correspondientes asistencias y atender las situaciones derivadas. Se preparan cursillos de prevención para residentes y personal.	Inconsistencia a los programas de rehabilitación, de quienes tengan prescrito ese tratamiento. Suelos deslizantes o resbaladizos con agua o hielo, con grasa, con cera deslizante y otros productos que hacen resbalar. Muebles inestables, con apoyos insuficientes, angulosos, en lugar de paso, inalcanzables. Iluminación insuficiente en lugares peligrosos (focos fundidos, etcétera).	Se tratan los problemas podológicos y otros trastornos en la marcha. Hay actividades programadas de rehabilitación de las correspondientes funciones fisiológicas y de potenciación de la autonomía. Existe y se aplica un programa de prevención de caídas. Hay un sistema de evaluación clínica adecuado tras la caída. Se controla el estado de muletas, andadores y resto de aparatos para la ambulancia.	Se aplican instrumentos adecuados de diagnóstico y de evaluación. Se lleva el control de los resultados de la rehabilitación. Se analizan al menos trimestralmente, todas las caídas para detectar factores comunes. Hay un Registro con las circunstancias y las consecuencias de las caídas. Hay una adecuada valoración de cada uno de los residentes desde el ingreso, con los datos necesarios para el seguimiento y la evaluación, y existe un programa continuo de evaluación. Existe un listado de residentes con riesgo de caídas y que hayan sufrido caídas.	Limitaciones inadecuadas o injustificadas a la participación en las actividades residenciales, relacionadas con estas cargas asistenciales.			

(Sigue...)

* También se sugieren otras periodicidades.

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN		
					RATIO	CAPACITACIÓN	
4. EXISTENCIA DE RESIDENTES CON RIESGOS DE CAÍDAS O QUE HAN SUFRIDO CAÍDAS						El listado incluye a residentes con deambulación errática asociada a deterioros cognitivos y a todos los que tengan deterioros en la AVD y en la movilidad que sean causa de riesgo. Existen instrucciones y pautas específicas para los/as cuidadores auxiliares y el resto del personal y se controla su cumplimiento. Hay una historia y un registro social de cada residente que se cumplimenta en el ingreso y se actualiza periódicamente.	
Indicadores específicos							
4.2. Con pérdidas del equilibrio, cualquiera que sea la causa (patología, accidentes, fármacos, etc.)						Existe y se aplica un programa específico de rehabilitación para trastornos de la marcha y del equilibrio.	Existe un seguimiento de los efectos de los psicotrópicos.

(Sigue...)

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN		INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
					RATIO	CAPACITACIÓN	
4. EXISTENCIA DE RESIDENTES CON RIESGOS DE CAÍDAS O QUE HAN SUFRIDO CAÍDAS							
4.3. Con problemas de visión							
4.4. Con problemas osteomusculares							
4.5. Con fracturas producidas por caídas						Todas las valoraciones y controles, todos los planes de seguimiento y tratamiento son individualizados y están anotados por escrito y al día.	

(Sigue...)

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	CONTROLES	INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
5. CARGAS DERIVADAS DE RESIDENTES CON LIMITACIONES EN LAS AVD INSTRUMENTALES		RATIO Capacitación					
5.1. Indicadores comunes		Existe un equipo interdisciplinar con la composición adecuada y en número suficiente que asume la responsabilidad de la prevención, el seguimiento y el control. Existe suficiente personal auxiliar con la formación y entrenamiento específicos para asumir las correspondientes asistencias y atender las situaciones derivadas.		Inexistencia a lo programas de rehabilitación de quienes tengan prescrito ese tratamiento.	Hay actividades programadas de rehabilitación de las funciones correspondientes fisiológicas y de potenciación de la autonomía. Existen y se aplican programas de evaluación precoz.	Se lleva el control de los resultados de la rehabilitación. Se aplican instrumentos adecuados de diagnóstico y evaluación. Hay una adecuada valoración de cada uno de los residentes desde el ingreso, con los datos necesarios para el seguimiento y la evaluación; y existe un programa continuo de evaluación. Los trastornos y dificultades de nueva aparición son adecuadamente evaluados. Existen instrucciones y pautas específicas para los/as cuidadores auxiliares y el resto del personal y se controla su cumplimiento. Hay una historia y un registro social de cada residente que se cumplimenta en el ingreso y se actualiza periódicamente.	Limitaciones inadecuadas o injustificadas a la participación en las actividades residenciales, relacionadas con estas cargas asistenciales.

(Sigue...)

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES			
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
Indicadores específicos						
5.2. Incapacitados para utilizar el teléfono sin ayuda	Existen aparatos diseñados para estas personas.		Pueden disponer en cualquier momento de la ayuda necesaria para atender o hacer una llamada.			Hay un seguimiento no fiscalizador de la eventuales dificultades que vayan apareciendo.
5.3. Incapacitados para manejar, cambiar, administrar dinero	Hay cajas fuertes para la custodia del dinero y de los objetos de valor.	Hay cuidadores/as* capacitados para que los/as residentes puedan llevar el control económico y la gestión de sus asuntos, en la medida de sus capacidades.	Tiene apoyo para manejar y guardar dinero y objetos de valor.			Ibidem de las dificultades surgidas en el manejo de los cobros y pagos.
5.4. Incapacitados para leer sin ayuda		Hay cuidadores/as* para prestar la ayuda suficiente.	Tienen apoyo para leer y escribir cartas, documentos, etc.			
5.5. Ibidem con trastornos graves de la audición						

(Sigue...)

* Personal, voluntarios, familiares.

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	CONTROLES	INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
6. EXISTENCIA DE RESIDENTES CON LIMITACIONES ORGANIZACIONALES PARA LA COMUNICACIÓN Y LA INTERACCIÓN							
6.1. Indicadores comunes	<p>El diseño de la Residencia es adecuado para las personas con estas dificultades.</p> <p>Periódicamente, se evalúan, identifican y eliminan los lugares de riesgo.</p> <p>La luminosidad y señalización son suficientes y adecuadas.</p> <p>Se identifican y eliminan los lugares mal señalizados, poco iluminados.</p> <p>Existe la infraestructura y el equipamiento necesarios para la Residencia de estas personas.</p>	<p>Existe el personal preparado y entrenado para comunicarse y atender las necesidades de estas personas.</p> <p>Hay acompañantes* disponibles para facilitar la información y comunicación.</p>	<p>Se recurre a las nuevas tecnologías para facilitar el acceso a la información y comunicación a estas tipologías de residentes.</p> <p>Estas limitaciones no son causa de segregación ni de exclusión en el resto de las actividades programadas que se llevan a cabo dentro y fuera de la Residencia.</p>	<p>Inistencia a los programas de rehabilitación y de entrenamiento sensorial de quienes tengan prescrito ese tratamiento.</p>	<p>Existen y se aplican programas específicos de rehabilitación para estimular el uso de otros sentidos, a quienes no ven o no oyen suficientemente.</p>	<p>Hay una adecuada valoración de cada uno de los resultados desde el ingreso, con los datos necesarios para el seguimiento y la evaluación; y existe un programa continuo de evaluación.</p> <p>Están identificados los residentes con factores de riesgo.</p> <p>Están incluidos en los programas de prevención de caídas.</p> <p>Se lleva el control de los resultados de la rehabilitación.</p> <p>Los programas incluyen las instrucciones y pautas necesarias para el desempeño de los/as cuidadores auxiliares y el resto del personal y se controla su cumplimiento.</p>	<p>Limitaciones inadecuadas o injustificadas a la participación en las actividades residenciales, relacionadas con estas cargas asistenciales.</p>

(Sigue...)

* Empleados, voluntarios, familiares, otros residentes.

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN		
					MEDIDAS	CONTROLES	
6. EXISTENCIA DE RESIDENTES CON LIMITACIONES ORGANIZACIONALES PARA LA COMUNICACIÓN Y LA INTERACCIÓN						Los trastornos y dificultades de nueva aparición son adecuadamente evaluados Hay una historia y un registro social de cada residente que se cumplimenta en el ingreso y se actualiza periódicamente	
Indicadores específicos							
6.2. Invidentes							
6.3. Con dificultades para leer aun con gafas	Hay aparatos amplificadores de textos y de imágenes y funcionan correctamente.		Tienen apoyo y ayuda para leer y escribir cartas, documentos, etc.			Se llevan a cabo revisiones de la vista, incluyendo las lentes, con la periodicidad que resulte adecuada para este tipo de pacientes.	
6.4. Con dificultades para escuchar una conversación aun a pesar de utilizar audifonos u otras ayudas	Hay fimbres visuales para sordos y funcionan correctamente.				Se controla y corrige la contaminación acústica y el exceso de ruido ambiental.	Se lleva a cabo la revisión óptica, incluyendo los audifonos, con la periodicidad que resulte adecuada para este tipo de pacientes.	
6.5. Con dificultades para hablar			Pueden disponer en cualquier momento de la ayuda necesaria para atender o hacer una llamada.		Hay programas específicos de logoterapia y se aplican.		

(Sigue...)

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	CONTROLES	INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
7. CON LIMITACIONES EN LAS FUNCIONES MENTALES Y CON PROBLEMAS COGNITIVOS							
7.1. Indicadores comunes	<p>El diseño de la Residencia es adecuado para la orientación, el reconocimiento y la identificación de espacios y usos.</p> <p>Existen circuitos para permitir el vagabundeo.</p> <p>Existe una estructuración espacial en módulos de atención integral especializados según necesidades derivadas de trastornos de comportamiento*.</p>	<p>Existe un equipo interdisciplinar con la composición adecuada y en número suficiente que asume la responsabilidad de la prevención, el seguimiento y el control.</p> <p>El personal auxiliar es suficiente y ha recibido la formación y el entrenamiento específico para asumir las correspondientes asistencias y atender las situaciones derivadas.</p>	<p>La necesidad de separar a los residentes cuyo nivel de deterioro lo requiera, no se hace introduciendo medidas de segregación o de institucionalización.</p> <p>Las condiciones de vida de estos residentes garantizan el mismo confort y calidad ambiental que el resto.</p>	<p>Se adoptan medidas de restricción de la movilidad que no han sido prescritas por los médicos.</p> <p>Existen residentes sedados sin prescripción médica.</p> <p>Inasistencia a los programas de rehabilitación de quienes tienen prescrito ese tratamiento.</p> <p>Posibilidad de acceso de personas con minusvalías psíquicas a zonas de riesgo.</p> <p>Carecer de los expedientes referidos a los órdenes judiciales de internamiento, y de la relación de incapacitados legítimamente.</p>	<p>Existen y se aplican medidas no fiscalizadas de seguridad para evitar huidas.</p> <p>Existen y se aplican programas específicos de rehabilitación.</p> <p>Existen y se aplican programas específicos de psicogeriatría, psicoterapia y asistencia psicológica.</p> <p>Existen y se aplican programas de evaluación precoz.</p> <p>Ítem de terapia ocupacional.</p>	<p>Hay una adecuada valoración de cada uno de los residentes desde el ingreso, con los datos necesarios para el seguimiento y la evaluación; y existe un programa continuo de evaluación.</p> <p>Hay un listado de residentes con demencia por grados.</p> <p>Ítem, con problemas de memoria.</p> <p>Se aplican instrumentos adecuados de diagnóstico y de evaluación.</p> <p>Están identificados los residentes con factores de riesgo.</p> <p>Existen instrucciones y pautas específicas por parte de los/as cuidadores auxiliares y el resto del personal; y se controla su cumplimiento.</p>	<p>Limitaciones inadecuadas o injustificadas a la participación en las actividades residenciales, relacionadas con estas cargas asistenciales.</p>

(Sigue...)

* No existe acuerdo al respecto.

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN		
					RATIO	CAPACITACIÓN	
7. CON LIMITACIONES EN LAS FUNCIONES MENTALES Y CON PROBLEMAS COGNITIVOS						<p>Los trastornos y dificultades de nueva aparición son adecuadamente evaluados.</p> <p>Hay una historia y un registro social de cada residente que se cumplimenta en el ingreso y se actualiza periódicamente.</p>	
Indicadores específicos							
7.2. Con alteraciones severas de la memoria y de la orientación						Existen y se aplican programas específicos de entrenamiento de la memoria, con seguimiento individualizado.	
7.3. Residentes dementes							

(Sigue...)

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES	
8. RESIDENTES CON PROBLEMAS EMOCIONALES Y/O DEPRESIVOS							
8.1. Indicadores comunes		<p>RATIO</p> <p>Existe un equipo interdisciplinar con la composición adecuada y en número suficiente que asume la responsabilidad de la prevención, el seguimiento y el control.</p> <p>El personal auxiliar es suficiente y ha recibido la formación y entrenamiento específicos para asumir las correspondientes asistencias y atender las situaciones derivadas.</p>	<p>Hay tolerancia para la tenencia de mascotas, en adecuadas condiciones de convivencia.</p> <p>Sedaciones o inmovilizaciones que no respondan a prescripción facultativa.</p> <p>Inasistencia a los programas de rehabilitación de quienes tengan prescrito ese tratamiento.</p>	<p>Residentes que llevan a cabo intentos de suicidio.</p> <p>Sedaciones o inmovilizaciones que no respondan a prescripción facultativa.</p> <p>Inasistencia a los programas de rehabilitación de quienes tengan prescrito ese tratamiento.</p>	<p>Existen y se aplican programas específicos para la detección precoz de estos problemas.</p> <p>Existen y se aplican programas específicos colectivos e individualizados, de carácter psicosocial para el apoyo y en su caso el tratamiento.</p> <p>Existen y se aplican programas específicos para residentes con disimia y depresión.</p> <p>Existen y se aplican programas específicos para detectar y tratar el síndrome del ingreso y de la institucionalización</p>	<p>Hay una adecuada valoración de cada uno de los residentes desde el ingreso, con los datos necesarios para el seguimiento y la evaluación; y existe un programa continuo de evaluación.</p> <p>Se aplican instrumentos adecuados de diagnósticos y de evaluación.</p> <p>Hay una historia y un registro social de cada residente que se cumplimenta en el ingreso y se actualiza periódicamente.</p> <p>Están identificados los residente con factores de riesgo.</p> <p>Hay un seguimiento individualizado del uso de fármacos antidepresivos.</p> <p>Existen instrucciones y pautas necesarias para el desempeño de cuidadores auxiliares y el resto del personal; y se controla su cumplimiento.</p>	<p>Limitaciones inadecuadas o injustificadas a la participación en las actividades residenciales relacionadas con estas cargas asistenciales.</p> <p>Hay listado de residentes con depresiones.</p> <p>Se les impone un régimen de vigilancia no compatible con la libertad de la persona.</p>

(Sigue...)

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS			INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO		DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN		INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
		RATIO	CAPACITACIÓN			MEDIDAS	CONTROLES	
8. RESIDENTES CON PROBLEMAS EMOCIONALES Y/O DEPRESIVOS							Los trastornos y dificultades de nueva aparición son adecuadamente evaluados.	
Indicadores específicos								
8.2. Con antecedentes o intentos de suicidio						Se han identificado y eliminado o puesto bajo control los objetos con los que pueden lastimarse o lastimarse	Control no fiscalizador de los comportamientos de riesgo para la vida o de autolesiones.	
8.3. Que expresan deseos de morir								
8.4. Que se niegan a recibir a sus familiares y a recibir visitas	Las áreas de relación son adecuadas y permiten la privacidad.					Existe y se aplica un programa específico de intervención y apoyo familiar. Se programan actividades a "puertas abiertas".	Hay un control no fiscalizador de las carencias de interacciones.	Restricciones no justificadas a la interacción con familiares y amigos.
8.5. Residentes que manifiestan pérdida de autoestima, sentimientos de inutilidad							Control no fiscalizador de los comportamientos de riesgo para la vida o de autolesiones.	
8.6. Residentes que no quieren vivir en Residencias	Se examinan las otras posibles alternativas que existen a la vida en la Residencia.						Residentes que huyen de la Residencia.	

(Sigue...)

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	CONTROLES	INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
9. EXISTENCIA DE RESIDENTES CON PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO							
9.1. Indicadores comunes		<p>RATIO</p> <p>Existe un equipo interdisciplinar con la composición y en número suficiente que asume la responsabilidad de la prevención, el seguimiento y el control, para atender a este tipo de residentes.</p> <p>El personal auxiliares suficiente y ha recibido la formación y el entrenamiento específico para asumir las correspondientes asistencias y atender las situaciones derivadas.</p>		<p>Inexistencia a los programas de rehabilitación de quienes tengan prescrito ese tratamiento.</p>	<p>Existe y se aplica un programa de manejo de los trastornos del comportamiento.</p> <p>Existe y se aplica un programa específico para prevenir los comportamientos disruptivos.</p>	<p>Hay una adecuada valoración de cada uno de los residentes desde el ingreso, con los datos necesarios para el seguimiento y la evaluación; y existe un programa continuo de evaluación.</p> <p>Se aplican instrumentos adecuados de diagnóstico y de evaluación.</p> <p>Los programas incluyen las instrucciones y pautas necesarias para el desempeño de cuidadores, auxiliares y el resto del personal; y se controla su cumplimiento.</p> <p>Hay una historia y un registro social de cada residente que se cumplimenta en el ingreso y se actualiza periódicamente.</p>	<p>Limitaciones inadecuadas o injustificadas a la participación en las actividades residenciales, relacionadas con estas cargas asistenciales.</p>

(Sigue...)

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS			INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO		DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN		INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
		RATIO	CAPACITACIÓN			MEDIDAS	CONTROLES	
9. EXISTENCIA DE RESIDENTES CON PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO							Los trastornos y dificultades de nueva aparición son adecuadamente evaluados.	
Indicadores específicos								
9.2. Que realizan actividades peligrosas o molestas para ellos mismos y para los demás					Personas lesionadas o autolesionadas.	Se han identificado y eliminado o puesto bajo control los objetos con los que pueden lastimar o lastimarse.		
9.3. Que agreden, pegan, insultan								
9.4. Que destruyen objetos propios o ajenos								
9.5. Con trastornos en la conducta sexual					Personas agredidas sexualmente.		Hay un control no fiscalizador de las conductas sexuales que puedan molestar al resto de residentes.	Se imponen limitaciones no justificadas por los trastornos de conducta a la manifestación y el ejercicio de la sexualidad.

(Sigue...)

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA CARGA ASISTENCIAL	INDICADORES DE SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN DE EQUIPAMIENTOS		INDICADORES DE PRÁCTICAS Y CONTROLES				INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES
	EQUIPAMIENTO MATERIAL	EQUIPAMIENTO HUMANO	DE ATENCIÓN	DE DESATENCIÓN	MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	CONTROLES	
10.1. Indicadores comunes	Hay espacios adaptados y equipados para los usos que requiere la atención a estos residentes.	RATIO Existe un equipo interdisciplinar con la composición y en número suficiente que asume la responsabilidad de la prevención, el seguimiento y el control, para atender a este tipo de residentes.		Inistencia a los programas de deshabituación de quienes tengan prescrito ese tratamiento.	Existen y se aplican programas específicos de deshabituación.	Existe un diagnóstico desde el ingreso y un seguimiento individual anclado y actualizado. Se lleva el control de los resultados de la rehabilitación. Existen instrucciones y pautas específicas por parte de los/as cuidadores auxiliares y el resto del personal; y se controla su cumplimiento. Hay una historia y un registro social de cada residente que se cumple en el ingreso y se actualiza periódicamente.	Limitaciones inadecuadas o injustificadas a la participación en las actividades residenciales, relacionadas con estas cargas asistenciales.
Indicadores específicos							
10.2. Con adicción al alcohol				Consumo no controlado médicamente de productos tóxicos.			
10.3. Con adicción a otras drogas							
10.4. Con adicción al tabaco			Hay medidas explícitas, regladas y adecuadas para proteger a los/as no fumadores/as.				

TERCERA PARTE

**RESULTADO DEL DELFOS CON
ESPECIALISTAS EN TEMAS DE
RESIDENCIAS PARA MAYORES**

ÍNDICE

	<i>Páginas</i>
I. DISEÑO Y APLICACIÓN DEL DELFOS	79
1. LA METODOLOGÍA.....	81
2. FASES Y CONTENIDOS.....	82
2.1. Objetivos de las aplicaciones.....	83
3. ESPECIALISTAS QUE HAN PARTICIPADO EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN.....	86
II. (HISTOGRAMAS CON LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN.....	87
4. PRIMERA FASE: INDICADORES PARA LA IDENTIFICACIÓN Y COMPARACIÓN DE LAS DISTINTAS CARGAS ASISTENCIALES QUE TIENEN LAS RESIDENCIAS.....	89
4.1. <i>Primera aplicación del Delfos: Selección del repertorio de cargas asistenciales que conviene elegir para diseñar los indicadores.</i>	89
4.1.1. Diseño de la primera aplicación.....	89
4.1.2. Evaluaciones referidas a las cargas asistenciales..	90
<i>Primera evaluación: Tipologías de residentes en situaciones de riesgo vital o en situaciones de un grave empeoramiento</i>	91

	<u>Páginas</u>
<i>Segunda evaluación:</i> Con limitaciones relacionadas con las funciones fisiológicas	95
<i>Tercera evaluación:</i> Con limitaciones en AVD básicas: en la movilidad en los espacios interiores	98
<i>Cuarta evaluación:</i> Con limitaciones en AVD básicas: en la movilidad en los espacios exteriores	100
<i>Quinta evaluación:</i> Evaluación de los riesgos de caídas ..	102
<i>Sexta evaluación:</i> Evaluación de las cargas derivadas de problemas médicos	104
<i>Séptima evaluación:</i> Con limitaciones en AVD instrumentales.....	108
<i>Octava evaluación:</i> Con limitaciones de las funciones mentales, con problemas, cognitivos y de orientación	110
<i>Novena evaluación:</i> Con problemas de memoria	111
<i>Décima evaluación:</i> Con problemas emocionales.....	113
<i>Undécima evaluación:</i> Con problemas de comportamiento y de comunicación.....	115
4.1. <i>Segunda evaluación del Delfos: Selección de indicadores para evaluar si la Residencia está en condiciones de afrontar las cargas asistenciales que tiene.....</i>	117
4.2.1. Diseño de la segunda aplicación	117
4.2.2. Evaluaciones referidas a la capacidad de afrontar las cargas materiales.....	118
A) Indicadores de la suficiencia y la adecuación del equipamiento material y humano para atender a las necesidades y demandas de los/as residentes	119

	<u>Páginas</u>
a1.) Equipamientos cuya necesidad es compartida	121
a2.) Equipamientos específicos para cada carga asistencial: .	124
1.º Residentes con limitaciones en las funciones fisiológicas	124
2.º Residentes con dificultades para moverse en los espacios interiores	125
3.º Las necesidades de los/as residentes con imitaciones de movilidad en los espacios exteriores	126
4.º Las necesidades relacionadas con los riesgos de de caídas.....	127
5.º Los problemas médicos de los/as residentes	128
6.º Las necesidades de los residentes con limitaciones en las AVD instrumentales.....	129
7.º Los/as residentes con problemas cognitivos y de orientación	130
8.º Los/as residentes con problemas de memoria	131
9.º Los/as residentes con problemas emocionales.....	132
10. Los problemas de comportamiento y de comunicación.....	133
B) Indicadores de la atención-desatención que reciben los/as residentes en función de las cargas asistenciales.....	135
b1.) Atenciones cuya necesidad es compartida	137
b2.) Atenciones/desatenciones específicas para cada carga asistencial:	141

1.º Los/as residentes con limitaciones en las funciones fisiológicas.....	141
2.º Los/as residentes con dificultades para moverse en los espacios interiores	144
3.º Los/as residentes con limitaciones de movilidad en los espacios exteriores.....	145
4.º Los/as residentes con riesgos de caídas.....	146
5.º Los/as residentes con problemas médicos.....	148
6.º Los/as residentes con limitaciones en las AVD instrumentales	149
7.º Los/as residentes con problemas cognitivos	150
8.º Los/as residentes con problemas de memoria	151
9.º Los/as residentes con problemas emocionales (una vez eliminados los comportamientos relacionados con las demencias)	152
10. Los/as residentes con problemas de comportamiento y de comunicación	153
c) Indicadores de la existencia y de la calidad de las medidas de prevención y rehabilitación.....	155
c1.) Atenciones cuya necesidad es compartida	157
c2.) Medidas específicas de prevención y de rehabilitación ..	160
1.º Los/as residentes con limitaciones en las funciones fisiológicas	160

	<u>Páginas</u>
2.º Los/as residentes con dificultades para moverse en los espacios interiores	161
3.º Los/as residentes con limitaciones de movilidad en los espacios exteriores.....	162
4.º Los/as residentes con riesgos de caídas.....	164
5.º Los/as residentes con problemas médicos.....	166
6.º Los/as residentes con limitaciones en las AVD instrumentales.....	168
7.º Los/as residentes con problemas cognitivos	168
8.º Los/as residentes con problemas de memoria	169
9.º Los/as residentes con problemas emocionales.....	170
10. Los/as residentes con problemas de comportamiento y comunicación	172
5. SEGUNDA FASE: SELECCIÓN DE INDICADORES PARA CONOCER Y EVALUAR LAS PRÁCTICAS QUE AFECTAN A LA ASISTENCIA Y A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS/AS RESIDENTES.....	173
5.1. Tercera aplicación del Delfos: Selección del repertorio de prácticas	173
5.1.1. Diseño de la tercera aplicación.....	173
5.1.2. Evaluaciones referidas a la calidad de asistencia.....	173
A) Indicadores de las medidas de prevención	177

1.1.	<i>Indicadores de prevención</i>	177
1.2.	<i>Evaluaciones periódicas destinadas a la prevención</i>	179
B)	Listados y controles que requiere un buena atención.....	183
2.1.	<i>Documentación que debe existir y estar al día para ofrecer una buena atención y calidad de vida</i>	185
2.2.	<i>Documentación que debe existir y estar al día para el seguimiento de las intervenciones destinadas a prestar una buena atención</i>	188
c)	Identificación de los excesos de controles y de limitaciones que pueda imponerse a los/as residentes	191
5.2.	Cuarta aplicación del Delfos: Selección de indicadores que sirven para evaluar el nivel de atención-desatención a los/as residentes	196
5.2.1.	Diseño de la cuarta aplicación	196
5.2.2.	Evaluaciones referidas a la atención-desatención.....	196
A)	Indicadores de atención	197
1.	<i>Indicativos de atenciones relativas al cuerpo y al aspecto físico</i>	199
2.	<i>Repertorio de actuaciones para mantener un estado saludable</i>	204
3.	<i>Indicadores de atención relativas al desempeño personal</i> ...	207
B)	Indicadores de desatención	211
1.	<i>Indicadores referidos a la falta de atención asistencial</i> ...	213
2.	<i>Falta de atenciones referidas a los riesgos existentes con las infraestructuras</i>	219
	ANEXO. Breve <i>currículum vitae</i> de los especialistas que han constituido el Grupo de Evaluación	227

I. DISEÑO Y APLICACIÓN DEL DELFOS

1. LA METODOLOGÍA

La metodología Delfos (o Delfi) consiste en una secuencia de evaluaciones que se someten a un grupo de expertos.

El grupo está conformado por especialistas de la máxima competencia. Han sido seleccionados de modo tal que con su concurrencia se abarquen diferentes perspectivas y experiencias profesionales.

No existe contacto directo entre los expertos. Lo cual evita las influencias que desvirtúan los resultados en las dinámicas de grupo.

A los expertos se les pide:

- Que elijan o que descarten unos determinados indicadores a partir de un repertorio, que se les facilita previamente.
- Que amplíen, si lo estiman necesario, el repertorio de indicadores.

En este Delfos, los repertorios de indicadores que se han sometido a evaluación de los expertos son los que han resultado de un análisis de contenido de aquellas fuentes en las que hay información útil para la evaluación de las Residencias. Ese análisis previo forma parte de esta misma investigación y está desarrollado en otras monografías. (Cf. *Las personas mayores y las Residencias. Análisis sistemático de las fuentes.*)

2. FASES Y CONTENIDOS

Las evaluaciones a realizar se dividieron en dos fases, que incluyen cuatro aplicaciones:

PRIMERA FASE: SELECCIÓN DE INDICADORES PARA PODER IDENTIFICAR Y COMPARAR

1º LAS DISTINTAS CARGAS ASISTENCIALES QUE TIENEN LAS RESIDENCIAS.

2º LA CAPACIDAD DE LAS RESIDENCIAS PARA ATENDER ESAS CARGAS.

Incluye dos aplicaciones del Delfos:

- *Primera aplicación del Delfos:*

Selección del repertorio de cargas asistenciales que conviene elegir para diseñar los indicadores.

Una vez seleccionados los indicadores que se propusieron para calcular las diversas cargas asistenciales de las Residencias, se procede a:

- *Segunda aplicación del Delfos:*

Selección de los indicadores que sirvan para evaluar si la Residencia está o no en condiciones de afrontar las cargas asistenciales que tiene.

SEGUNDA FASE: SELECCIÓN DE INDICADORES PARA CONOCER Y EVALUAR LAS PRÁCTICAS QUE AFECTAN A LA ASISTENCIA Y A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS/AS RESIDENTES

Incluye igualmente dos aplicaciones del Delfos, equivalentes a las anteriores:

- *Tercera aplicación del Delfos:*

Selección del repertorio de prácticas que conviene elegir para diseñar los indicadores de la calidad de la asistencia.

Una vez elegidos los indicadores que se vayan a proponer para conocer la calidad asistencial que ofrecen las Residencias:

- *Cuarta y última aplicación del Delfos:*

Selección de los indicadores que sirvan para evaluar el nivel de atención/desatención a los/as residentes.

2.1. Objetivos de las aplicaciones

I. PRIMERA FASE:

DESTINADA A LA SELECCIÓN DE INDICADORES PARA IDENTIFICAR Y COMPARAR LAS DISTINTAS CARGAS ASISTENCIALES QUE TIENEN LAS RESIDENCIAS Y LA CAPACIDAD DE LAS RESIDENCIAS PARA ATENDER ESAS CARGAS

1.º Objetivos de la primera aplicación del Delfos: Seleccionar el repertorio de cargas asistenciales que conviene elegir para diseñar los indicadores

Las transformaciones demográficas, que son previsibles para los próximos años hacen que las tipologías tradicionales de Residencias (p.e., las clasificaciones según nivel de validez de los /as residentes) resulten insuficientes y sobre todo poco predictivas para el futuro. Esta consulta a los/as expertos/as se destina a establecer un repertorio de indicadores que de forma más empírica permitan hacer otras nuevas tipologías.

En este trabajo se va a ensayar un criterio nuevo de evaluación. Es el siguiente:

Buscar indicadores que sirvan para diferencias a las Residencias, según sus respectivas cargas asistenciales.

Por "carga asistencial" se entiende "las características de los medios que se necesitan y la cantidad y la cualidad de los trabajos que se requieren para la adecuada atención a los/as residentes".

Se comprende que cabe establecer una relación entre el peso que tenga la car-

ga asistencial y los equipamientos (materiales, organizativos, humanos) que requieran las Residencias.

También se entiende que no puede elaborarse una evaluación estándar que sea válida para todas las Residencias. Porque dependiendo de las características que tengan los residentes, así varían las cargas asistenciales de cada Residencia, y en consecuencia, la cantidad y la cualidad de las dotaciones y de las atenciones que quepa solicitar.

2.º *Objetivos de la segunda aplicación del Delfos: Destinada a evaluar si las Residencias están o no en condiciones de afrontar las cargas asistenciales que tienen.*

El análisis de esa capacidad de satisfacer las necesidades de los/as residentes se hace siempre en razón de las cargas asistenciales. Concretamente, tomando en cuenta cada una de las diez modalidades de cargas asistenciales que estamos manejando en este delfos.

Hemos organizado el material a evaluar en tres partes, de la siguiente forma:

- I. *Se somete a la consideración de los/as expertos/as un repertorio de indicadores referidos al equipamiento material y humano. Están destinados a valorar si ese equipamiento es o no adecuado para satisfacer las necesidades de los residentes, en función de las cargas asistenciales de la Residencia.*
- II. *Igualmente, se les presenta otro repertorio de indicadores, referidos a la atención (o falta de atención) que reciben los/as residentes, en razón de las cargas asistenciales.*
- III. *El tercer y último repertorio incluye un listado de indicadores que están referidos a si existen o no las medidas de prevención y de rehabilitación que son adecuadas en función de las cargas asistenciales.*

II. SEGUNDA FASE

DESTINADA A CONOCER Y EVALUAR LAS PRÁCTICAS QUE AFECTAN A LA ASISTENCIA Y A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS/AS RESIDENTES

3. *Objetivos de la tercera aplicación del Delfos: Selección del repertorio de prácticas que conviene elegir para diseñar los indicadores de la calidad de asistencia.*

Se trata ahora de diseñar indicadores que permitan valorar la atención que reciben los/as residentes. Operativamente aquí se va a definir el concepto de atención-desatención, como la correspondencia (o falta de correspondencia) entre las cargas asistenciales y las prácticas asistenciales.

La adecuación y calidad de las practicas, puede objetivarse:

- En la asistencia profesional que reciben los/as residentes tanto en los cuidados gerontológico-asistenciales como en los residenciales.
- En la calidad de vida que se les ofrece.

Para hacer operativo este planteamiento, en esta fase se trabaja con el siguiente repertorio de evaluaciones:

- Indicadores referidos a las medidas de prevención.
- Indicadores relacionados con los listados y controles que se requieren para una buena atención a los/as residentes.
- Identificación de exceso o de falta de control.

Se evalúan los excesos de controles y de limitaciones que pueden imponerse a los/as residentes.

4.º Objetivos de la cuarta aplicación del Delfos: Selección de los indicadores que sirvan para evaluar el nivel de atención-desatención a los /as residentes.

El resultado de las prácticas profesionales, según que se adecúen o no con las cargas asistenciales, es que los/as residentes estén o no estén disfrutando de una asistencia y una calidad de vida adecuadas.

El concepto de "atención-desatención" define esa adecuación o inadecuación; consecuentemente, para hacer operativo este análisis, se someten a evaluación dos repertorios de indicadores:

- Indicadores de atención.
- Indicadores de desatención.

3. ESPECIALISTAS QUE HAN PARTICIPADO EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN

Dulce Fontanares
Ángel Gil
Juan Manuel Martínez
Aurora Sarasola
Diego Trinidad
Sabina Camacho
Elena Sotelo
M^ª Jesús Conde

Juan Antonio Moya
Miguel Ángel Millán
Patxi Leturia
Javier Yanguas
José Antonio Marín
Jose Ramón Campos
Juan Solano

II. HISTOGRAMAS CON LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN

4. PRIMERA FASE: INDICADORES PARA LA IDENTIFICACIÓN Y COMPARACIÓN DE LAS DISTINTAS CARGAS ASISTENCIALES QUE TIENEN LAS RESIDENCIAS

4.1. Primera aplicación del Delfos

Selección del repertorio de cargas asistenciales que conviene elegir para diseñar los indicadores.

4.1.1. Diseño de la primera aplicación

REPERTORIO DE CARGAS ASISTENCIALES QUE SE TOMAN EN CONSIDERACIÓN

El repertorio de cargas asistenciales que se pueden tomar en cuenta es muy amplio, como se comprueba cuando se examina la literatura especializada. En este Delfos se trata de hacer una selección de *todas* las que sean necesarias, pero *sólo* de las que sean necesarias, para poder evaluar las cargas que afecten a las Residencias.

Para facilitar esa selección los indicadores se han separado en once repertorios distintos, que son los siguientes:

1. Indicadores que se pueden utilizar para evaluar cuáles son y cuántos son los/as residentes en situaciones de riesgo vital, o en situaciones que puedan derivar en un grave empeoramiento¹.

¹ Se consideran residentes en situaciones de riesgo vital o con riesgo de un grave empeoramiento quienes tienen que recibir atenciones específicas en razón de sus características físicas, psicológicas o sociales. Su situación es tal que sin esas atenciones sería posible un empeoramiento de sus capacidades físicas y/o mentales, o incluso la muerte.

Los restantes indicadores están referidos a las cargas asistenciales que se generan como consecuencia de limitaciones en las AVD, concretamente:

2. Referidos a las cargas asistenciales producidas por limitaciones fisiológicas.
3. *Ibíd*em, por limitaciones de la movilidad en los espacios interiores.
4. *Ibíd*em, por limitaciones de la movilidad en los espacios exteriores.
5. En este repertorio se elaboran indicadores específicos para tomar en consideración los riesgos y secuelas de las caídas.
6. Otro repertorio de indicadores tiene que ver con las cargas asistenciales que derivan de los restantes problemas médicos.
7. Otros, para evaluar la carga asistencial que generan las limitaciones en las AVD instrumentales.
8. Indicadores específicos para tomar en cuenta las limitaciones en las funciones mentales; concretamente, en las capacidades cognoscitivas y de orientación.
9. Indicadores relativos a las cargas asistenciales que generan los/as residentes con problemas de memoria.
10. Otro repertorio relativo a las cargas derivadas de los problemas emocionales.
11. Finalmente, se elabora el repertorio referido a los problemas de comportamiento, de anomias y de comunicación social.

4.1.2. Evaluaciones referidas a las cargas asistenciales

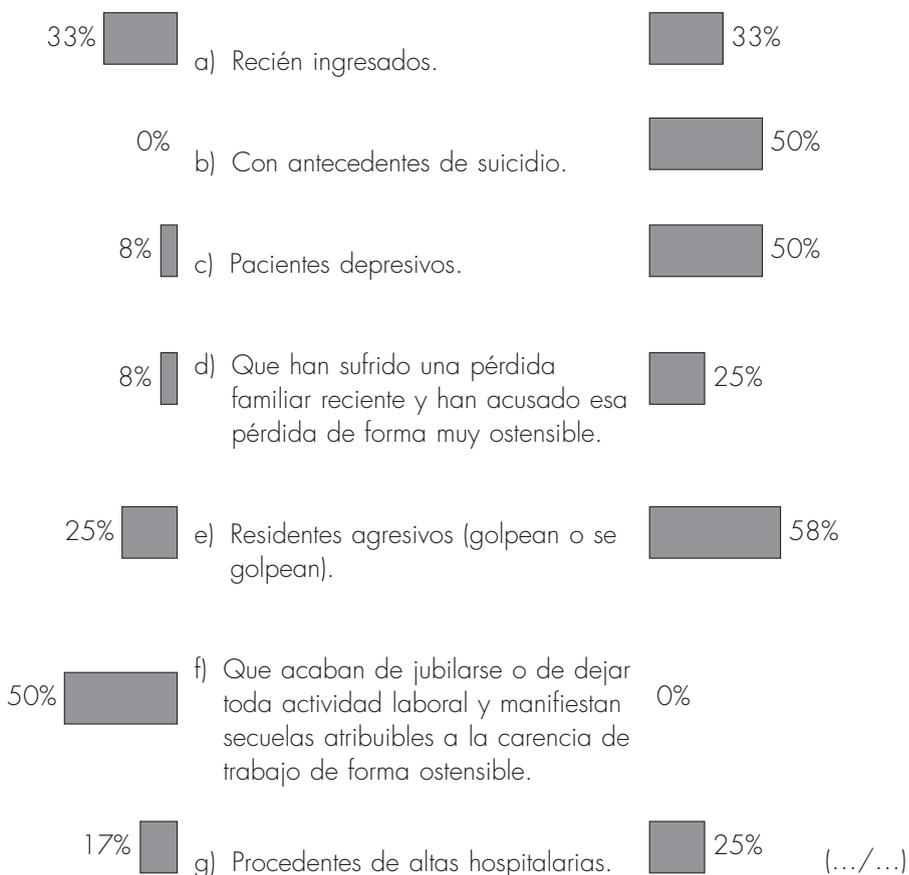
Primera evaluación:

1. TIPOLOGÍAS DE RESIDENTES EN SITUACIONES DE RIESGO VITAL O EN SITUACIONES DE UN GRAVE EMPEORAMIENTO

DESCARTABLE

ELEGIBLE

Problemas, deficiencias, incapacidades, handicap o minusvalías físicas y mentales



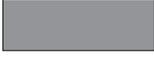
DESCARTABLE

ELEGIBLE

8%  h) Residentes abandonados por sus familiares.  8%

Problemas, deficiencias, incapacidades, handicap o minusvalías psicológicas y sociales

8%  i) Portadores de sondas o colostomias. Residentes con otras enfermedades digestivas que implican riesgo vital o alto componente incapacitativo.  42%

0%  j) Con medicación vital o de difícil manejo.  67%

50%  k) Con enfermedades productivas de déficit de la visión (p.e., tensión ocular, antiagregación, etc.).  0%

67%  l) Con graves déficit auditivos (hipoacusias que requieren audífonos o sorderas).  0%

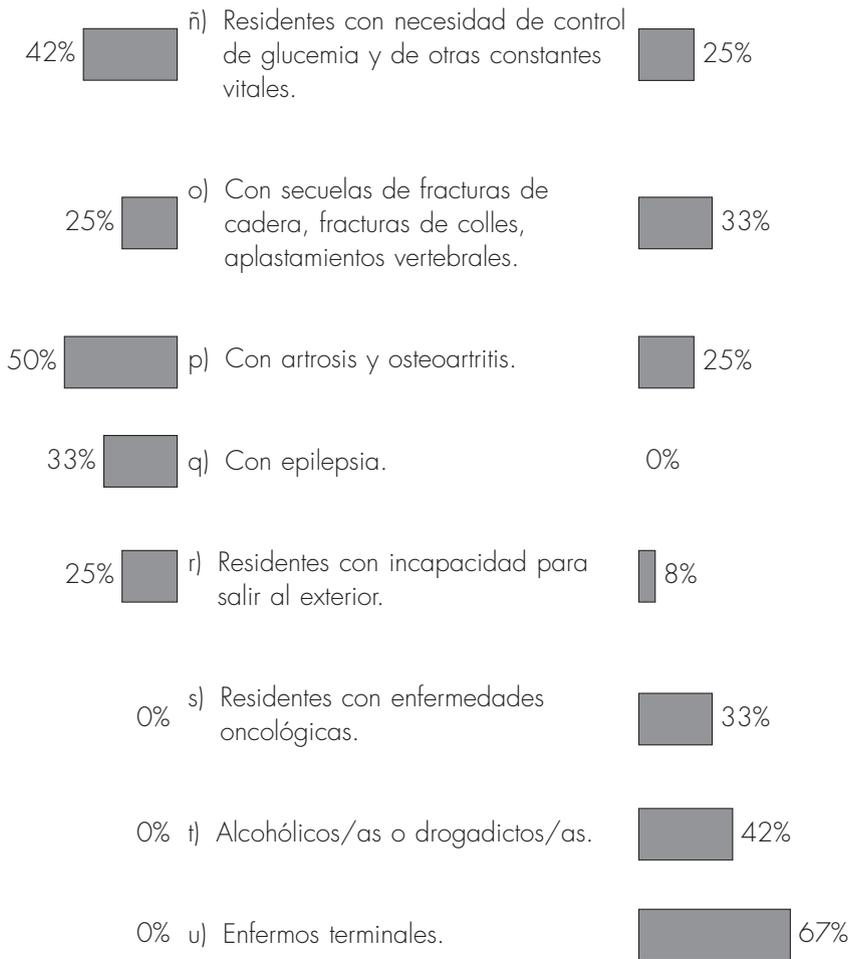
8%  m) Amputados.  17%

0%  n) Residentes que necesitan de asistencia para la respiración (oxigenación y/o aspiración).  100%

(.../...)

DESCARTABLE

ELEGIBLE



Con otras dificultades, incapacidades, minusvalías; otras enfermedades crónicas (incluidas las neurológicas) cuando esas limitaciones incapacitan física o psíquicamente

(.../...)

DESCARTABLE

ELEGIBLE

8%  v) A quienes les incapacita para eludir riesgos de hacerse daño o de hacer daño y que requieren supervisión permanente.  33%

w) A quienes les supone la pérdida total de autonomía en las AVD.  33%

Otros indicadores añadidos por los expertos

x) En fase de duelo (aunque la pérdida no sea reciente).

y) ACVA en fase subaguda.

z) Patologías crónicas avanzadas con descompensaciones frecuentes (BNCO, ICC, angor inestable).

A) Neumonías aspirativas de repetición.

B) Depresión mayor

C) Residentes con enfermedades oncológicas de naturaleza maligna.

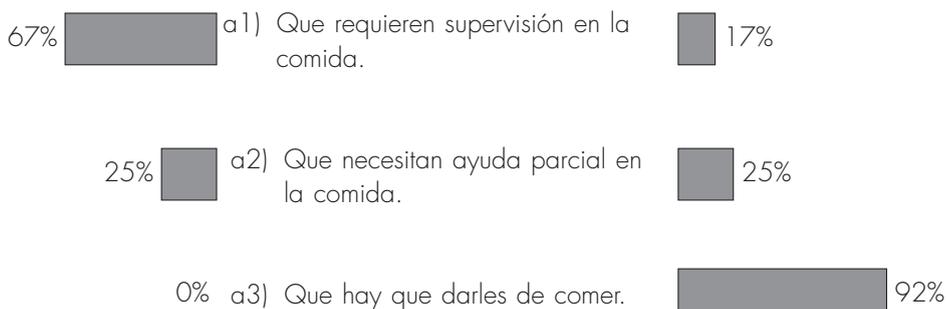
Segunda evaluación:

2. CON LIMITACIONES RELACIONADAS CON LAS FUNCIONES FISIOLÓGICAS

DESCARTABLE

ELEGIBLE

a) Residentes:



Otros indicadores añadidos por los expertos

a4) Que precisan alimentación por sonda.

a5) Que necesitan alimentación parenteral.

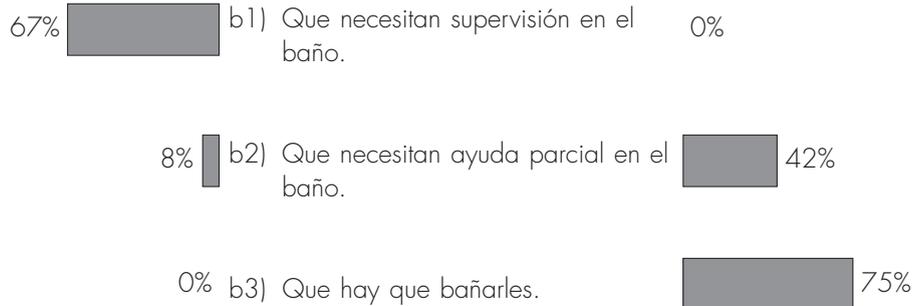
a6) Alimentación enteral (sonda n-g, bomba infusión, etc.).

b) Referidos al aseo y limpieza personales

(.../...)

DESCARTABLE

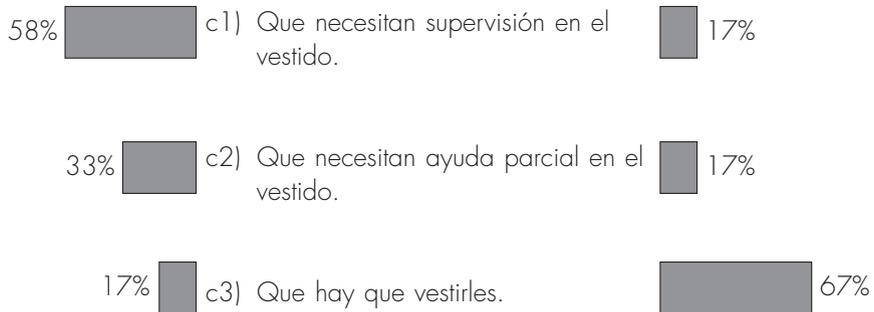
ELEGIBLE



Otros indicadores añadidos por los expertos

b4) Aseo de pacientes con úlceras por presión.

c) Referidos a la capacidad de desnudarse y vestirse



Otros indicadores añadidos por los expertos

c4) Que necesitan ropa adaptada y con ella puedan ser autónomos.

d) Referidos a las funciones urinarias y defecatorias



DESCARTABLE

ELEGIBLE

33%  d2) Que necesiten supervisión para usar el servicio.  33%

25%  d3) Que necesite ayuda para defecar (laxantes, enemas).  33%

Otros indicadores añadidos por los expertos

d4) Incontinencia urinaria ocasional.

d5) Incontinencia urinaria y fecal nocturna habitual.

d6) Incontinencia urinaria y fecal total.
Necesidad de pañales absorbentes todo el día.

0% d7) Que necesitan ayuda para ir al servicio.  8%

e) Referidas a otras funciones fisiológicas (añadido por los expertos)

n1) Precisa control o pequeña ayuda.

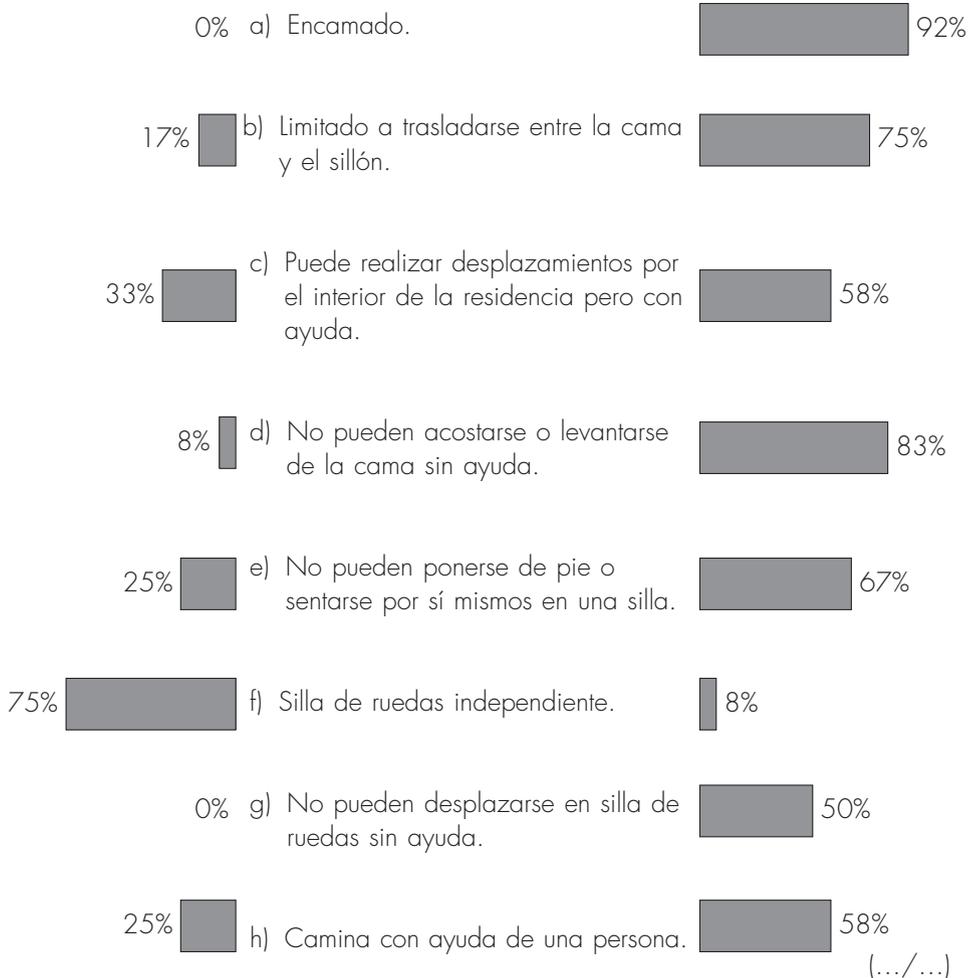
n2) Necesita ayuda parcial permanente.

Tercera evaluación:

3. CON LIMITACIONES EN AVD BÁSICAS: EN LA MOVILIDAD EN LOS ESPACIOS INTERIORES

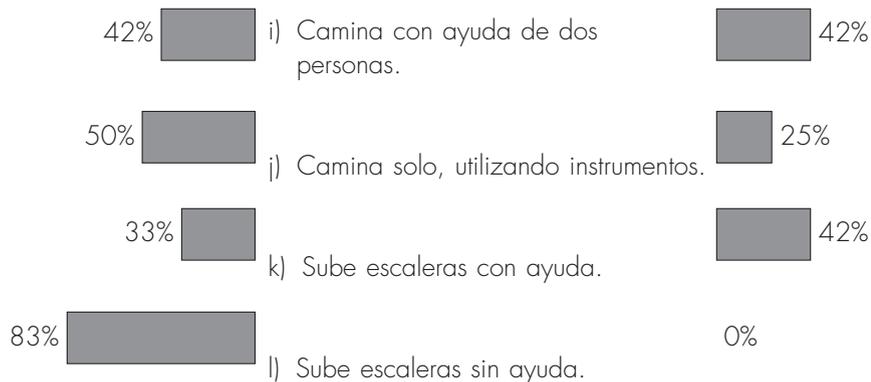
DESCARTABLE

ELEGIBLE



DESCARTABLE

ELEGIBLE



Otros indicadores añadidos por los expertos

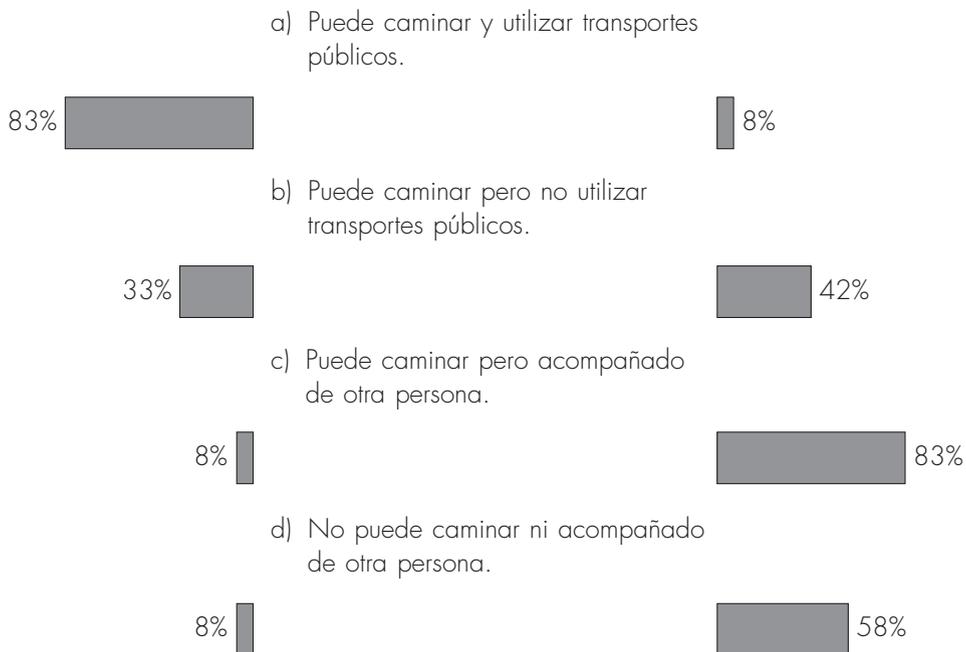
- m) No puede bajar escaleras.
- n) No puede usar el ascensor sin ayuda de silla de ruedas.
- ñ) Para levantarlo o acostarlo se precisa de ayudas técnicas (grúas).
- o) Con la movilidad condicionada al uso de sillas de ruedas

Cuarta evaluación:

4. CON LIMITACIONES EN AVD BÁSICAS: EN LA MOVILIDAD EN LOS ESPACIOS EXTERIORES

DESCARTABLE

ELEGIBLE



Otros indicadores añadidos por los expertos

e) Precisa silla de ruedas sólo para distancias de más de 300 mts.

f) Puede desplazarse con ayudas técnicas y de otra persona.

DESCARTABLE

ELEGIBLE

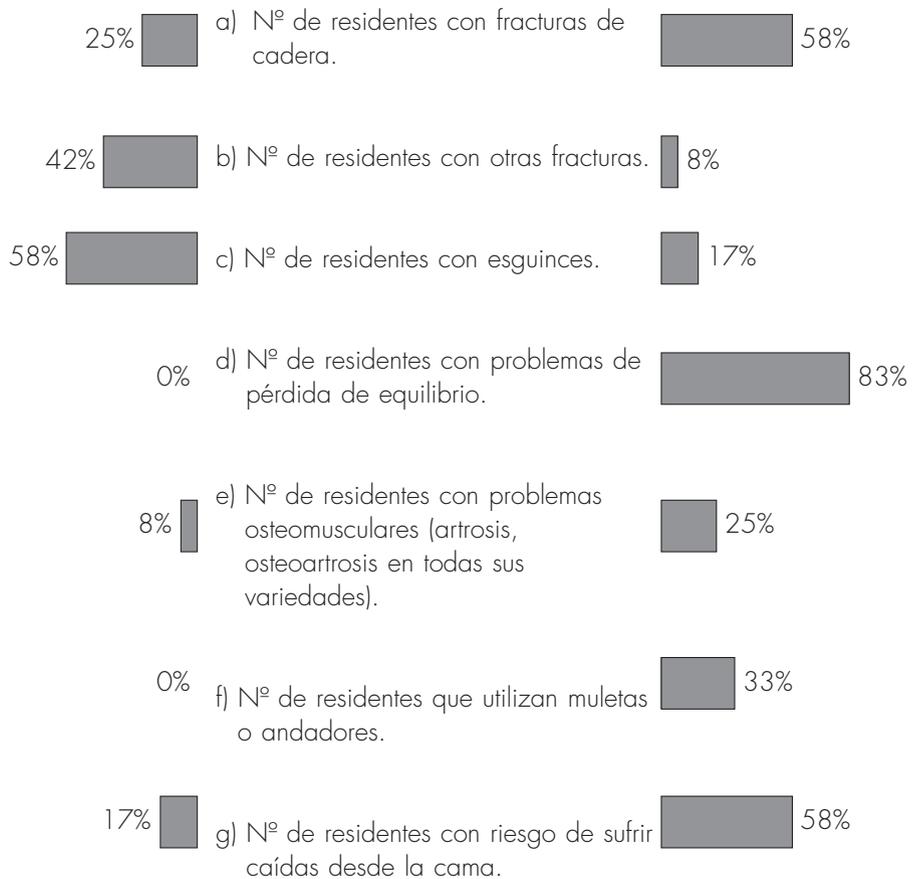
- g) Puede caminar si no existen barreras arquitectónicas.
- h) Deambulaci3n errática. Deterioro cognitivo asociado.

Quinta evaluación:

5. EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS DE CAÍDAS

DESCARTABLE

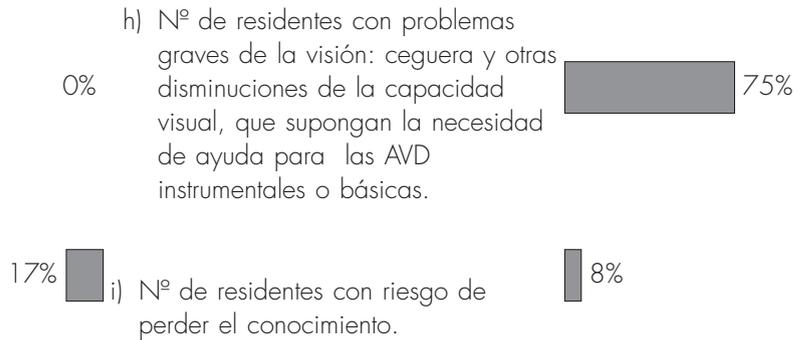
ELEGIBLE



(.../...)

DESCARTABLE

ELEGIBLE



Otros indicadores añadidos por los expertos

- j) Residentes con trastorno de la marcha (giros inestables, pasos cortos, disminución de la altura del paso).
- k) Residentes con cinco o más fármacos.
- l) Residentes con dificultad o fallos para levantarse de la silla o sentarse.
- m) Residentes con antecedentes de caídas en los últimos dos años.
- n) Residentes con miedo a caerse o a caminar.
- ñ) Número de residentes que toman psicotropos.

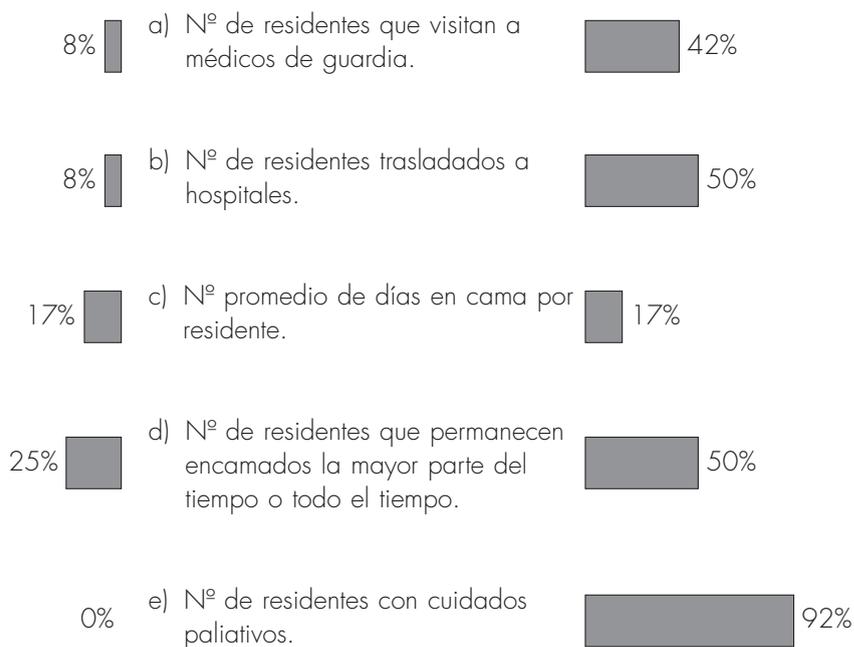
Sexta evaluación:

6. EVALUACIÓN DE LAS CARGAS DERIVADAS DE PROBLEMAS MÉDICOS

DESCARTABLE

ELEGIBLE

Indicadores de utilización de recursos sanitarios



Otros indicadores añadidos por los expertos

- f) N° de residentes con problemas crónicos de salud que requieren supervisión.

(.../...)

DESCARTABLE

ELEGIBLE

g) Residentes con escaras y/o úlceras varicosas.

h) N° de residentes que aceptan y toman la medicación prescrita.

i) Residentes con control analítico o radiográfico.

j) Residentes que necesiten más de una cura diaria.

Indicadores de utilización de los cuidados técnicos de enfermería

8% █ k) Residentes que necesitan asistencia para la toma de medicamentos █ 8%

Total de residentes atendidos con:

0% █ l) Curas. █ 58%

17% █ m) Inyecciones. █ 42%

0% █ n) Residentes con necesidades de fisioterapia y terapia ocupacional; con tratamientos rehabilitadores. █ 58%

8% █ o) Residente con trastornos cognitivos. █ 50%

(.../...)

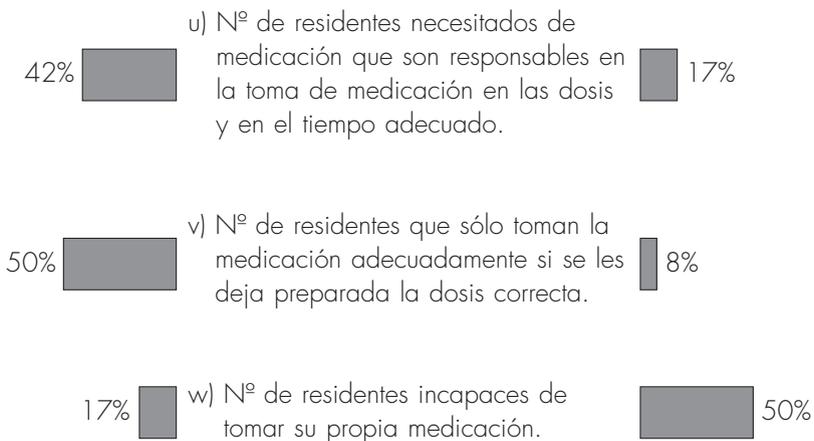
DESCARTABLE

ELEGIBLE

Otros indicadores añadidos por los expertos

- p) Residentes con cinco o más medicamentos.
- q) Gastrostomía, traqueostomía o colostomía.
- r) Residentes con necesidad de cambios posturales.
- s) Medicación especial: parenteral, anticoagulante, insulino terapia, etc.

Indicadores de consumo de fármacos y de tratamientos farmacológicos

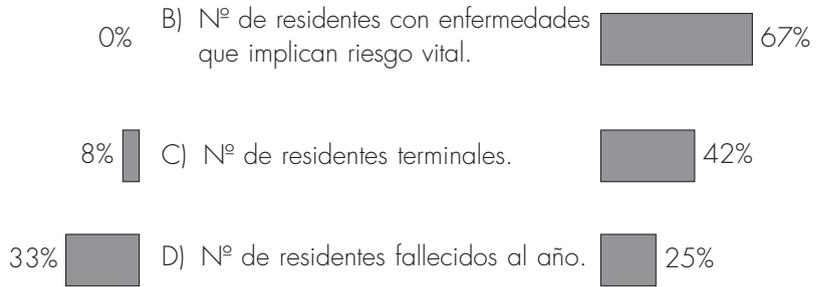


(.../...)

DESCARTABLE

ELEGIBLE

*Otros indicadores de prevalencia
de los problemas médicos*



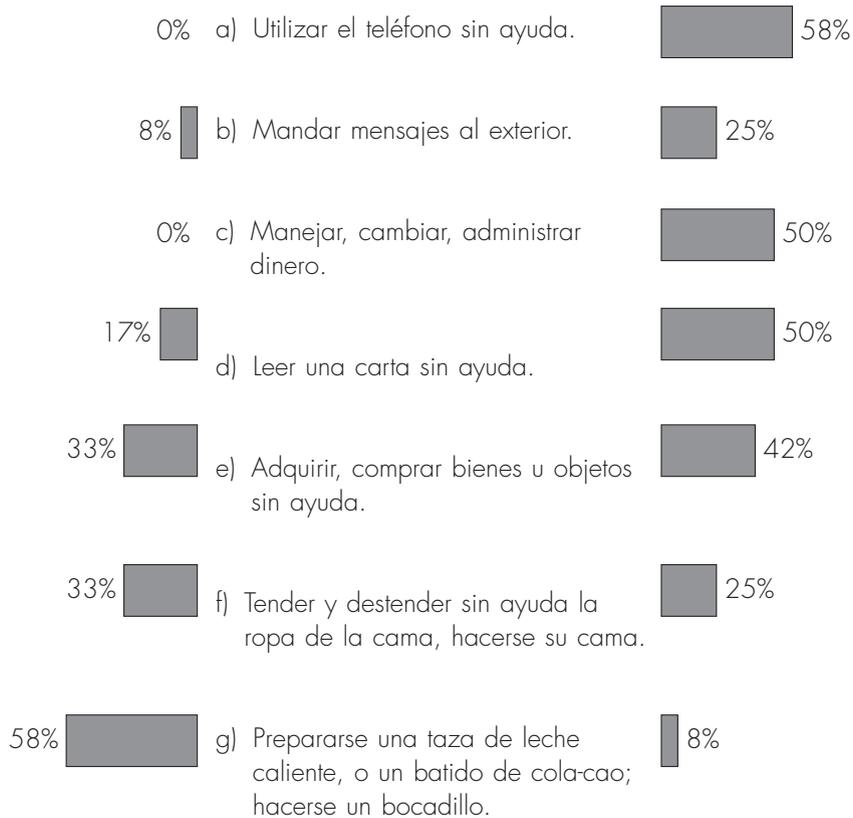
Séptima evaluación:

7. CON LIMITACIONES EN AVD INSTRUMENTALES

DESCARTABLE

ELEGIBLE

Residentes que no pueden



(.../...)

DESCARTABLE

ELEGIBLE

Otros indicadores añadidos por los expertos

h) Arreglar su habitación.

i) Arreglar su armario.

j) Solicitar ayuda o apoyo.

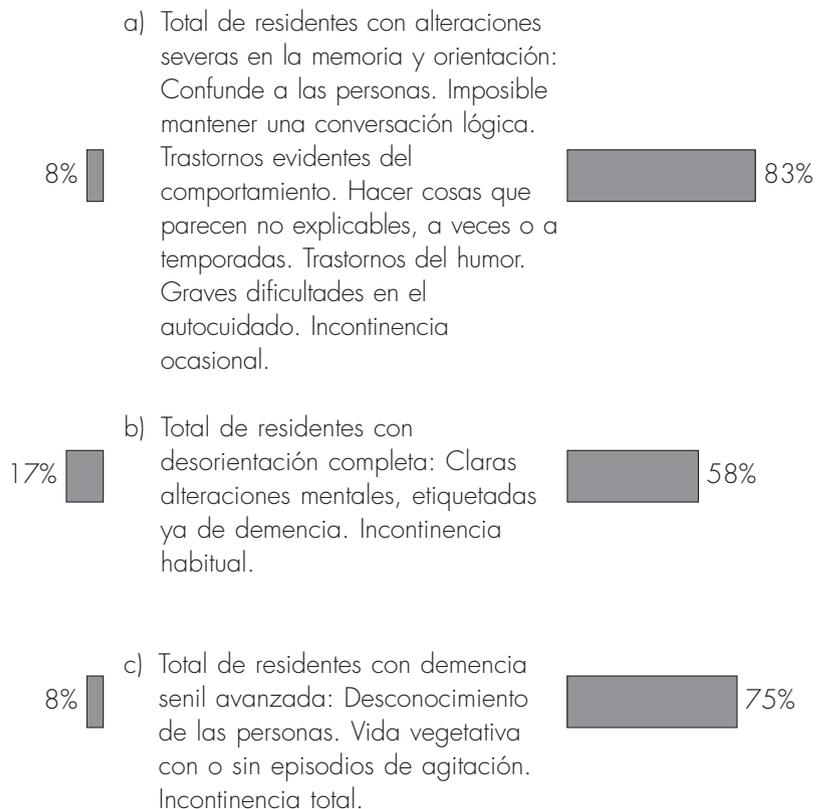
k) Controlar su medicación.

Octava evaluación:

**8. CON LIMITACIONES DE LAS FUNCIONES MENTALES,
CON PROBLEMAS COGNITIVOS Y DE ORIENTACIÓN**

DESCARTABLE

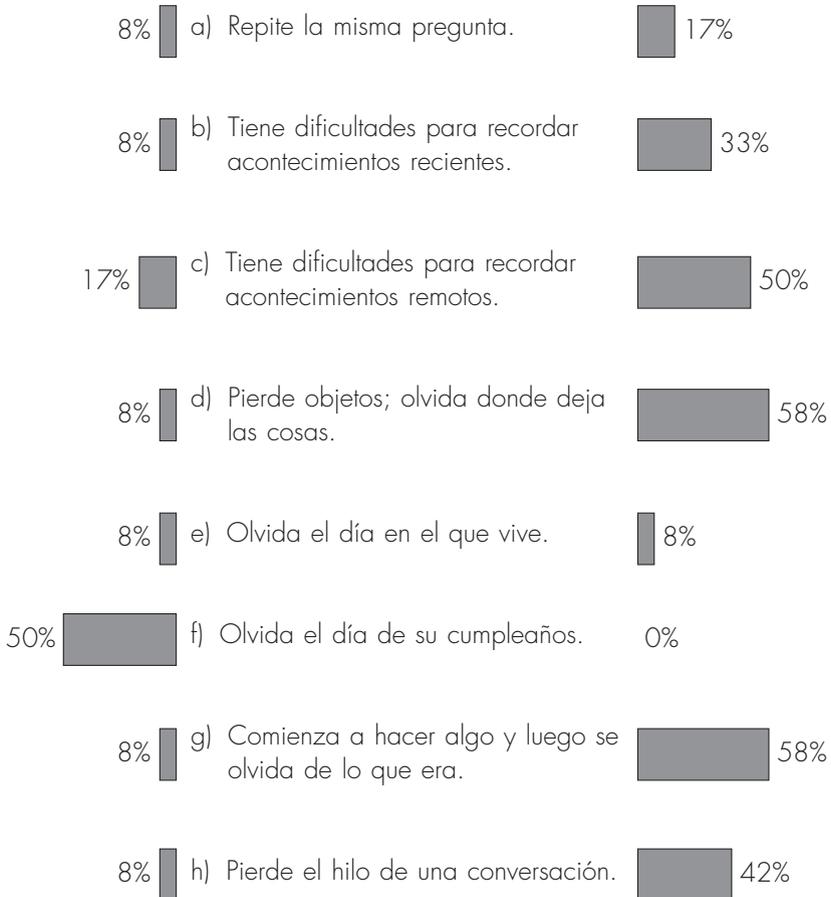
ELEGIBLE



Novena evaluación:
9. CON PROBLEMA DE MEMORIA

DESCARTABLE

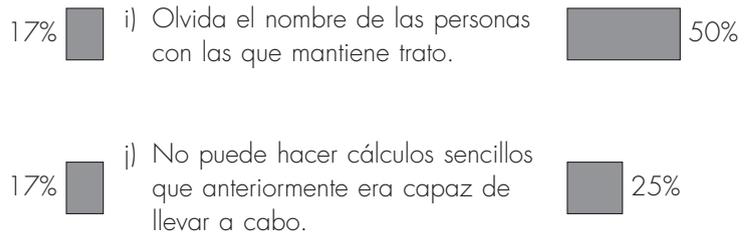
ELEGIBLE



(.../...)

DESCARTABLE

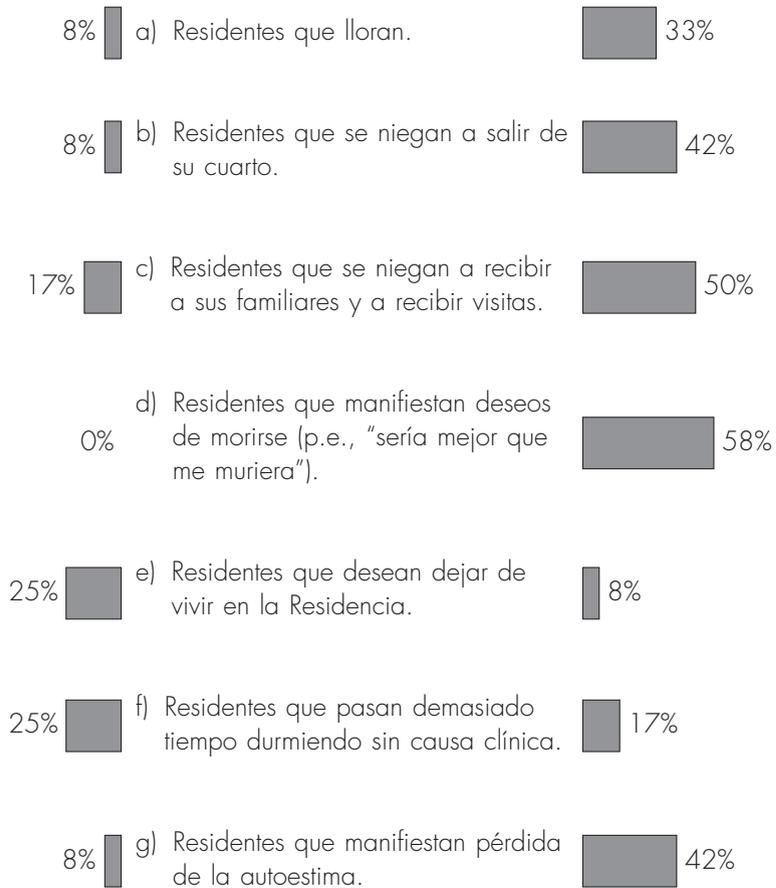
ELEGIBLE



Décima evaluación:
10. CON PROBLEMAS EMOCIONALES

DESCARTABLE

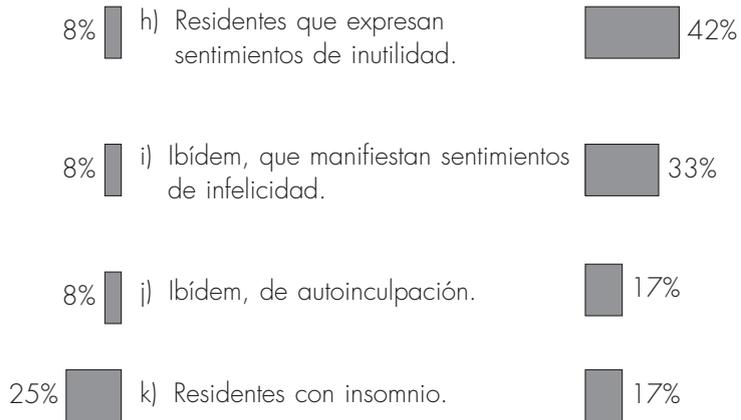
ELEGIBLE



(.../...)

DESCARTABLE

ELEGIBLE



Otros indicadores añadidos por los expertos

l) Residentes con abulia, apatía.

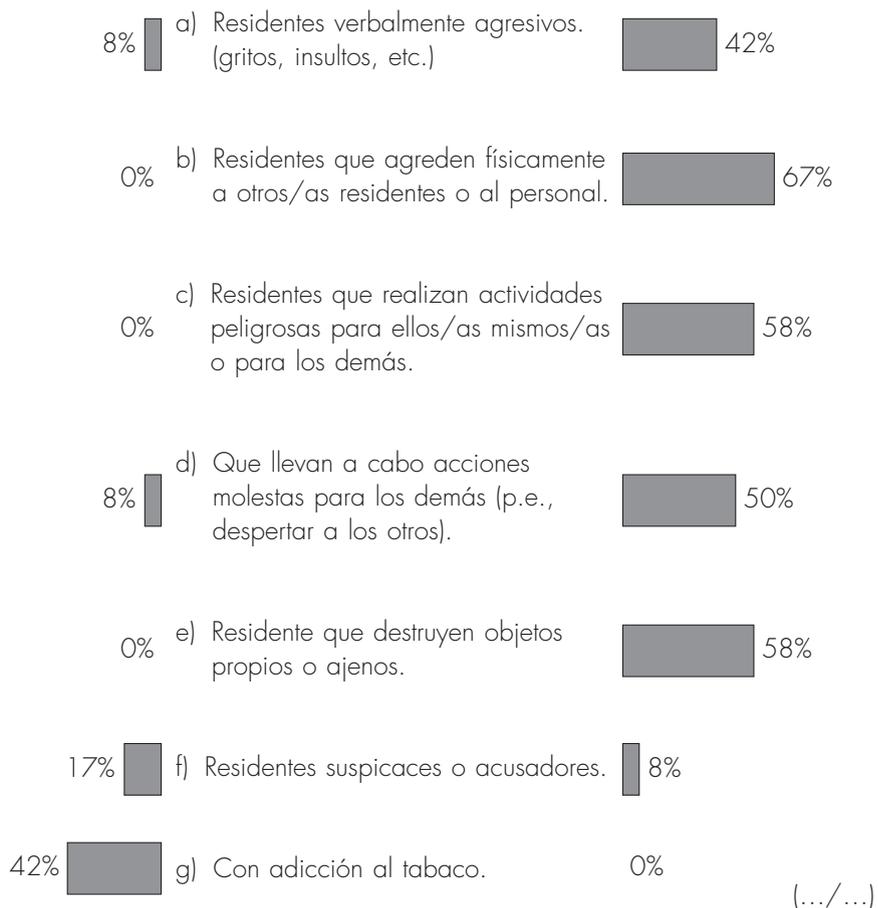
Undécima evaluación:

11. CON PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO Y DE COMUNICACIÓN

DESCARTABLE

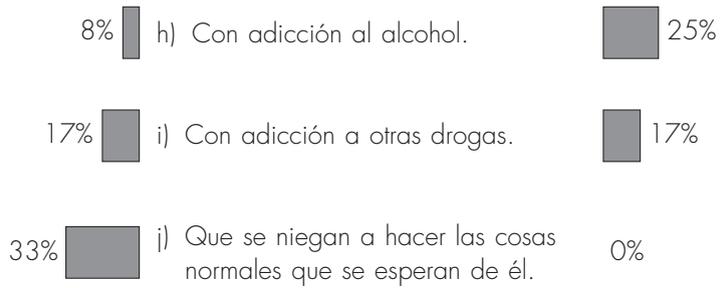
ELEGIBLE

Relativos al comportamiento



DESCARTABLE

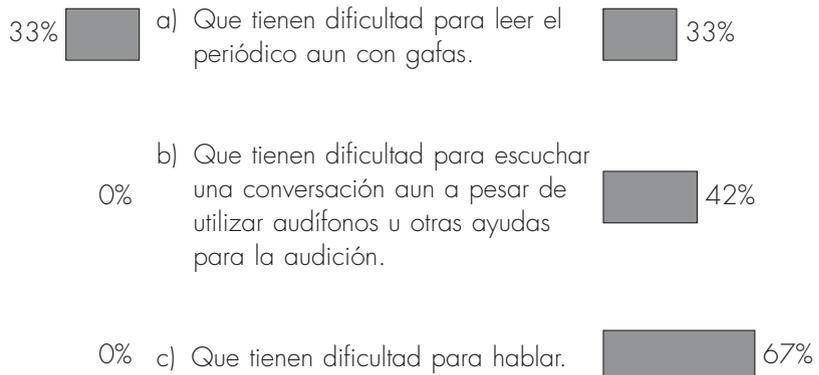
ELEGIBLE



Otros indicadores añadidos por los expertos

k) Residentes con trastornos sexuales.

Relativos a la comunicación



4.2. Segunda aplicación del Delfos

Selección de indicadores que sirvan para evaluar si la Residencia está en condiciones de afrontar las cargas asistenciales que tiene.

4.2.1. Diseño de la segunda aplicación.

La primera aplicación proporciona unos indicadores adecuados para clasificar las residencias desde el punto de vista de las cargas asistenciales que cada una de ellas tiene.

Ahora, en esta aplicación del Delfos, vamos a dar otro paso muy importante en el diseño de este sistema de evaluación:

Se seleccionan indicadores que sirvan para valorar si existe o no una correspondencia entre las cargas que asume cada Residencia y las prestaciones que ofrece a los/as residentes.

La peculiaridad que tiene esta evaluación es la siguiente:

En cada una de las tres partes aparecen dos listados: a) de *"indicadores compartidos"*, y b) de *"indicadores específicos"*:

a) Son *"indicadores compartidos"* aquellos que se refieren a dotaciones y prestaciones cuya necesidad se repite cualesquiera que sean las cargas asistenciales que se estén considerando. Seleccionamos este ejemplo, que procede del listado de indicadores compartidos referidos a *"la suficiencia y a la adecuación del equipamiento material y humano"*:

«a) Las habitaciones son adecuadas para el confort y los contactos familiares en los periodos de encamamiento.»

b) Son *"indicadores específicos"* aquellos que sirven para evaluar las dotaciones y prestaciones que ofrecen las Residencias, en razón de cada una de las cargas asistenciales concretas que haya asumido. El ejemplo que sigue se encuentra en los listados de indicadores específicos referidos a *"la suficiencia y a la adecuación del equipamiento material y humano"*. Para atender a residentes con limitaciones en las funciones fisiológicas:

«a) Existen cubiertos adecuados para facilitar la ingesta de alimentos a quienes la necesitan.»

Hay un listado de indicadores específicos para cada una de las diez modalidades de cargas asistenciales que sometemos a la evaluación de los/as expertos/as.

4.2.2. Evaluaciones referidas a la capacidad para afrontar cargas asistenciales.

**A) INDICADORES DE LA SUFICIENCIA Y LA
ADECUACIÓN DEL EQUIPAMIENTO MATERIAL
Y HUMANO PARA ATENDER A LAS NECESIDADES
Y DEMANDAS DE LOS/AS RESIDENTES**

ANÁLISIS EN FUNCIÓN DE LAS CARGAS ASISTENCIALES.

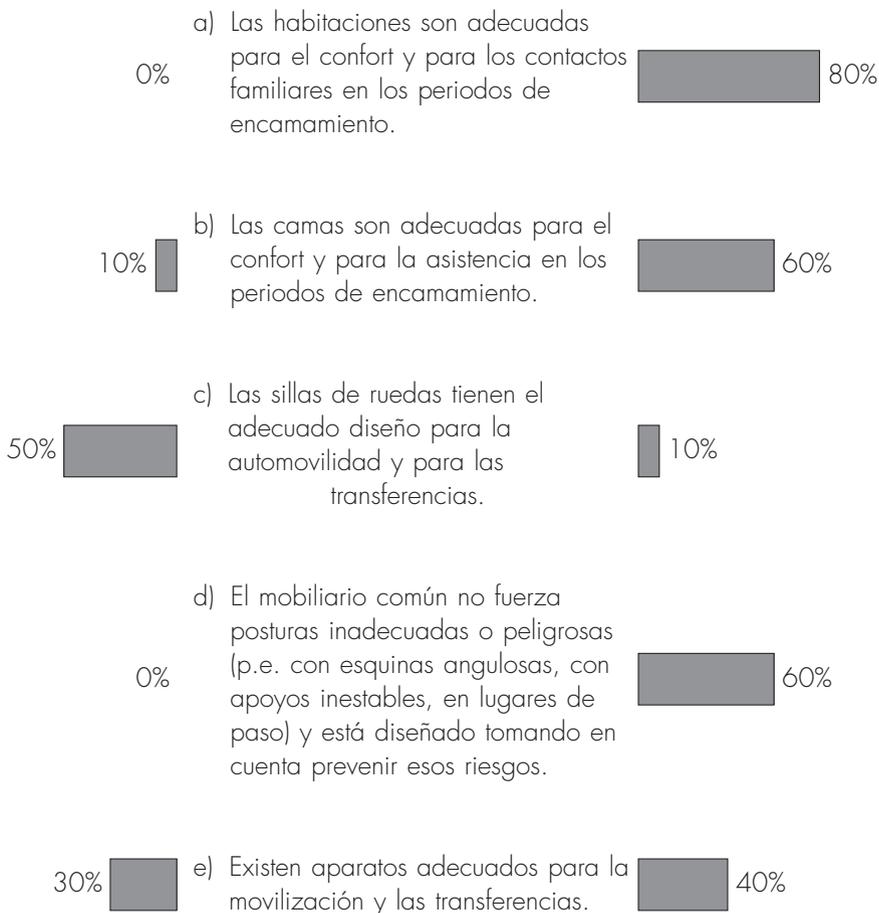
Evaluación del equipamiento material y humano:

a1.) EQUIPAMIENTOS CUYA NECESIDAD ES COMPARTIDA CUALQUIERA QUE SEA LA CARGA ASISTENCIAL QUE SE TOMA EN CUENTA

INDICADORES DE LA SUFICIENCIA Y LA ADECUACIÓN

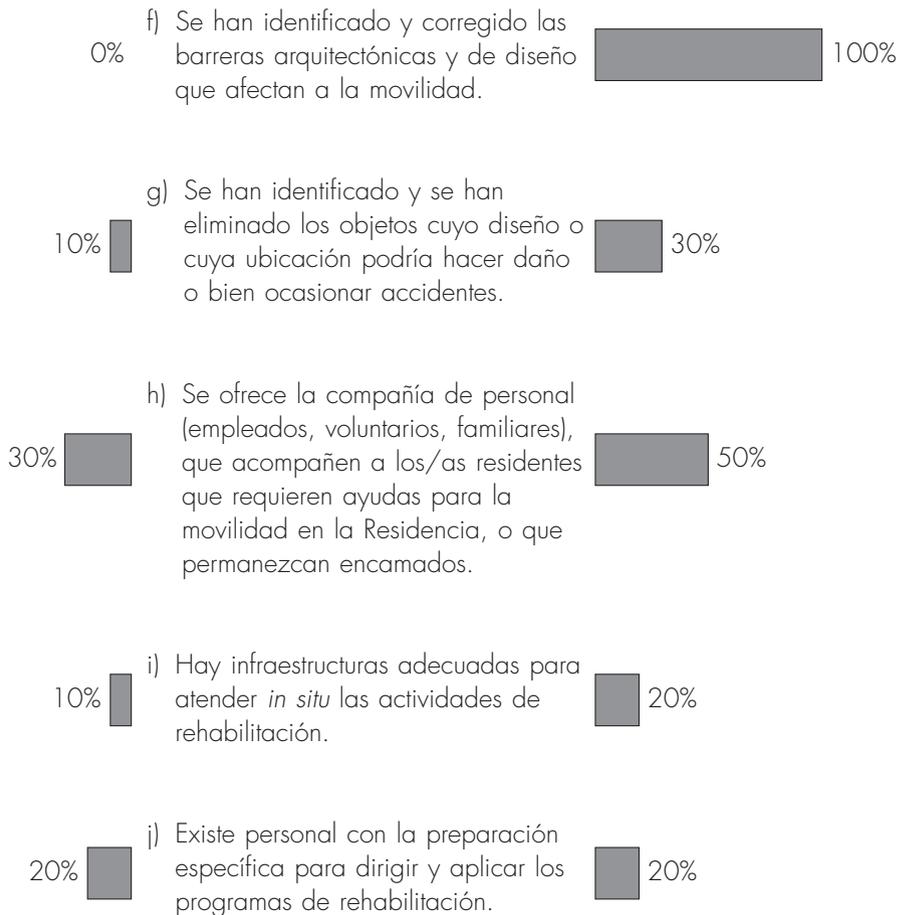
DESCARTABLE

ELEGIBLE



DESCARTABLE

ELEGIBLE



Otros indicadores añadidos por los expertos

- k) Las habitaciones son individuales o en el caso de ser dobles, mantienen el espacio necesario.

DESCARTABLE

ELEGIBLE

- l) Las salas de estar y comunes son adecuadas y suficientes.
- m) Las áreas de terapia específica según programas
- n) La Residencia cumple la normativa autonómica y municipal en relación al edificio y a los ratios de plantilla, según el número de plazas y perfil del usuario.
- o) La dotación y especialización del personal es adecuada y suficiente.
- p) Los aseos o WC son suficientes en adaptación y espacio preciso.

Evaluación del equipamiento material y humano:

a2.) EQUIPAMIENTOS ESPECÍFICOS PARA CADA CARGA ASISTENCIAL

DESCARTABLE

1.º *Para atender a residentes con limitaciones en las funciones fisiológicas.*

- a) Existen cubiertos adecuados para facilitar la ingesta de alimentos a quienes lo necesiten. 10%
- b) Es suficiente la ratio residentes con dificultades para el aseo y para la limpieza personal + residentes con problemas urinarios y defecatorios/baños] con adecuado equipamiento, tanto en las habitaciones, como en los servicios comunes. 10%
- c) La ratio [personal con la preparación específica en este campo/residentes con dificultades fisiológicas] es suficiente y su preparación adecuada. 0%

Otros indicadores añadidos por los expertos

- d) Existen técnicas específicas para realizar cambios de pañales y/o poner al WC.
- e) Existen bombas de infusión continua para nutrición enteral.
- f) Aparatos adecuados y suficientes para la movilización.
- g) Espacios adaptados suficientes.
- h) Dietas adecuadas al tipo de residentes.

2.º Para atender a residentes con dificultades para moverse en los espacios interiores

a) Hay un programa para facilitar suficientemente las actividades de aquellas personas que pueden mantener tales actividades si se les traslada o si se les acompaña. 0%

b) Se atienden diligentemente las demandas de los/as residentes que no pueden desplazarse para satisfacer esas necesidades de manera autónoma. 10%

Otros indicadores añadidos por los expertos

c) Hay zonas de descanso, estudiadas, para aquellas personas con dificultades en la movilidad.

d) Hay un Programa de Rehabilitación para mantener esas capacidades.

e) Existe una valoración del nivel de movilidad y grado de dependencia para los traslados, con pautas específicas para los auxiliares.

f) Existe un listado de residentes que necesitan movilización con grúas y ésta se realiza en la práctica.

g) Existe un listado de residentes con alto riesgo de úlceras y se les realizan técnicas de cambios posturales.

DESCARTABLE

3.º Para atender las necesidades de los/as residentes con limitaciones de movilidad en los espacios exteriores

- a) La Residencia cuenta con medios de locomoción propios, a disposición de los/as residentes. 20%
- b) Existe un entorno alrededor de los edificios de la residencia donde puedan pasear los Residentes con estas dificultades. 10%
- c) La ratio [personal con la preparación específica para atender estas necesidades/residentes que necesitan esta asistencia] es suficiente y la preparación adecuada. 0%

Otros indicadores añadidos por los expertos

- d) La Residencia está bien comunicada con el exterior.
- e) Existen familiares que atienden esta necesidad.
- f) El entorno de la Residencia es adecuado el nivel de seguridad ciudadana (robos, riesgo de atropellos, etc.).

4.º Para atender las necesidades relacionadas con los riesgos de caídas

- | | |
|--|---|
| a) Existe <i>in situ</i> infraestructura y personal adecuados para prestar los primeros auxilios después de una caída. |  10% |
| b) Las camas son adecuadas para el confort y la seguridad de los/as residentes con riesgo de caídas. | 0% |
| c) El conjunto de los/as cuidadores/as ha recibido los cursillos necesarios para estar atentos a cualquier factor del entorno que pudiese motivar una caída. | 0% |

Otros indicadores añadidos por los expertos

- d) Existe un programa de caídas en el centro.
- e) La luminosidad es adecuada.
- f) Existen sistemas de sujeción para residentes con este riesgo
- g) Los espacios están adaptados para disminuir este riesgo.
- h) La supervisión del personal es exquisita.
- i) Se estudian al menos trimestralmente todas las caídas para detectar factores comunes y tomar medidas.
- j) Está previsto un sistema de evaluación clínica adecuado tras la caída.

DESCARTABLE

5.º Para atender a los problemas médicos de las/os residentes

- a) La Residencia dispone de infraestructuras adecuadas para dispensar *in situ* la clase de atenciones que requieren las tipologías de residentes con problemas médicos a los que acoge. 10%
- b) Igualmente dispone del personal suficiente y con la preparación adecuada para atender estas demandas. 10%
- c) Existe la adecuada coordinación con otros servicios exteriores de atención médica para los/as residentes que deban ser objeto de traslado. 0%
- d) La distribución del espacio y de los servicios en la Residencia es adecuada para organizar la asistencia a residentes que precisan distintos niveles de asistencia médica. 10%

Otros indicadores añadidos por los expertos

- e) La Residencia tiene una zona de enfermeras donde realizar una supervisión o control mayor de los procesos agudos.
- f) Cuenta con suficiente personal de enfermería en turnos de mañana y tarde para cubrir las necesidades de tratamientos de enfermería.
- g) Existe un control de la prevalencia anual de infecciones urinarias, respiratorias y de la piel, con medidas específicas para su prevención.

DESCARTABLE

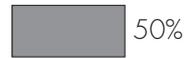
h) e) Existe un protocolo de utilización y dispensación y almacenamiento de fármacos, por escrito.

6.º Para atender a las necesidades de los residentes con limitaciones en las AVD instrumentales

a) Los aparatos telefónicos están diseñados para facilitar su uso a las personas que ven limitadas sus capacidades sensoriales o cognitivas.



b) Existen recursos para grabar la voz y la imagen de los residentes y luego hacer llegar esas grabaciones a sus destinatarios/as.



c) Se dispone de cajas fuertes para que puedan guardar el dinero y otros elementos de valor.



d) Existe personal capacitado para que las personas afectadas por estas disminuciones de sus capacidades, puedan seguir llevando el control económico y la gestión de sus asuntos.



Otros indicadores añadidos por los expertos

e) Existen sistemas o está establecido el procedimiento de desplazamiento/salida al exterior.

f) Se presta la ayuda suficiente a los residentes con severas limitaciones en la visión o audición.

7.º Para atender a los/as residentes con problemas cognitivos y de orientación

- | | |
|---|---|
| a) El ambiente ha sido diseñado con técnicas adecuadas de orientación en la realidad: dibujos, señales en los lugares pertinentes, calendarios y relojes visibles, etc. | 0% |
| b) Existe la dotación de personal en el número y con la formación adecuada para prestar atenciones específicas a esta tipología de residentes. | 0% |
| c) La estructura espacial de la Residencia y de los servicios es adecuada para atender los diferentes niveles de asistencia que requieren esta tipología. |  20% |
| d) El conjunto de los/as cuidadores ha recibido los cursillos necesarios para atender las situaciones derivadas de la manifestación de estos problemas cognitivos y de orientación. | 0% |

Otros indicadores añadidos por los expertos

- e) Existen medidas de seguridad que eviten las huidas de personas con deterioro cognitivo.
- f) Existen "circuitos" dentro de la Residencia para no entorpecer el "VAGABUNDEO".
- g) Existen controles (electrónicos, etc.) en puertas para evitar fugas.
- h) Estructuración espacial en módulos específicos según

DESCARTABLE

necesidades y especialmente para trastornos de comportamiento.

- i) Hay una evaluación y rehabilitación de esos problemas cognitivos.
- j) Hay una coordinación interdisciplinar para intentar paliar dichos problemas.

8.º Para atender a los/as residentes con problemas de memoria

- a) El diseño de los espacios interiores ha tomado en cuenta los déficit de memoria introduciendo los indicadores adecuados que faciliten el reconocimiento y la identificación de los espacios y de los usos. 0%
- b) Existe la dotación de personal en el número y con la formación adecuada para prestar atenciones específicas a esta tipología de residentes.  10%
- c) El conjunto de los/as cuidadores/as ha recibido los cursos necesarios para atender las situaciones derivadas de la manifestación de estos problemas de memoria. 0%

Otros indicadores añadidos por los expertos

- d) Existen actividades/programas que trabajan el campo de la memoria.
- e) Hay una evaluación y un programa para intentar paliar o detener la pérdida de memoria.

DESCARTABLE

9.º Para atender a los/as residentes con problemas emocionales

a) Existe la dotación suficiente de personal con la formación adecuada para prestar atenciones específicas a esta tipología de residentes.

10%

b) El conjunto de los/as cuidadores ha recibido los cursillos necesarios para afrontar las situaciones derivadas de la manifestación de estos problemas emocionales.

0%

Otros indicadores añadidos por los expertos

c) Existen programas específicos de carácter psicosocial de tratamiento y apoyo.

d) Existe un programa específico de intervención y apoyo familiar.

e) Se programan actividades de puertas abiertas para fomentar las visitas de amigos y familiares.

f) Existe una terapia para cada persona con algún problema emocional para ayudarle a superarlo.

10. Para atender los problemas de comportamiento y de comunicación

a) Existe la dotación suficiente de personal con la preparación adecuada para prestar atenciones específicas a esta tipología de residentes. 0%

b) El conjunto de los/as cuidadores/as ha recibido los cursillos necesarios para afrontar los problemas derivados de estos comportamientos. 0%

c) Se han identificado y se han eliminado los objetos que estén accesibles a quienes pudiesen hacerse daño con ellos o hacer daño a otros. 0%

d) Hay aparatos amplificadores de textos escritos y de imágenes.

Otros indicadores añadidos por los expertos

 30%

e) Se han desarrollado técnicas que ayudan a mejorar la comunicación.

f) Existe un Programa de Manejo de trastornos de comportamiento.

g) Se intenta integrar a los pacientes con demencias en las zonas comunes del centro con el resto de residentes, evitando limitar su movilidad a salas específicas durante todo el día.

h) Se les da un programa de Habilidades Sociales.

**B) INDICADORES DE LA ATENCIÓN/DESATENCIÓN
QUE RECIBEN LOS/AS RESIDENTES EN FUNCIÓN
DE LAS CARGAS ASISTENCIALES**

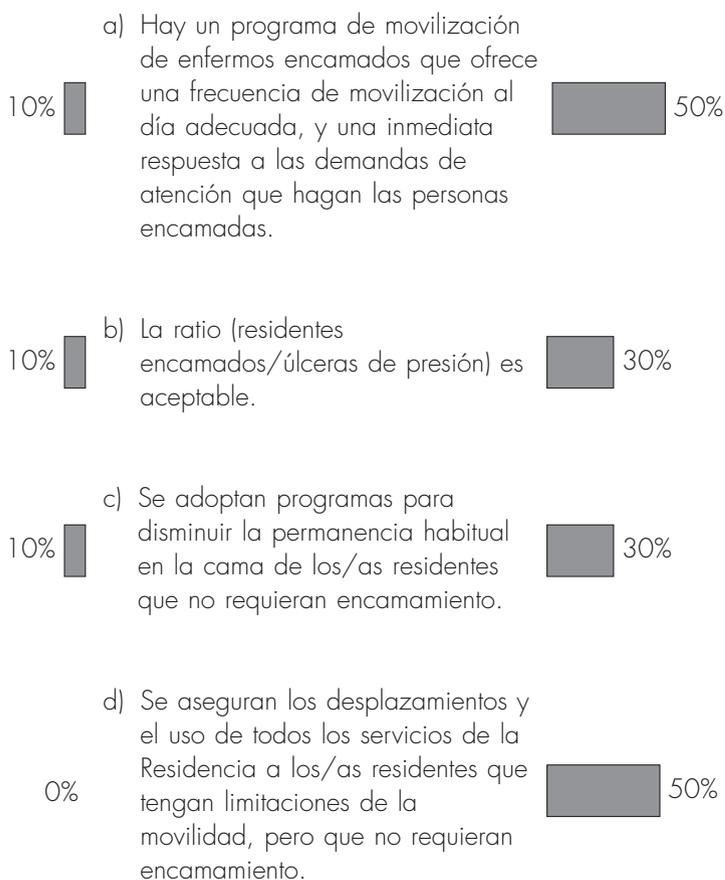
Evaluación de las atenciones y las no atenciones:

**b1.) ATENCIONES CUYA NECESIDAD ES COMPARTIDA,
CUALQUIERA QUE SEA LA CARGA ASISTENCIAL QUE SE TOME EN
CUENTA.**

INDICADORES DE LA SUFICIENCIA Y LA ADECUACIÓN.

DESCARTABLE

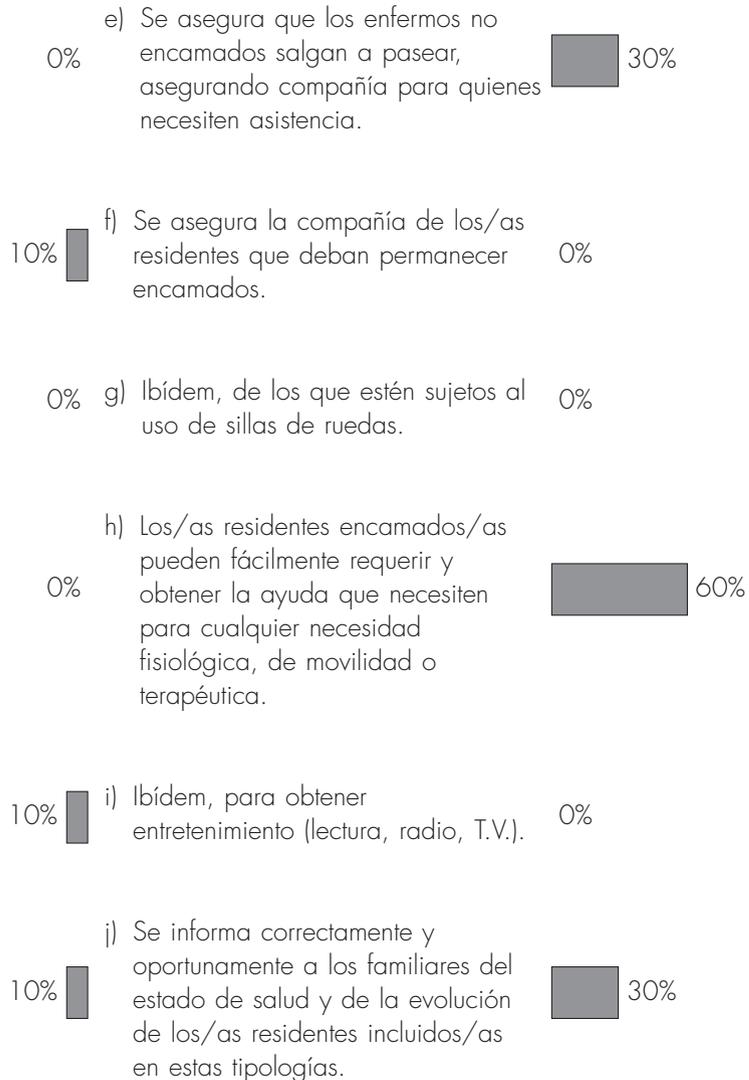
ELEGIBLE



(.../...)

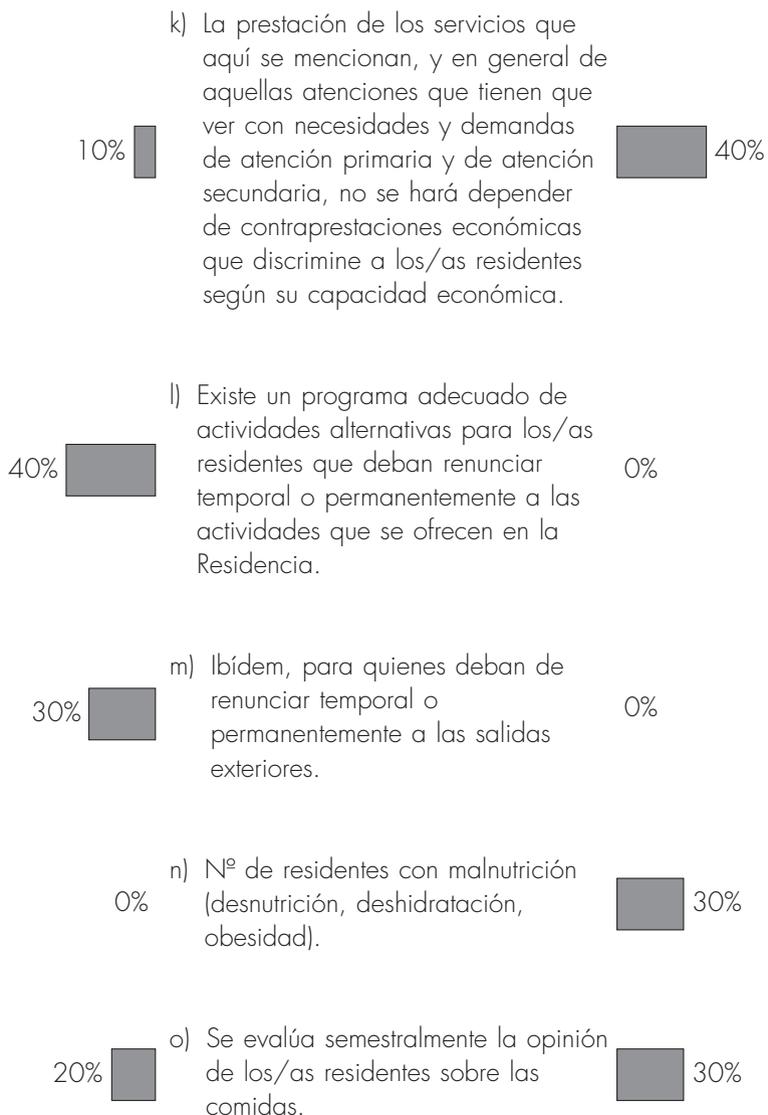
DESCARTABLE

ELEGIBLE



DESCARTABLE

ELEGIBLE



(.../...)

Otros indicadores añadidos por los expertos

- p) Únicamente permanecen encamadas aquellas personas con prescripción médica.
- q) Nº de úlceras por presión que han surgido en el medio residencial.
- r) Nº de residentes diabéticos.
- s) Hay un programa de movilización a residentes en silla de ruedas.
- t) Nº de residentes con problemas respiratorios.
- u) Menús adaptados y con rotación suficiente.
- v) Existen programas para trabajar con las familias.
- w) Existe voluntariado.

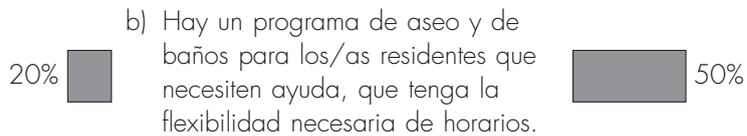
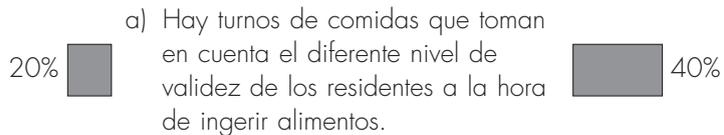
Evaluación de las atenciones y las no atenciones:

b2.) ATENCIONES/DESATENCIONES ESPECÍFICAS PARA CADA CARGA ASISTENCIAL

DESCARTABLE

ELEGIBLE

1.º A los/as residentes con limitaciones en las funciones fisiológicas



La limpieza de las personas con incontinencia se hace de forma:



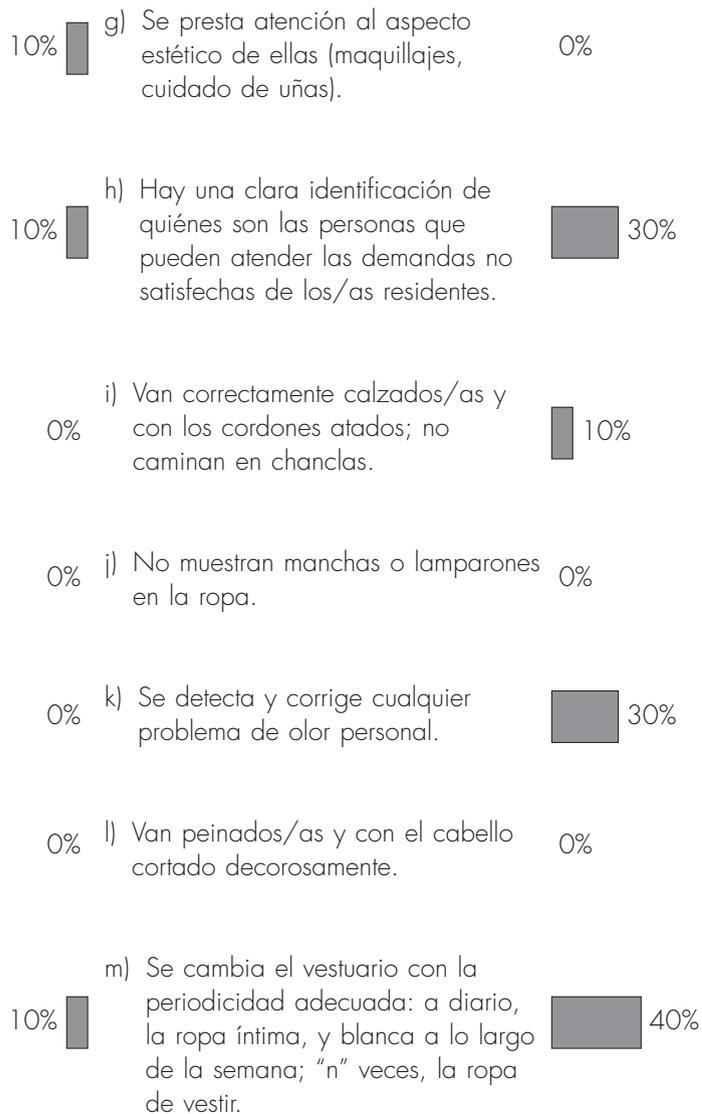
Los/as residentes con estas limitaciones en sus funciones fisiológicas:



(.../...)

DESCARTABLE

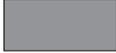
ELEGIBLE



(.../...)

DESCARTABLE

ELEGIBLE

0% n) Están correctamente controlados los malos olores tanto en habitaciones como en servicios comunes.  50%

0% ñ) Existe un libro de reclamaciones a disposición de los/as residentes y los/as trabajadores/as.  50%

0% o) Se revisa y atiende diligentemente esas reclamaciones.  20%

0% p) Van correctamente vestidos. Utilizan ropa de calle (no batas, etc.).  20%

Otros indicadores añadidos por los expertos

0% q) Se adapta el vestuario a las necesidades del residente. 0%

r) La dotación y reposición del vestuario es suficiente.

s) La limpieza de superficie es la adecuada.

t) Existe y se aplica un programa de promoción de continencia.

(.../...)

- u) Existe un programa de Actividades de la Vida Diaria con valoración específica del grado de dependencia utilizando escalas válidas y organización de intervención al menos en tres niveles de dependencia (supervisión, ayuda parcial y ayuda total).
- v) Las incontinencias de nueva aparición son adecuadamente evaluadas.
- w) Existen protocolos de "reentrenamiento vesical".

DESCARTABLE

2.º A los/as residentes con dificultades para moverse en los espacios interiores

- a) Hay un programa para facilitar suficientemente las actividades de aquellas personas que pueden mantener tales actividades si se les traslada o si se les acompaña.
- b) Se atienden diligentemente las demandas de los/as residentes que no pueden desplazarse para satisfacer esas necesidades de manera autónoma.

0%

10%

Otros indicadores añadidos por los expertos

- c) Hay zonas de descanso, estudiadas, para aquellas personas con dificultades en la movilidad.

- d) Hay un Programa de Rehabilitación para mantener esas capacidades.
- e) Existe una valoración del nivel de movilidad y grado de dependencia para los traslados, con pautas específicas para los auxiliares.
- f) Existe un listado de residentes que necesitan movilización con grúas y ésta se realiza en la práctica.
- g) Existe un listado de residentes con alto riesgo de úlceras y se les realizan técnicas de cambios posturales.

3.º *A los/as residentes con limitaciones de la movilidad en espacios exteriores*

- a) Hay un programa para facilitar suficientemente las actividades extraresidenciales, incluidas las de aquellas personas que pueden mantener tales actividades si se las acompaña. 0%
- b) Hay un programa para asegurar suficientes salidas al entorno de la Residencia, incluidas las salidas de aquellas personas que pueden hacerlo acompañadas. 0%
- c) Existen actividades regladas, para estimular la utilización de estos programas a estas tipologías de residentes. 0%

(.../...)

DESCARTABLE

- d) Se programan en el buen tiempo actividades a desarrollar al aire libre. 0%
- e) Se adoptan las precauciones necesarias para evitar insolaciones, enfriamientos y otras secuelas de la permanencia en el exterior. 10%
- f) Se asegura la helioterapia y la demanda de oxigenación de aquellos/as residentes que no pueden salir al exterior. 40%

Otros indicadores añadidos por los expertos

- g) Se educa y adiestra sobre las posibilidades de manejo en el exterior
- h) Se fomenta la participación de las familias en las actividades de puertas abiertas y en las salidas

4.º A los/as residentes con riesgo de caídas

- a) La ratio [residentes pertenecientes a grupos de riesgo de caídas/residentes que han sufrido lesiones consecuentes a caídas] es aceptable. 10%
- b) No se hace un uso abusivo ni inadecuado de la inmovilización de los/as residentes con riesgo de caerse de la cama. 10%

Otros indicadores añadidos por los expertos

- c) Existen medidas de sujeción adecuadas (cama, silla de ruedas).
- d) Las medidas de sujeción están prescritas por el médico. Existe un documento escrito de la prescripción.
- e) Existe un plan de prevención del riesgo de caídas.
- f) Existe formación suficiente del personal en esta materia
- g) Existe una buena valoración psicofísica del residente.
- h) Correcto manejo de la terapia neuraléptica.
- i) Existe y se aplica un programa de rehabilitación para trastornos de la marcha y el equilibrio.
- j) Existen planes adecuados de evaluación de las caídas

(.../...)

DESCARTABLE

- k) ¿Existen registros de recogida de las circunstancias y consecuencias de las caídas?
- l) Existen planes de tratamiento y seguimiento, escritos, de los ancianos que han sufrido una caída.

5.º A los residentes con problemas médicos

- a) Valoración de la existencia/no existencia de intoxicaciones por uso inadecuado de medicamentos. 0%
- b) Ibídem, de recaídas o episodios graves por falta de uso de la medicación. 10%
- c) Existencia de traslados a centros hospitalarios no pertinentes. 20%
- d) Retraso en el envío a centros hospitalarios. 10%
- e) Existencia de infecciones generadas por una inadecuada asepsia, o una defectuosa atención técnica de enfermería. 10%
- f) Están objetivados los criterios deontológicos necesarios, para evitar el sufrimiento y la prolongación injustificada de la agonía en los/as enfermos/as terminales. 10%

(.../...)

DESCARTABLE

- g) Existe un programa adecuado para facilitar el tránsito a los/as enfermos/as terminales y atender a sus familiares.

 10%

Otros indicadores añadidos por los expertos

- h) Están identificados los residentes con factores de riesgo.
- i) Existe un ratio enfermera/residente suficiente.
- j) Existe un programa de cuidados paliativos.
- k) Existe una valoración sanitaria del tipo incontinencia urinaria, inmovilismos, caídas, residentes con polifarmacia, nivel nutricional y medidas para su control.
- l) Existen mecanismos bien establecidos con los Equipos de Atención Primaria y con atención especializada.
- m) Existe presencia física de atención médica en caso de que se "acumule" un número suficiente de residentes complejos.

6.º A los/as residentes con limitaciones en las AVD instrumentales

- a) El/la residente puede disponer en cualquier momento de la ayuda necesaria para atender o hacer una llamada telefónica.

 10%

DESCARTABLE

- b) *Ibídem*, para elaborar y enviar mensajes por otros medios (carta, correo electrónico, etc.).

10%

Otros indicadores añadidos por los expertos

- c) El residente puede disponer de la ayuda necesaria para comprar.
- d) El residente tiene apoyo y ayuda para manejar dinero y guardar o depositar bienes de valor.

7.º A los/as residentes con problemas cognitivos

- a) Es aceptable la ratio de residentes de esta tipología, que están dormidos todo el día.

20%

- b) Las necesidades de separar a los/as residentes cuyo nivel de deterioro cognitivo lo requiera, no se hace introduciendo medidas de segregación o de institucionalización.

0%

- c) Las condiciones de vida de estos/as residentes, garantizan el mismo confort y calidad ambiental que tenga el resto de la Residencia.

0%

(.../...)

DESCARTABLE

- d) No se adapta ninguna restricción a la movilidad de los/as residentes por el personal de la Residencia que no haya sido prescrito por los médicos. 0%

Otros indicadores añadidos por los expertos

- e) Programas grupales e individuales en Módulos de Atención Integral Especializados.
- f) Existe constancia escrita de que el residente ha sido sometido a una evaluación adecuada.
- g) Existe un plan de tratamiento escrito e individualizado.

8.º A los/as residentes con problemas de memoria

- a) Episodios de residentes que aparecen deambulando, desorientados o perdidos fuera de la Residencia. 30%
- b) Íbidem, residentes que deambulan por la Residencia sin atención. 20%
- c) Residentes con muestras de no haber sido asistidos en sus olvidos (p.e., sin asearse o vestirse completamente). 10%
- d) Residentes que dejan de efectuar alguna de las funciones diarias (p.e., alguna de las comidas). 20%

Otros indicadores añadidos por los expertos

(.../...)

DESCARTABLE

- e) Residentes que no realizan las actividades/programas por olvido.
- g) Existe un plan de tratamiento escrito.

9.º A los/as residentes con problemas emocionales
(una vez eliminados los comportamientos relacionados con las demencias)

- a) Residentes con reacciones agresivas contra el personal o contra otros residentes. 10%
- b) Residentes que huyen de la Residencia. 0%
- c) Residentes que llevan a cabo intentos de suicidio. 0%
- d) Residentes con comportamientos de vagabundeo. 20%
- e) Residentes que hacen acusaciones injustificadas. 10%
- f) Residentes que podrían cuidar de su propia salud y que podrían participar y no lo hacen en las actividades. 30%
- g) Residentes que abandonan los cuidados y la medicación. 10%

Otros indicadores añadidos por los expertos

- h) Residentes con comportamientos fóbicos y obsesivos.

(.../...)

- i) Existe un programa específico de intervención psicosocial para residentes con distimia y depresión.
- j) Seguimiento del % de fármacos antidepresivos en residentes con depresión.
- k) Existe constancia escrita de que el residente ha sido sometido a una evaluación adecuada.
- l) Existe un plan de tratamiento escrito.

10. A los/as residentes con problemas de comportamiento y de comunicación

- | | |
|---|--|
| a) Total de casos de agresiones a lo largo del año protagonizadas por residentes. | 0% |
| b) Total de vandalismos en la Residencia y su entorno privativo, con autoría conocida o desconocida. |  30% |
| c) Existencia de programas específicos para estimular el uso de otros sentidos, a quienes no ven o no oyen lo suficiente. | 0% |
| d) Existe un programa diario para evitar que existan medicamentos accesibles a los/as residentes. | 0% |
| e) Ibídem, para evitar que existan objetos accesibles a quien pudiesen dañar o dañarse con ellos. | 0% |
- (.../...)

DESCARTABLE

Otros indicadores añadidos por los expertos

- f) Existe constancia escrita de que el residente ha sido sometido a una evaluación adecuada.

- g) Existe un plan de tratamiento escrito y actualizado.

C) INDICADORES DE LA EXISTENCIA Y DE LA CALIDAD DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN, EN FUNCIÓN DE LAS CARGAS ASISTENCIALES

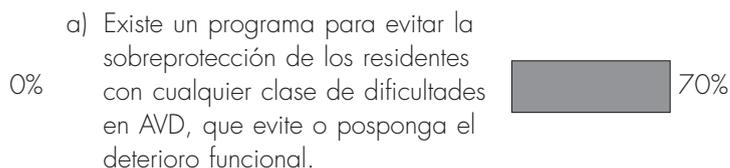
Evaluación de la prevención y de la rehabilitación:

c1.) MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN CUYA NECESIDAD ES COMPARTIDA, CUALQUIERA QUE SEA LA CARGA ASISTENCIAL QUE SE TOME EN CUENTA

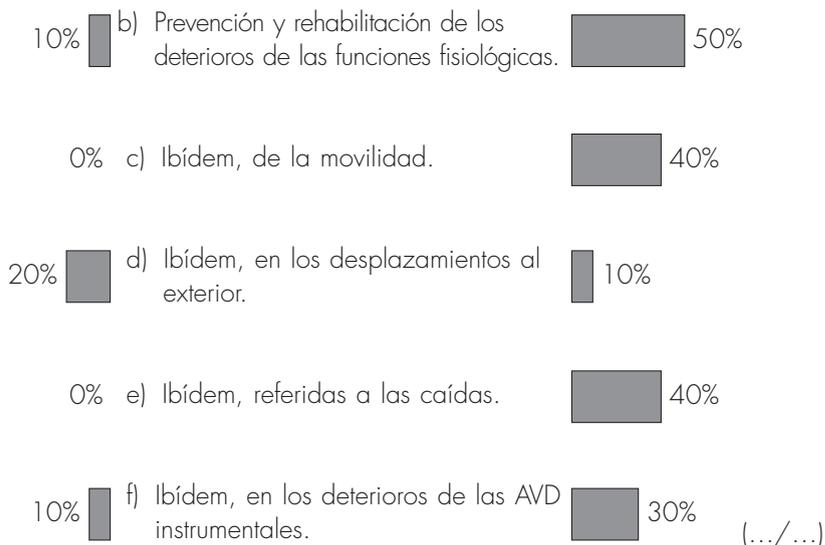
INDICADORES DE LA SUFICIENCIA Y DE LA ADECUACIÓN

DESCARTABLE

ELEGIBLE



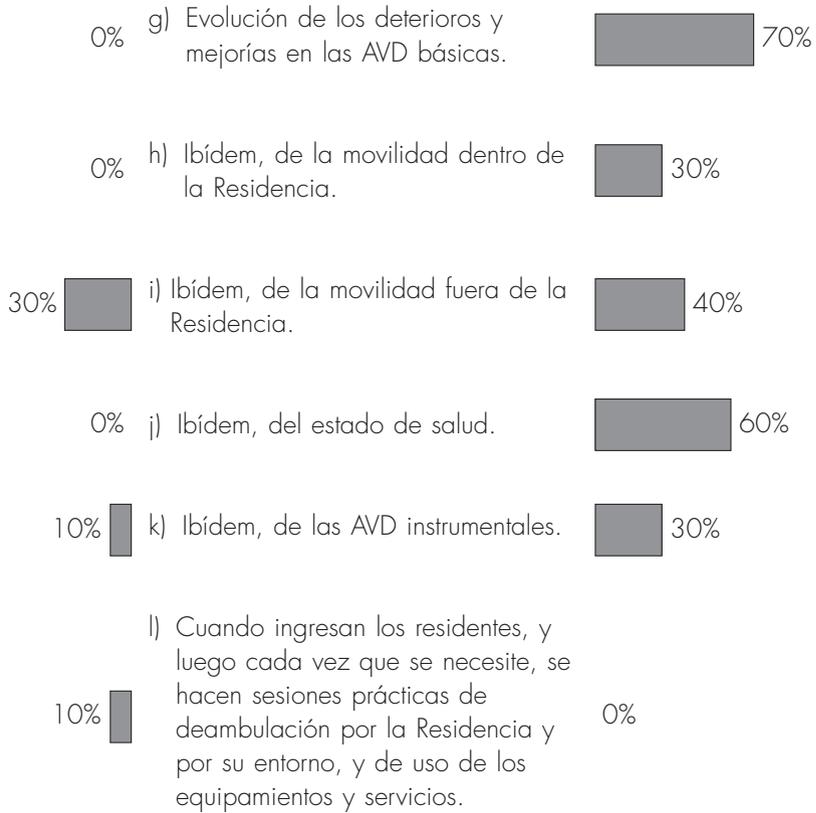
Hay charlas y/o cursos destinados a informar y a adiestrar a los/as residentes respecto a las medidas de prevención y rehabilitación que abarcan, al menos, los siguientes campos:



DESCARTABLE

ELEGIBLE

Hay un seguimiento de la evolución de todos/as los/as residentes entre el momento del ingreso y el actual, que abarque, al menos, los siguientes campos:



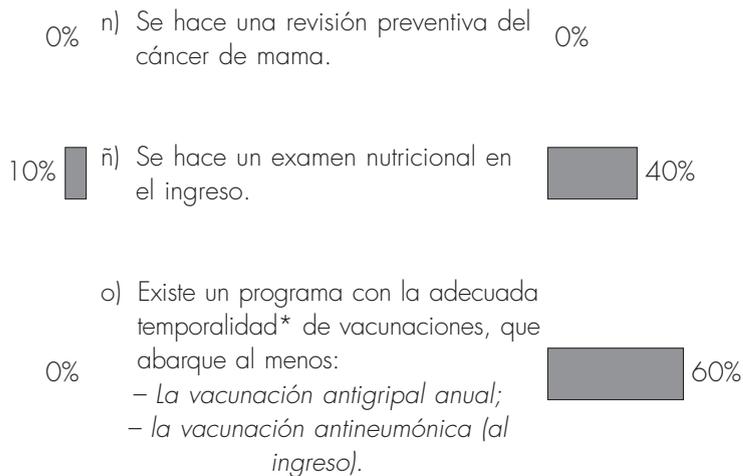
Hay programas de rehabilitación in situ, para los/as residentes con dificultades o minusvalías de la movilidad:



(.../...)

DESCARTABLE

ELEGIBLE



Otros indicadores añadidos por los expertos

- p) Existe un programa de consultas a especialistas médicos.
- q) Existe un correcto cumplimiento terapéutico.
- r) Existe un programa de prevención de úlceras por presión.
- s) hace una revisión anual del estado nutricional y de salud.
- t) Existe constancia escrita de que el residente ha sido sometido a una evaluación adecuada.

Evaluación de la prevención y de la rehabilitación:

c2.) MEDIDAS ESPECÍFICAS DE PREVENCIÓN Y DE REHABILITACIÓN PARA CADA CARGA ASISTENCIAL

DESCARTABLE

1.º De las limitaciones en las funciones fisiológicas

- | | |
|--|-----|
| a) Existen actividades programadas de rehabilitación de las funciones fisiológicas. | 0% |
| b) Es adecuada la competencia profesional y la experiencia de quienes las dirigen o gestionan. | 0% |
| a) La proporción del total de residentes que utilizan estos programas es adecuada. | 10% |
| b) Se lleva un control de los resultados de la rehabilitación. | 0% |
| c) Está controlada la limpieza de dientes y, en su caso, de las prótesis dentales. | 10% |
| d) La ropa está ordenada en los armarios. | 20% |
| e) Cada día se selecciona la ropa adecuada. | 30% |
| f) Existen programas específicos de prevención de incontinencias. | 0% |

DESCARTABLE

2.º De las dificultades para moverse en los espacios interiores

- | | |
|---|-----|
| a) Tienen un listado de residentes con dificultades de movilidad. | 10% |
| b) Se evalúan semanalmente las fichas y están anotadas al día. | 10% |
| c) Se analizan periódicamente los factores del entorno que dificultan la movilidad y se corrigen. | 0% |
| d) Existen actividades programadas de rehabilitación de la movilidad. | 0% |
| e) Es adecuada la competencia de quienes las dirigen y gestionan. | 0% |
| f) La proporción del total de residentes que utilizan estos programas es adecuada. | 20% |
| g) Sí lleva un control de los resultados de la rehabilitación. | 0% |

3.º De las limitaciones de la movilidad en espacios exteriores

- | | |
|---|-----|
| a) Tiene un listado de residentes con limitaciones en la movilidad exterior. | 10% |
| b) Se tiene elaborada la ficha de limitaciones de la movilidad y están anotadas al día. | 10% |
| c) Se evalúan mensualmente. | 10% |
| d) Se controlan sistemáticamente las carencias vitamínicas relacionadas con la falta de exposición al sol. | 30% |
| e) Se analizan sistemáticamente y se corrigen las barreras arquitectónicas que dificultan el uso de los espacios exteriores a los/as residentes con estas carencias de movilidad (el desglose de estas barreras se reserva para otra fase del estudio). | 0% |

En el cuarto de baño

- | | |
|---|----|
| f) El espacio en la ducha es suficiente. | 0% |
| g) No hay alfombras deslizantes a la salida de la ducha; ni duchas sin suelo o alfombra antideslizante; ni jabón de pastilla en las duchas. | 0% |

DESCARTABLE

h) La distancia a los toalleros es adecuada.	10%
i) La bañera tiene la altura adecuada* y es de fácil acceso.	0%
j) Hay asideros en las bañeras y duchas.	0%
k) Las bañeras o duchas tienen asiento/o tabla de transferencia.	0%
l) Los retretes son bajos y, en su caso, con elevador.	0%
m) Los retretes tienen barras de apoyo.	0%

En el dormitorio

n) La orientación de la cama es correcta.	0%
ñ) La altura de la cama es adecuada.	0%
o) No hay alfombras al pie de cama.	0%
p) La colocación de la mesilla es adecuada.	0%
q) Hay luz o lamparilla de mesa.	0%

DESCARTABLE

- r) El interruptor de luz está junto a la cama y puede ser manipulado desde ella fácilmente. 0%
- s) No hay armarios de ropa tan altos que obliguen a alzar el cuerpo a subirse en banquetas. 0%
- t) No hay objetos en la habitación que impidan la movilidad o que puedan producir lesiones al paso. 0%
- u) Hay timbre de llamada fácilmente utilizable desde la cama. 0%

4.º De las caídas

- a) Con riesgo de caídas. 0%
- b) Con antecedentes de caídas. 0%
- c) Se tiene elaborada la ficha de caídas y están anotadas al día. 0%
- d) Se evalúan mensualmente las fichas de caídas. 0%

(.../...)

DESCARTABLE

e) Se analizan periódicamente los factores del entorno que aumentan el riesgo de las caídas y se corrigen (el análisis de esos factores se hace en otra parte del estudio). 0%

f) Han recibido formación en la prevención de las caídas el personal y los residentes. 0%

g) Se han detectado y modificado las barreras arquitectónicas que pueden generar caídas (el desglose de estas barreras se hace en otra parte del estudio). 0%

h) Se promueve la actividad física. 0%

i) Hay un programa de atención, y si es necesario de traslado a los centros hospitalarios para cuando se presente esta emergencia.  10%

Otros indicadores añadidos por los expertos

j) Existe un programa de caídas que recoge todos los puntos anteriormente expuestos, con evaluación periódica de las caídas ocurridas en un período anterior.

(.../...)

DESCARTABLE

- k) Existe constancia escrita de que el residente ha sido sometido a una evaluación adecuada.
- l) Existe un plan de tratamiento escrito y actualizado.
- m) Se realiza, si se cree conveniente, una terapia para afrontar su miedo a las caídas.

5.º De los problemas médicos

- a) Existe desde el ingreso una ficha clínica de cada residente, que incluye los datos necesarios para el seguimiento y la evaluación de los tratamientos. 0%
- b) La ficha está anotada al día. 0%
- c) Se evalúan mensualmente las fichas médicas. 0%
- d) Existe un control de la tensión con la periodicidad adecuada. 0%
- e) Hay un programa de asistencia médica preventiva adecuado, en cuanto a la periodicidad y en cuanto a las evaluaciones.  10%

DESCARTABLE

f) Hay una evaluación semestral del estado nutricional. 0%

g) Hay un seguimiento de los/as residentes con problemas de malnutrición. 0%

h) Existen medidas adecuadas para evitar contagios e infecciones. 0%

i) Se analizan periódicamente los factores del entorno que aumentan el riesgo de enfermedades, y se corrigen.  10%

Otros indicadores añadidos por los expertos

j) Existe un examen de salud periódico.

k) Seguimiento de casos derivados de fisioterapia.

l) Revisión y control de patologías psiquiátricas.

m) Se procede sistemáticamente a una evaluación adecuada ante un cambio de situación de un residente.

n) Ante un cambio de situación, hay constancia escrita de un plan de tratamiento.

6.º De las limitaciones en la AVD instrumentales

- | | |
|--|---|
| a) Existe un seguimiento no fiscalizador de las eventuales dificultades que vayan apareciendo en el uso de los medios de comunicación con el exterior. | 0% |
| b) <i>Ibidem</i> , de los incidentes o dificultades surgidas en el manejo de los cobros y pagos. | 0% |
| c) No se han producido robos ni estafas de las que hayan sido víctimas los/las residentes, ni dentro ni en el entorno de la residencia. |  20% |

7.º A los residentes con problemas cognitivos

- | | |
|--|---|
| a) Se abre una ficha cuando un/una residente manifieste esta clase de deterioro y se anotan al día. |  20% |
| b) Se evalúan mensualmente el estado cognitivo y las medidas terapéuticas. |  20% |
| c) Se utilizan técnicas de entrenamiento de memoria y estimulación sensorial para todos los/as residentes (p.e., juegos de grupo, reminiscencias). |  20% |

DESCARTABLE

- d) Hay programas específicos de psicoterapia o asistencia psicológica. 0%
- e) Hay programas específicos de terapia ocupacional. 0%
- f) Existe un programa periódico y específico, con pruebas destinadas a evaluar el estado de las funciones mentales cognitivas y de orientación, en los/as residentes que aparenten deterioros. 0%

Otros indicadores añadidos por los expertos

- g) Existe constancia escrita de que el residente ha sido sometido a una evaluación adecuada.
- h) Existe un plan de tratamiento escrito e individualizado.
- i) Se evalúa en el momento del ingreso su estado cognitivo.

8.º De los problemas de memoria

- a) Los residentes a quienes se les diagnostique estos problemas se les abre una ficha específica. 10%

DESCARTABLE

- | | |
|---|-----|
| b) Las fichas se mantienen actualizadas. | 10% |
| c) Se aplican instrumentos de diagnóstico y de evaluación. | 0% |
| d) Se aplican programas adecuados de adquisición de estrategias de recuerdo y reconocimiento. | 0% |
| e) Qué proporción utilizan tales programas del total que los necesita. | 10% |

Otros indicadores añadidos por los expertos

- f) Se realiza un seguimiento pormenorizado de los residentes que lo presentan.
- g) Existe constancia escrita de que se ha llevado a cabo una evaluación clínica adecuada.
- h) Se aplica un programa de rehabilitación neuropsicológica específica para cada caso.
- i) Trabajo interdisciplinar.

9.º De los problemas emocionales

- | | |
|--|-----|
| a) A los residentes a quienes se les diagnostica problemas emocionales se les abre una ficha específica. | 10% |
|--|-----|

DESCARTABLE

- b) La evolución y los tratamientos se mantienen actualizados. 10%
- c) Se aplican instrumentos de diagnóstico y de evaluación. 0%
- d) No existen casos de sedaciones o de inmovilizaciones que no respondan a una prescripción facultativa. 0%

10. De los problemas de comportamiento y de comunicación

- a) Hay programas adecuados de logoterapia. 10%
- b) Hay el recurso a técnicas de sociodrama, u otras equivalentes para ritualizar la agresividad y disminuir la prevalencia. 30%
- c) Se llevan a cabo revisiones periódicas de la vista a todos/as los/as residentes, y en su caso, de las lentes. 10%
- d) Ibídem, del oído, y en su caso, de los audífonos. 10%

5. SEGUNDA FASE: SELECCIÓN DE INDICADORES PARA CONOCER Y EVALUAR LAS PRÁCTICAS QUE AFECTAN A LA ASISTENCIA Y A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS/AS RESIDENTES

5.1. Tercera aplicación del Delfos

Selección del repertorio de prácticas que conviene elegir para diseñar los indicadores de la calidad de asistencia

5.1.1. Diseño de la tercera aplicación del Delfos

La tercera aplicación incluye tres evaluaciones:

- a) Primera: *Referida a las medidas de prevención en las Residencias.*
- b) Segunda: *Relativa a los listados y controles que requiere una buena atención a los/as residentes.*
- c) Tercera: *Para identificar los excesos de controles y de limitaciones que pueden imponerse a los/as residentes.*

5.1.2. Evaluaciones referidas a la calidad de la asistencia.

A) INDICADORES DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Primera evaluación:
1. LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN

ELEGIBLE

1.1. Indicadores de prevención



(.../...)

Otros indicadores añadidos por los expertos

9. Diabetes.
10. P. Tuberculosis (P. Tuberculina).
11. P. Demencia o Enf. de Alzheimer.
12. Hiperlipemias.
13. H.T.A.
14. Déficit nutricional.
15. Síndromes de inmovilización.
16. Deshidratación.
17. Trastornos de la masticación.
18. Trastornos de la marcha por problemas podológicos.
19. Control de residentes con riesgo de caídas
20. Control de la polifarmacia.
21. Revisión anual de salud.

1.2. Evaluaciones periódicas destinadas a la prevención

Pruebas recomendada/s

1. De la memoria	0%
1.2) Pfeiffer.	0%
1.3) Lobo.	0%
1.4) MME o MEC.	0%
2. De estado mental	33%
2.1) Cuestionario de estado M. Kahny Gerber	11%
2.2) SPMSQ de Pfeiffer	11%
2.3) MME	11%
3. De estado nutricional	33%
3.1) Hemograma.	11%
3.2) Albúmina.	11%
3.3) Proteínas.	11%
3.4) Valoración nutricional.	11%

(.../...)

ELEGIBLE

4. De orientación en la realidad



4.1) Pfeiffer.



4.2) Lobo.



4.3) MME o MEC

0%

5. De trastornos depresivos



5.1) G.D.S. de Yesavage.



5.2) Entrevista.



6. De trastornos de comunicación



6.1) Entrevista.

0%

6.2) Test de Boston.

0%

7. De evaluación de AVD básicas



7.1) Barthel.



7.2) Katz.



8. De evaluación de AVD instrumentales



8.1) Lawton.



(.../...)

ELEGIBLE

9. Carga asistencial	11%
9.1) Sistema de clasificación de Alberta	11%
10. De trastornos de conducta.	0%
10.1) Observación, seguimiento.	0%
10.2) Test informador.	0%
10.3) Entrevista familia.	0%
11. De síntomas psiquiátricos.	0%
11.1) Observación, seguimiento.	0%
11.2) Test informador.	0%
11.3) Entrevista familia.	0%
12. De hábitos de conducta.	0%
12.1) Entrevista, observación y seguimiento.	0%
13. Control de estado de los pies.	11%
14. Control de salud oral.	11%
15. Valoración de riesgo de no adaptación.	11%

**B) LISTADOS Y CONTROLES QUE REQUIERE
UNA BUENA ATENCIÓN**

Segunda evaluación:

2. LISTADOS Y CONTROLES QUE SE REQUIEREN PARA UNA BUENA ATENCIÓN A LOS/AS RESIDENTES

ELEGIBLE

2.1. Documentación que debe existir y estar al día para ofrecer una buena atención y calidad de vida.

- | | |
|--|-----|
| 1. Reconocimiento y ficha de nuevos usuarios. | 33% |
| 2. Listado de caídas y de residentes con riesgo de caídas. | 56% |
| 3. Listado de residentes con demencia, por grados. | 56% |
| 4. Listado de residentes con problemas de memoria. | 0% |
| 5. Listado de residentes con problemas de deglución. | 56% |
| 6. Con dietas por sonda. | 11% |
| 7. Con control de ingesta, con dietas especiales. | 33% |

(.../...)

ELEGIBLE

8. Otros controles dietéticos: Suplementos alimenticios, hábitos alimenticios.	0%
9. Control de la rehabilitación y el mantenimiento de residentes que requieren cambios posturales.	33%
10. Libro de sugerencias (anotado).	0%
11. Libro de reclamaciones con sus respuestas.	22%

Otros indicadores añadidos por los expertos

- 12. Listado de medicación individual.
- 13. Listado de incontinencias y tipo de incontinencias.
- 14. Listado de higiene personal.
- 15. Listado de prevención de úlceras.
- 16. Listado de curas.
- 17. Listado de ritmo intestinal individual.

(.../...)

18. Listado de diuresis.
19. Listado de ingesta de líquidos.
20. Expediente de cada usuario con historia de valoración geriátrica integral.

Otros indicadores añadidos por los expertos

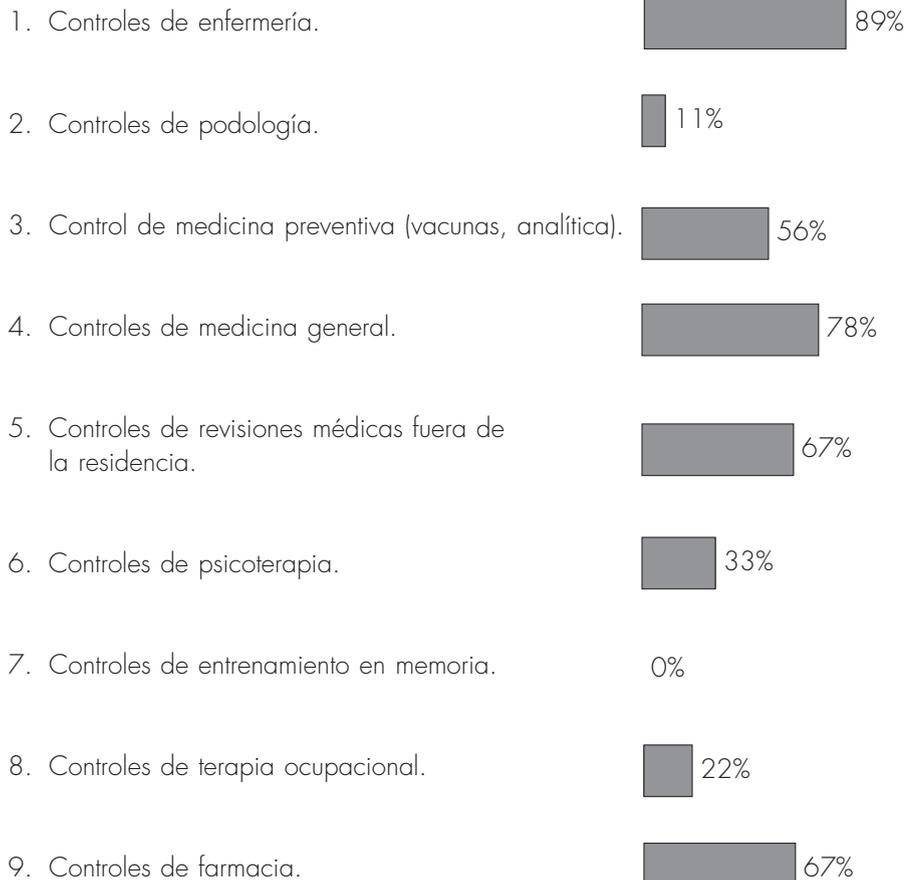
21. Listado de prescripción médica de residentes con medidas de sujeción.
22. Libros de tratamiento farmacológico.
23. Libros de cuidados personales y pautas para auxiliares.
24. Libro de mantenimiento.
25. Listado de AVD por grados de dependencia.
26. Listado de residentes diabéticos y su control periódico.
27. Listado de residentes hipertensos y su control periódico.

(.../...)

28. Registro multidisciplinar.

29. Historia y registro social.

2.2. Documentación que debe existir y estar la día para el seguimiento de las intervenciones destinadas a prestar una buena atención.



(.../...)

ELEGIBLE



Otros indicadores añadidos por los expertos

19. Controles de peluquería.

(.../...)

ELEGIBLE

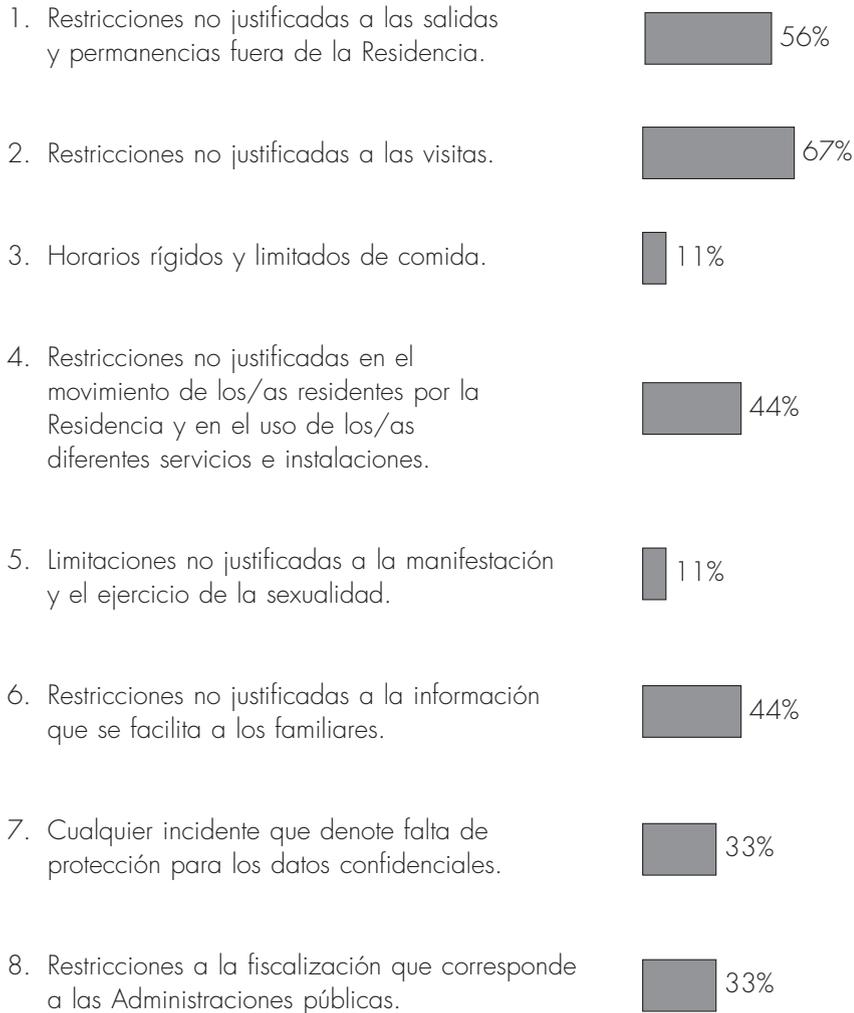
20. Control de incidencias de cada turno del equipo interdisciplinar y personal de atención directa.
21. Control de participación en actividades lúdicas y terapéuticas.
22. Controles de rehabilitación.
23. Libro de Incidencias diurnas.
24. Registro multidisciplinar.

**C) IDENTIFICACIÓN DE LOS EXCESOS DE CONTROLES
QUE PUEDEN IMPONERSE A LOS/AS RESIDENTES**

Tercera evaluación:

3. INDICADORES DE EXCESO DE CONTROL Y DE LIMITACIONES

ELEGIBLE



(.../...)

Otros indicadores añadidos por los expertos

9. Restricciones no justificadas a la posibilidad de elección de menú.
10. Restricciones no justificadas a la información que se facilita al residente.
11. Restricciones no justificadas a la integración de residentes discapacitados en la convivencia diaria del centro y el acceso a las instalaciones del mismo.
12. No tener expedientes de orden judicial de internamiento en demencias y relación de incapacitados legalmente.
13. Horario de visitas inferior a ocho horas diarias.
14. Cualquier incidente que denote la falta de protección para los datos confidenciales.
15. Restricciones no justificadas a la participación de los familiares.

5.2. Cuarta aplicación del Delfos

Selección de indicadores que sirven para evaluar el nivel de atención - desatención a los/as residentes.

5.2.1. Diseño de la cuarta aplicación del Delfos

Esta última aplicación se centra en los indicadores que pueden servir para evaluar la atención/desatención. Incluye las siguiente evaluaciones:

a) Indicadores de atención

1. Atenciones relativas al cuerpo y al aspecto físico.
2. Repertorio de atenciones para mantener un estado saludable.
3. Indicadores de atención relativos al desempeño personal.

b) Indicadores de desatención

1. Referidos a la falta de atención asistencial.
2. Referidos a la existencia de riegos en la Residencia.

5.2.2. Evaluaciones referidas a la atención – desatención.

A) INDICADORES DE ATENCIÓN

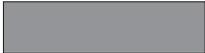
Primera evaluación:

1. INDICATIVOS DE ATENCIONES RELATIVAS AL CUERPO Y AL ASPECTO FÍSICO

Repertorio de inspecciones corporales y, en su caso, de ayudas que se deben llevar a cabo.

ELEGIBLE

Higiene corporal

1. Baño o ducha limpios y en buen funcionamiento, permanentemente.  89%
2. Comprobación cada día de la existencia de útiles de aseo personales (toallas, jabón).  33%
3. Comprobación del afeitado (en los varones) y del retocado (en las mujeres).  11%

Otros indicadores añadidos por los expertos

4. Comprobación del estado del pelo.
5. Control de lavado de manos.
6. Higiene diaria de las personas dependientes.

(.../...)

ELEGIBLE

Higiene bucal

- 7. Comprobación programas de potenciación de autonomías en higiene. 22%
- 8. Verificación diaria del correcto uso y limpieza de las prótesis. 78%
- 9. Higiene diaria de las personas inconscientes. 78%

Otros indicadores añadidos por los expertos

- 10. Asegurar cada día que se llevan a cabo los cuidados adecuados para la salud dental.
- 11. Incidencia diaria en el uso de colutorios.
- 12. Comprobación de programas de potenciación de autonomía en higiene bucal.

Asistencia e inspección podológica

- 13. Verificar que los zapatos son adecuados a los problemas podológicos. 56%
- 14. Limpieza de dedos, cuidados de las uñas de manos y pies. 89%

(.../...)

Otros indicadores añadidos por los expertos

15. Comprobación de roces del calzado.

16. Comprobación de existencia de callosidades.

a) Verificar lesiones en dedos y pie (heridas, úlceras, hongos).

Higiene del vestido

17. Comprobar cada día que se ponen la ropa adecuada, según la estación y la ocasión. 44%

18. Comprobar cada día que no oprima; evitar el uso de ligas. 44%

19. Verificar cada día que está bien planchada. 22%

20. Control diario de la existencia de mudas. 56%

Otros indicadores añadidos por los expertos

21. Comprobar el estado de limpieza de la ropa.

22. Comprobar existencia adecuada de cierres, botones.

(.../...)

23. Verificar que dispone de ropa suficiente.

24. Comprobar ropa adecuada (según grados de dependencia...).

Higiene del calzado

25. Evitar permanentemente que caminen con zapatos en chanclas. 56%

26. Controlar que los cordones estén bien enfilados y bien atados. 67%

27. Zapatos limpios, frecuentemente. 11%

28. Controlar que el calzado sea el adecuado (botas, tacones...). 22%

Higiene sexual

29. Identificar y prevenir enfermedades de transmisión sexual. 67%

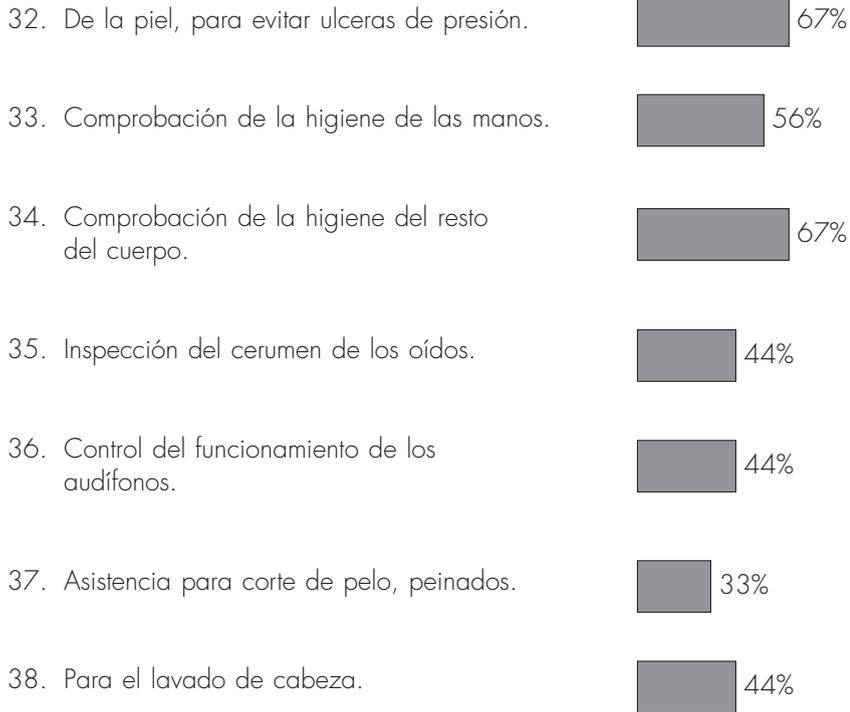
30. Limpieza de genitales masculinos y femeninos. 44%

31. Control uso compresas y pañales. 11%

(.../...)

ELEGIBLE

*Otras inspecciones corporales no mencionadas**



Otros indicadores añadidos por los expertos

- 39. Inspección de los pies.
- 40. Inspección de los pliegues cutáneos (interglúteo, intermamario).
- 41. Inspección de las uñas.

* La evaluación incluye la frecuencia de la inspección. Confróntese en tablas de respuestas.

Segunda evaluación:

2. REPERTORIO DE ACTUACIONES PARA MANTENER UN ESTADO SALUDABLE

ELEGIBLE

Promoción de ejercicio físico

- | | |
|--|-----|
| 1. Paseos de acuerdo con prescripción facultativa. | 78% |
| 2. Paseos cada vez que el tiempo lo permita. | 33% |
| 3. Control de la adecuada ropa de abrigo. | 56% |
| 4. Exposición al sol para conservación y formación de la vitamina D. | 67% |

Otros indicadores añadidos por los expertos

5. Gimnasia de mantenimiento diaria.

Sueño y descanso

- | | |
|---|-----|
| 6. Organización y realización de programas después de cenar, para evitar acostarse inmediatamente después de la comida. | 22% |
| 7. Control de encamamiento de residentes desorientados. | 11% |

(.../...)

Otros indicadores añadidos por los expertos

8. Necesidad de inductores al sueño, relajantes... (medicación).
- a) Control de la ingesta de líquidos (necesidad de evacuación nocturna).

Intervenciones frente a la soledad y el desarraigo

9. Oferta explícita semanal de actividades que permitan a quien lo desee mantenerse ocupado, sin horas muertas, a lo largo de la semana. 89%
10. Programa explícito semanal con las acciones en las que los/as residentes pueden participar en las decisiones de la comunidad. 22%
11. Programas explícito semanal de actividades destinadas a favorecer las relaciones interpersonales. 56%

Otros indicadores añadidos por los expertos

12. Programas explícitos para potenciar relaciones familiares.
13. Programas explícitos para tomar parte en la organización.

(.../...)

ELEGIBLE

Seguimiento de las intervenciones programadas frente a los hábitos tóxicos

14. Tabaco.



15. Alcohol.



Otras atenciones para atender un estado saludable no mencionadas (incluidos por los expertos)

16. Programas de enfrentamiento de memoria.

17. Programas de terapia ocupacional.

18. Programas de orientación a la realidad

19. Control de la dieta y la cantidad ingerida (Asistidos).

Tercera evaluación:

3. INDICADORES DE ATENCIÓN RELATIVAS AL DESEMPEÑO PERSONAL

ELEGIBLE

- | | |
|---|-----|
| 1. Ayuda para leer libros, periódicos, cartas, pasar páginas. | 22% |
| 2. Hemeroteca con periódicos y revistas del día. | 11% |
| 3. Posibilidad real de ver canales diferentes en la TV. | 22% |
| 4. Posibilidad de tomarse un café, un refrigerio en el propio cuarto. | 22% |
| 5. Dar servicio de cafetería a precios moderados. | 11% |
| 6. Medidas explícitas regladas y adecuadas para proteger los derechos de los no fumadores/as. | 11% |
| <i>Oferta explícita y regulada de asesoramiento en problemas</i> | |
| 7. Personales y familiares. | 11% |

(.../...)

ELEGIBLE

8. Económico/financieros. 0%

9. Religiosos. 0%

Otros problemas que requieren asesoramiento

10. Acompañamiento explícitamente regulado para realizar compras, ir al banco, o cualesquiera otras gestiones fuera de la Residencia. 22%

11. Acompañamiento explícito y regulado para pasear por el entorno de la Residencia. 56%

12. Asistencia para los/as residentes que deban desplazarse con sillas de ruedas. 89%

13. Tolerancia a las mascotas. 11%

14. Medidas explícitas, reguladas y adecuadas para asegurar el respeto a la intimidad. 78%

Otros indicadores añadidos por los expertos

15. Medidas explícitas, reguladas y adecuadas para evitar intromisiones no justificadas en la vida sexual.

(.../...)

ELEGIBLE

16. Lugar para recibir visitas.
17. Posibilidad de recibir vistas en las habitaciones.
18. Llave propia de la habitación.
19. Ayuda reglada para la comunicación.
20. Posibilidad de peluquería a precios moderados.
21. Posibilidad de celebraciones del residente (aniversarios, cumpleaños).
22. Posibilidad de voluntariado.

B) INDICADORES DE DESATENCIÓN

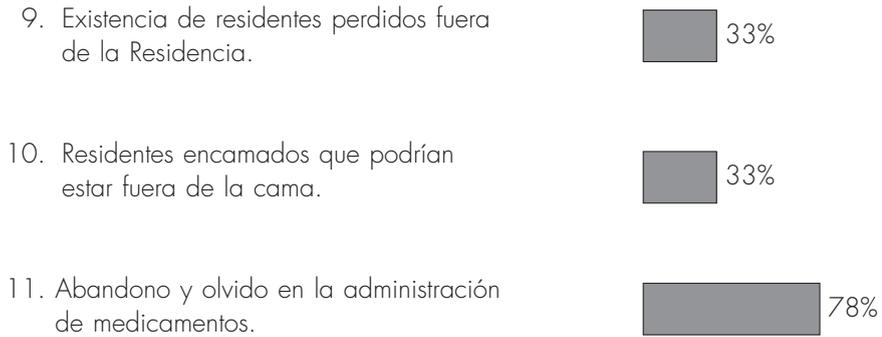
1. INDICADORES REFERIDOS A LA FALTA DE ATENCIÓN ASISTENCIAL

ELEGIBLE

1.1. Referidos al cuidado de los/as residentes



ELEGIBLE



Otros indicadores añadidos por los expertos

12. Restricciones físicas no autorizadas por el médico.
13. Administración de medicamentos sin prescripción médica.
14. No realización de cambios posturales.
15. No cambio de sondas en periodos adecuados.
 - a) No control de uso de oxigenoterapia.
 - b) Caídas producidas por no existir programas de prevención de caídas.

(.../...)

c) Úlceras por presión producidas por no existir programas de prevención.

d) Falta de programas de movilidad física.

1.2. Referidos al mal uso o la inadecuación de las infraestructuras y de los equipamientos

- | | |
|--|-----|
| 16. Ausencia sin sustitución de personal que tiene a su cargo funciones que hayan sido definidas como mínimas, en las plantillas de la Residencia. | 33% |
| 17. Desatención del puesto de control en la enfermería o en la unidad de cuidados especiales. | 44% |
| 18. Mucho tiempo para llegar a atender las llamadas de las luces de emergencia. | 11% |
| 19. Camas con cabeceras elevadas más de 30 grados. | 11% |
| 20. No está atendida la observación nocturna del sueño. | 11% |
| 21. Malos olores en cuarto, áreas de recepción, áreas comunes. | 33% |

(.../...)

ELEGIBLE

- 22. Contaminación acústica, exceso de ruido ambiente. 22%
- 23. Agua sanitaria de aseo, demasiado caliente o demasiado fría. 11%
- 24. Carencia de separaciones en cuartos ocupados por dos o más personas. 22%

Otros indicadores añadidos por los expertos

- 25. No utilización de medios adecuados en el traslado cama-sillón.
- 26. No uso adecuado de sillas de ruedas/andadores.

Otros indicadores añadidos por los expertos

- 27. Falta de barras de protección laterales en las camas.
- 28. Falta de medidas de sujeción a residentes con riesgo de caída.
- 29. Poca cantidad de pañales.
- 30. No acompañar al servicio (WC) a los residentes continentales.

1.3. Referidos a la mala atención alimentaria

- | | |
|--|-----|
| 31. Cualquiera de las manifestaciones de la desnutrición por falta de alimentos. | 56% |
| 32. Menús uniformes, poco variados, y sin cambios, a lo largo del mes. | 33% |
| 33. Horarios poco amplios de comidas. | 0% |
| 34. Platos, vajillas, vasos sucios. | 22% |
| 35. Temperatura inadecuada de la comida. | 0% |

Otros indicadores añadidos por los expertos

36. Inexistencia de menús alternativos.
37. Toma de dietas alimenticias no prescritas médicamente.
38. Menús no equilibrados diariamente.
39. Falta de incidencia en la hidratación diaria.

(.../...)

ELEGIBLE

40. No atender los gustos de los residentes.

41. Poco tiempo para comer.

42. Falta de ayuda a los residentes dependientes.

43. No tener tiempo suficiente para administrar la comida.

2. FALTA DE ATENCIONES REFERIDAS A LOS RIESGOS EXISTENTES CON LAS INFRAESTRUCTURAS

ELEGIBLE

2.1. En suelos, lugares de paso, escaleras

- | | |
|---|-----|
| 1. Suelos con fallas susceptibles de provocar tropiezos o caídas. | 33% |
| 2. Suelos deslizantes o resbaladizos, suelos con grasa, no se usa cera antideslizante, se friegan con productos que resbalan. | 33% |
| 3. Suelos con agua; suelos brillantes. | 0% |
| 4. Objetos con los que tropezarse en el suelo: cables, cuerdas, etc., en lugares de paso. | 0% |
| 5. Bordes de alfombras o moquetas deshilachados o despegados. | 0% |
| 6. Alfombras deslizantes, sueltas. | 33% |
| 7. Escaleras resbaladizas o sin apoyos. | 22% |

(.../...)

ELEGIBLE

8. Carencia de barandillas o de asideros en lugares de riesgo. 44%

9. Desniveles en suelo, inadecuadamente señalizados. 11%

Otros indicadores añadidos por los expertos

10. Existencia de radiadores salientes en pasillos.

11. Falta o poca iluminación.

12. Falta de ventilación.

13. Espacios alta o baja temperatura ambiental.

2.2. Mobiliario

14. Muebles inestables, con apoyos insuficientes. 44%

15. Inadecuada altura de las sillas. 0%

16. Muebles en lugar de paso. 22%

17. Muebles con esquinas angulosas. 11%

(.../...)

ELEGIBLE

18. Sillas sin reposabrazos. 11%

19. Mobiliario insuficiente (mesillas y armarios pequeños...). 0%

20. Inaccesibilidad a las baldas de los armarios. 0%

2.3. Aseos, baños, ducha

21. Alfombra deslizante a la salida de la ducha 33%

22. Ducha sin alfombra antideslizante. 22%

23. Jabón de pastilla en ducha. 0%

24. Demasiada distancia a toalleros. 0%

25. Bañera o ducha sin asideros. 44%

26. Bañera o ducha sin asiento/tabla transferencias. 0%

27. Bañera alta de difícil acceso. 22%

28. Reducido espacio en la ducha. 0%

(.../...)

ELEGIBLE

- 29. Retrete bajo sin elevador. 0%
- 30. Retrete sin barras de apoyo. 22%
- 31. No hay timbre de llamada o no funciona 33%

Otros indicadores añadidos por los expertos

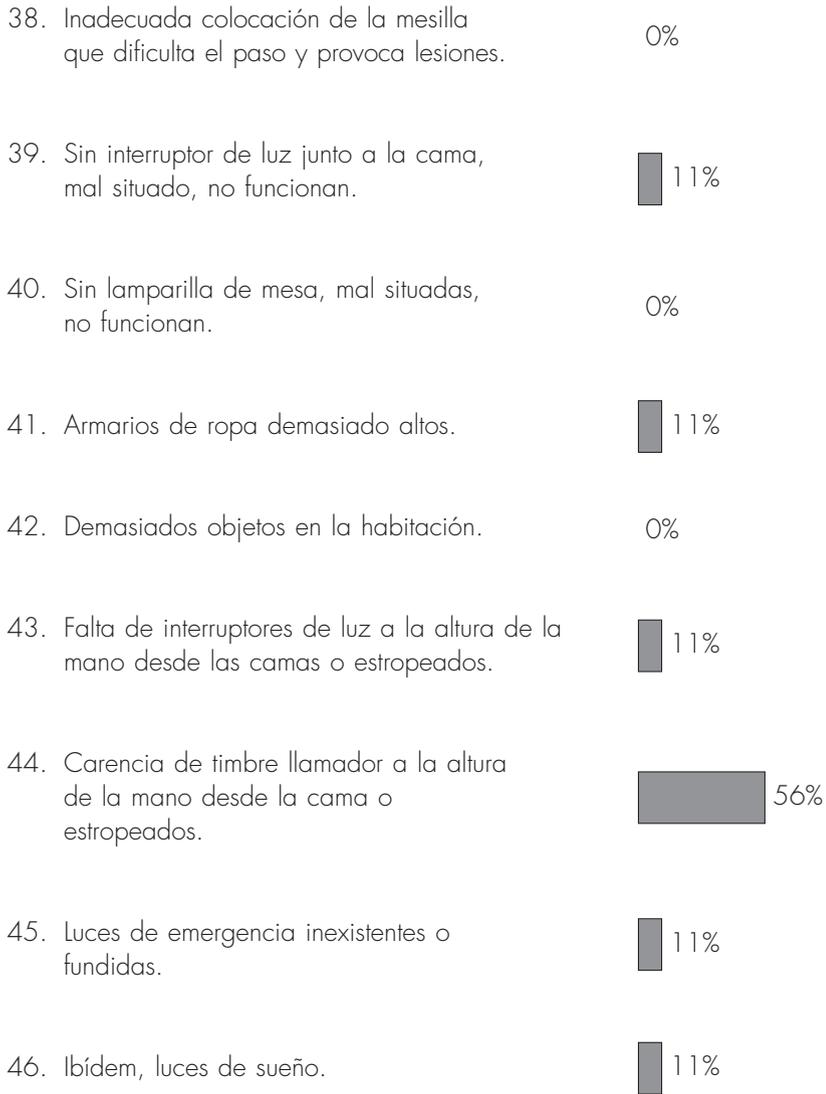
- 32. Grifos y tiradores no ergonómicos.
- 33. Aseo reducido para acceder con sillas de ruedas.
- 34. Aseo reducido para acceder con ayudas técnicas (grúas).

2.4. Habitaciones

- 35. Mala orientación de cama 0%
- 36. Inadecuada altura de cama: camas demasiado altas o bajas, según que los residentes se levanten solos o con ayuda; o estén permanentemente encamados. 11%
- 37. Alfombras al pie de cama. 44%

(.../...)

ELEGIBLE



Otros indicadores añadidos por los expertos

47. Mesillas de altura inadecuada.

(.../...)

ELEGIBLE

48. No existencia de sillones geriátricos.

49. Habitación pequeña para manejarse con residentes dependientes.

2.5. Otros equipamientos cuyo estado genera riesgos

50. Llaves de luz no accesibles. 0%

51. Iluminación insuficiente; luces fundidas en lugares peligrosos. 22%

52. Existencia de calefactores móviles. 0%

53. Carencia de ascensores o ascensores que no funcionan. 22%

54. Ascensores mal engrasados con los pisos. 11%

55. Temperatura de agua caliente en el baño susceptible de quemaduras. 11%

56. Cables eléctricos en zonas de paso. 11%

57. Otros mecanismos que puedan transmitir descargas eléctricas. 0%

(.../...)

ELEGIBLE

58. Productos incompatibles mezclados en almacenes.	0%
59. No accesibilidad al teléfono de emergencia.	0%
60. Carencia de timbres visuales para sordos.	0%
61. Cuchillos y otros objetos cortantes o punzantes, accesibles a residentes que pueden lesionarse.	0%
62. Mecheros, cigarrros, productos para hacer fuego.	0%
63. Estufas de gas.	0%
64. Cuartos de maquinas, de calderas, y otros lugares con riesgos, sin llaves o abiertos.	11%
65. Radiadores y elementos de calefacción sin protección.	0%
66. Medicinas accesibles en botiquines u otros lugares.	11%

(.../...)

ELEGIBLE

Otros indicadores añadidos por los expertos

67. Escaleras sin protección (huecos).

68. Pequeñas obras dentro de la residencia.

2.6. Otros elementos de riesgo

69. Posibilidad de acceso de enfermos con minusvalías psíquicas a zonas de riesgo.



70. Riesgos de envenenamientos o por insecticidas, productos de limpieza; otros que sean tóxicos o venenosos.

0%

A N E X O

BREVE *CURRICULUM VITAE* DE LOS ESPECIALISTAS QUE HAN CONSTITUIDO EL GRUPO DE EVALUACIÓN

DIEGO TRINIDAD TRINIDAD

- Médico.
- Máster en Gerontología Social.
- Máster en Gestión de Instituciones Sanitarias.
- Director de la Residencia PP.MM. de Getafe del Servicio Regional de Bienestar Social. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

SABINA CAMACHO CALDERÓN

Formación:

- Diplomada en Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid.
- Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Complutense de Madrid.
- Master de Dirección y Gestión de Centros de Mayores. Universidad Complutense de Madrid - AMRTE - ALCEI Ó.
- Máster en Gerontología Social. Universidad Autónoma de Madrid.

Experiencia laboral:

- Síndrome Tóxico. Madrid (España).
- IMSERSO. Badajoz (España).
- ASISPA. Madrid (España).

De 1985 a 1987: Coordinadora del Servicio de Ayuda a Domicilio.

De 1987 a 1997: Dirección de Residencia Asistida.

Desde 1997 a la actualidad: Coordinadora de Residencias.

JUAN ANTONIO MOYA MATEO

- Licenciado en Medicina.
- Especialista en Hidrología Médica.
- Ayudante Técnico-Sanitario. Diplomado Universitario en Enfermería.
- Máster de Dirección y Gestión de Centros de Mayores (Un. Complutense).
- Auditor de Sistemas de Calidad (Miner- AENOR - Minisdef).
- Director de Residencias Geriátricas "Santa Matilde" y "El Refugio" (Madrid).
- Administrador de las Residencias "La Asunción", de Guijuelo; Centro de Mayores Castellano-Manchego, Centro de Mayores Europeo.
- Profesor de distintos Másters de Dirección de Residencias de Mayores por varias Universidades.
- Presidente de: Asociación Madrileña de Residencias de Tercera Edad (AMRTE), Federación Nacional de Residencias Privadas de Tercera Edad (FNRPTE) y European Confederation of Care Home Owners (ECHO).

JUAN MANUEL MARTÍNEZ GÓMEZ

- Médico especialista en Geriatría.
- Veinte años en distintos puestos de la Administración Central (IMSERSO, INSALUD), relacionados con la Gerontología y la Geriatría:
 - Jefe de los Servicios médicos del Servicio Social de la Tercera Edad.
 - Asesor Técnico de la Dirección General del IMSERSO.
 - Director de Programas del Plan Gerontológico Nacional.
 - Asesor Geriatra de la Dirección General del INSALUD.
- Ex Secretario General de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Ex Vicepresidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Director General de Servicios Sociosanitarios del Grupo EULEN.

AURORA SARASOLA MARTÍNEZ

- Licenciada y Doctora en Medicina (Universidad de Zaragoza).
- Diplomada en Gerontología (SEGG).
- Trabaja como Coordinadora de Programas de la Fundación Ramón Rey Ardid.
- Sus actividades profesionales más relevantes en el terreno de la Gerontología son: coordinación del Plan Gerontológico de Aragón entre 1992 y 1994; dirección de trabajos de investigación sobre diseño y validación de instrumentos de detección de necesidades; planificación de servicios de atención en el medio rural tras la detección de necesidades.
- De sus libros cabe destacar uno sobre Ocupación Indebida Hospitalaria en mayores de 65 años.

MIGUEL ÁNGEL MILLÁN

- Sociólogo y Trabajador Social, con formación de postgrado en el ámbito psico-pedagógico.
- Amplia experiencia en el campo social y educativo, tanto en España como en el extranjero.
- Responsable desde 1997 de los Programas de Mayores y de Familia de Cáritas Española.

FRANCISCO J. LETURIA ARRAZOLA

- Director Técnico de Servicios Sociales, Fundación Matia, San Sebastián.
- Psicólogo (1990-96) y Director (1996-1998) del Centro Gerontológico de Eibar, Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Guipúzcoa.
- Coordinador Técnico y miembro del equipo directivo del Máster de Gerontología Psicosocial, UNED Bregar (1994-1996) y Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco (1996 -).
- Profesor asociado. UNED Bergara Guipúzcoa (1994-1996).
- Director de Cursos y Jornadas sobre Gerontología Psicosocial, Jubilación y Calidad de vida, Dependencia y Política social, etc.
- Autor de diferentes libros, artículos y publicaciones sobre características psicológicas de los mayores, programas de intervención y tratamiento psicológico, etc.

JOSÉ JAVIER YANGUAS LEZAUN

- Licenciado en Psicopedagogía.
- Director de Investigación y Desarrollo de la Fundación Matia y Jefe de Estudios del Máster de Gerontología Psicosocial de la Universidad del País Vasco.
- Ha trabajado durante más de 10 años en el Centro Gerontológico de Eibar, de la Diputación Foral de Guipúzcoa, como Coordinador de Programas, así como en diversas redes europeas especialmente en cuestiones referidas a la Enfermedad de Alzheimer.
- Ha publicado más de 50 artículos de investigación y diversos libros sobre temas gerontológicos.

JOSÉ ANTONIO MARÍN LEÓN

- Licenciado en Medicina y Cirugía.
- Especialista en Medicina Interna y Neurología.
- Diplomado en Geriatría.
- Director Técnico del Área Personas Mayores del Departamento de Bienestar Social (Diputación Foral de Álava)
- Profesor en Máster de Gerontología Social y/o Clínica de la Universidad del País Vasco, Universidad de Deusto, Universidad de La Laguna y Universidad de La Coruña

JOSÉ RAMÓN CAMPOS DOMPEDRO

- Licenciado en Medicina.
- Máster en Gerontología Social (Universidad Autónoma de Madrid).
- Director de Programas de Atención Institucional de QUAVITAE.

JUAN JOSÉ SOLANO JAURRIETA

- Médico Especialista en Geriatría.
- Formación en los Hospitales Central de la Cruz Roja y Universitario de Getafe (Madrid).
- En la actualidad, Jefe de Sección de Geriatría del Hospital Monte Naranco, de Oviedo. Actividad de investigación relacionada con organización de servicios, sistemas de clasificación de pacientes y valoración de cargos de atención directa, y deterioro funcional relacionado con la hospitalización en el anciano.
- Participación en Congresos nacionales e internacionales de la especialidad.
- Publicaciones en revistas nacionales e internacionales.

HELENA SOTELO

- Miembro del Centro de Documentación y Estudios SIIIS, Institución que se dedica desde hace más de 25 años a actividades documentales y de investigación en el ámbito del bienestar social. En el campo de la documentación, el SIIIS cuenta con una base de datos de más de 90.000 documentos relacionados con la política social y los servicios sociales (ancianos, menores, discapacidad, familia, mujer, pobreza o drogodependencias). En el ámbito de la investigación, desarrolla labores de estudio, principalmente en las áreas de planificación y evaluación de servicios, estudios de necesidades, elaboración de manuales de buena práctica y estudios comparativos internacionales.

M^a DULCE FONTANALS DE NADAL

- Diplomada en Trabajo Social, formación, gestión de servicios sociales y sanitarios. Trabajando quince años en Administración pública dirigiendo programas de servicios social*sociosanitarios. En los últimos siete años en Dep. Sanitat como Directora Programa Vida als Anys del Servei Català de la Salut.
- Desde 1998 dirige la Fundación Sar y es Directora Asistencial-Grupo Sar, con 2000 plazas residenciales en toda España. También desarrolla actividades académicas en Universidades y es autora de publicaciones-proyectos de investigación sociosanitarios y sociales.

ÁNGEL GIL ORIGÜÉN

- Licenciado en Psicología, Diplomado en Enfermería Psiquiátrica, Máster en Drogodependencias y Diplomado en Evaluación de la Calidad.
- Ha trabajado en el sector sanitario y sociosanitario: personas mayores enfermas, enfermos crónicos, enfermos mentales, drogodependientes, etc., desde el año 1975.
- Desde el año 1992 ocupa cargos de responsabilidad en la Generalitat de Catalunya (Departamento de Bienestar Social) en el sector sociosanitario, en los ámbitos de la atención a las personas con problemas de drogas y de personas mayores enfermas. Ha participado a nivel estatal e internacional en grupos técnicos para asesorar sobre aspectos sociosanitarios. En la actualidad es miembro del Consejo asesor de la Generalitat en Psicogeriatría y es jefe de Servicio de Programas Sociosanitarios del Departamento de Bienestar Social.

M.^a JESÚS CONDE SENZ

- Licenciada en Derecho. Funcionaria del Cuerpo de Administraciones Superiores de la Diputación General de Aragón.
- En los últimos diez años ha desempeñado los siguientes puestos de trabajo:
 - Secretaria Provincial del Servicio Provincial de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Diputación General de Aragón, en Zaragoza.
 - Jefa del Servicio Provincial de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Diputación General de Aragón, en Zaragoza.
 - Directora de Acción Institucional del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) de la Diputación General de Aragón.

COLECCIÓN OBSERVATORIO

PERSONAS MAYORES

1. Informe de Valoración del Plan Gerontológico Estatal 1992-1997.
2. Vejez y protección social a la dependencia en Europa. Iniciativa. Recomendaciones del Consejo de Europa.
3. Año Internacional de las Personas Mayores, 1999. Memoria
4. Personas Mayores y Residencias. Un modelo prospectivo para evaluar las Residencias. (Tomo I y Tomo II)