

Identificación y priorización de problemas socio-sanitarios de las personas mayores de Roda de Ter (Barcelona). Estrategia cualitativa.

Participación ciudadana y grupo nominal, en el estudio previo a la planificación de los servicios de salud.

Joan Carles Casas i Baroy, Montserrat Vall i Mayans.

¹ Grup de Recerca de Qualitat de Vida en Geriatria, Escola Universitària de Ciències de la Salut. Universitat de Vic, Carrer de la Sagrada Família, 7- 08500 Vic, e-mail: joancarles.casas@uvic.es montse.vall@uvic.es

Data de recepció: 10/06/02
Data de publicació: 01/12/02

RESUM

El context social i sanitari del nostre país mostra una resposta insuficient a les creixents necessitats i demandes socio sanitàries de les persones grans. La planificació d'estratègies en els serveis sanitaris i socials dedicats a l'atenció de les persones grans han de ser considerats a partir de criteris racionals i eficients. És un bon mètode la analitzar la situació amb una estratègia qualitativa? La participació de la gent gran en la definició de problemes aporta alguna perspectiva novedosa?. Per a la gestió sanitària, manquen a la seu anàlisi i avaluació dissenys innovadors útils i de fàcil aplicació.

Els objectius de l'estudi són:

1.-Identificar, definir i prioritzar els problemes socials i sanitaris de les persones majors de 70 anys del municipi de Roda de Ter (Barcelona), emprant la tècnica de Grup Nominal.

2.-Avaluar una dinàmica de participació ciutadana per la detecció de problemes i necessitats.

Metodologia. S'organitza un grup nominal per a la identificació, definició i priorització dels problemes de salut. El grup està constituït per 11 persones clau, persones especialment implicades en el context social del municipi, entre els que hi ha els professionals dels serveis socials i sanitaris.

Resultats. Es varen identificar 15 problemes i es varen prioritzar en 3 grups, de major a menor importància. En el primer grup: la soledat, manca i dificultat d'accés a l'informació, problemes d'ordre fisiològic: limitacions físiques, incontinència urinària y el dolor, les barreres arquitectòniques en el domicili, el suport als cuidadors, la manca de serveis d'ajuda a domicili. El segon grup: diners, la qualitat de les relacions familiars, l'automedicació, la manca de coneixement del que significa ser gran per part dels fills i barreres arquitectòniques al carrer. En el tercer grup: disposar d'ajudar de confiança per als tràmits i gestions econòmiques administratives, disposar de companyia per anar als llocs i manca de mitjans de transport per anar als llocs.

Discussió.

La anàlisi dels resultats suggereix seguir les següents línees d'actuació:

1.Promoció de la qualitat de les relacions familiars i socials.

2.Elaborar programes específics per: atenció al dolor crònic, rehabilitació i manteniment físic, diagnòstic i tractament de la vista i oïda, reeducació de la presa de medicaments, programa de reeducació vesical.

3.Creació d'estratègies de comunicació eficients dirigides a persones grans.

4.Allargar l'estada en el domicili fomentant l'autonomia individual mitjançant: serveis a domicili, ajudes tècniques, reeducació d'activitats de la vida diària i adaptació de l'habitatge.

5.Atenció i suport al cuidador de persones dependents.

6.Creació de serveis d'assessoria legal, administrativa i financera.

7.Reivindicació de l'acompliment de la llei de supressió de barreres arquitectòniques.

La dinàmica interdisciplinària, la participació ciutadana y la utilització d'una estratègia d'investigació qualitativa com el grup nominal, s'ha valorat com unes eines útils per a la planificació en l'àmbit socio sanitari. Des de el punt de vista dels professionals dels serveis implicats, s'ha introduït canvis importants en la definició dels conceptes sobre la salut i la qualitat de vida de les persones grans.

En conjunt, hem contrastat les possibilitats d'una altra forma d'analitzar els problemes de salut de les persones grans y ens ha permès pensar en accions futures d'una forma diferent a la realitzada fins al moment, basada principalment en estratègies quantitatives, per a l'abordatge de la qualitat de vida.

ABSTRACT

The social and health services of our country are clearly insufficiently developed to be able to respond to the growing needs and demands placed on them by the elderly. The strategic planning of health and social services aimed at meeting the needs of the elderly should be based on rational and efficient criteria. Is a qualitative strategy a good way of analysing the situation? Does the active participation of the elderly in the definition of problems bring a novel perspective to the question? In terms of the management of health service provision, innovative, useful, and easily applied designs are lacking.

The objectives of the study are:

1. To identify, define and prioritise the social and health problems of people over 70 years old in the municipality of Roda de Ter (Barcelona), using the Nominal Group technique.
2. To evaluate the success of a process of citizen participation in the detection of problems and needs.

Methodology: A nominal group was organised to identify, define and prioritise health problems. The group was formed of 11 key people, all of whom are particularly involved in the social activity of the municipality. This group included the health and social services professionals.

Results: 15 problems were identified and divided into 3 groups, the groups being ordered from greater to lesser importance. In the first group were placed: loneliness, the lack of information and the difficulty of access to information, physiological problems (physical limitations, incontinence and pain), architectural barriers within the domestic context, support for the carers, and the lack of home-help services. The second group comprised: money, the quality of family relationships, self-medication, the lack of understanding on the part of adult sons and daughters of what it means to be old, and architectural barriers in the street. Placed in the third group were: the availability of trusted support for helping to deal with bureaucratic procedures, the difficulty of finding company to visit places, and the lack of transport to be able to do so.

Discussion:

The analysis of the results suggests the need to act in the following ways:

1. Promote the quality of family and social relations.
2. Draw up specific programmes to deal with: chronic pain, physical rehabilitation and maintaining fitness and mobility, eyesight and hearing diagnosis and treatment, re-education with regard to the taking of medication, programme of vesical re-education.
3. Develop efficient strategies for communication aimed at the elderly.
4. Prolong the stay at home by promoting individual autonomy through the provision of services at home, technical support, re-education regarding everyday activity and the adaptation of the property.
5. Attend to and support the carers of elderly dependent people.
6. Create legal, administrative, and financial advice services.
7. Demand compliance with the law requiring the elimination of architectural barriers.

Interdisciplinary dynamics, citizen participation, and the use of a qualitative research strategy such as the Nominal Group have all been appreciated as useful planning tools for the social health sector. From the perspective of the professionals involved, important changes in the definition of the concepts associated with the health and quality of life of the elderly have been introduced.

To sum up, we have examined the possibilities offered by alternative way of analysing the health problems of elderly people. This has allowed us to consider future actions that differ from those undertaken up to now – which were based mainly on quantitative strategies, in order to grapple with the concept of quality of life.

RESUMEN

En el contexto social y sanitario de nuestro país, existe una respuesta insuficiente a las crecientes necesidades y demandas sociosanitarias de las personas mayores. La planificación de estrategias en los servicios sociales y sanitarios dedicados a la atención de las personas mayores deben ser considerados a partir de criterios racionales y eficientes.

Es útil un análisis de la situación a través de la utilización de estrategias cualitativas? Que aspectos aporta la participación de los mayores en la definición de los problemas de salud?. La gestión sanitaria requiere para su análisis y evaluación diseños innovadores útiles y de fácil aplicación.

Los objetivos del presente estudio son:

1. Identificar, definir y priorizar los problemas sociales y sanitarios de las personas mayores de 70 años del municipio de Roda de Ter (Barcelona), utilizando la técnica de Grupo Nominal (G.N.).

2. Evaluar una dinámica de participación ciudadana para la detección de problemas y necesidades.

Metodología. Se constituye un grupo nominal para la identificación, definición y priorización de los problemas de salud. El grupo está constituido por 11 personas clave implicadas en el contexto social del municipio, entre las cuales hay los profesionales de los servicios sociales y sanitarios.

Resultados. Se identificaron 15 problemas y se priorizaron en 3 grupos, de mayor a menor importancia. En el primer grupo: la soledad, falta y dificultad de acceso a la información, problemas de orden fisiológico; limitaciones físicas, incontinencia urinaria y el dolor, las barreras arquitectónicas en el domicilio, el soporte a los cuidadores, la falta de servicios de ayuda. En el segundo grupo : dinero, la calidad de la relación con los familiares, la automedicación, la falta de conocimiento de lo que significa ser mayor por parte de los hijos y las barreras arquitectónicas en la calle. En el tercer grupo: disponer de una ayuda de confianza para trámites y gestiones económico-administrativas, disponer de compañía para ir a los sitios, falta de medios de transporte para los desplazamientos.

Discusión.

Se proponen las siguientes líneas de actuación:

1. Promoción de la calidad de las relaciones familiares y sociales.
2. Elaboración de programas específicos: atención al dolor crónico, rehabilitación física, diagnóstico y tratamiento de la vista y oído, reeducación en la toma de medicamentos, programa de reeducación vesical.
3. Creación de estrategias de comunicación eficientes hacia los mayores.
4. Prolongación de la estancia en el domicilio fomentando la autonomía mediante: servicios a domicilio, ayudas técnicas, reeducación de actividades de la vida diaria y adaptación de la vivienda.
5. Atención y soporte al cuidador de personas dependientes.
6. Creación de servicios de asesoría legal, administrativa y financiera.
7. Reivindicación del cumplimiento de la ley de supresión de barreras arquitectónicas.

La dinámica interdisciplinar, la participación ciudadana y la utilización de una estrategia de investigación cualitativa, consideramos que ha introducido en los profesionales cambios conceptuales sobre la salud y calidad de vida de los ancianos, de la comunidad donde ejercen sus servicios. Todo esto nos ha mostrado las posibilidades de otra manera de analizar los problemas de salud de los ancianos y nos permite pensar en acciones futuras de forma distinta a la mantenida hasta el presente para el abordaje de la calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

En nuestro contexto, el de un país desarrollado, la población anciana constituye el segmento de la población que más crece como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y de la disminución de la natalidad. Este hecho ha sido puesto de manifiesto desde hace varias décadas y expuesto en multitud de publicaciones.

En una de estas publicaciones recientesⁱ se dice que es significativo destacar la escasez de referencias normativas sobre los aspectos de la atención sociosanitaria a las personas mayores en la legislación estatal española. Esto ha sido puesto de manifiesto por el Jefe de Servicioⁱⁱ de Atención a Mayores de la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Según él, la Ley General de Sanidad no recoge ningún apartado que haga referencia concreta a la salud de este importante colectivo de personas. Así mismo, el RD 63/1995 sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, no establece la delimitación entre las prestaciones sanitarias y las sociales. Y, en el Informe del Defensor del Pueblo de 1999, pone de manifiesto la insuficiencia de respuestas a las necesidades y demandas sociosanitarias de las personas mayores. El autor recoge varias recomendaciones que se han aprobado en Plenos del Congreso de los Diputados en materia de financiación y atención sociosanitaria, desde 1995, así como un Plan Estratégico de mejora de la atención sociosanitaria elaborado por el INSALUD. El modelo que éste propone, se centra en dos líneas de actuación, a saber: 1) la coordinación de servicios sanitarios y servicios sociales; y, 2) la Atención Primaria como responsable de la coordinación sociosanitaria, donde el personal de enfermería representa un papel muy relevante. Por último, presenta un plan específico para dicha Comunidad Autónoma, ofertado a partir de tres factores condicionantes: el marco jurídico, el programa político y el conocimiento de la realidad social.

Sabiendo que la demanda no es el elemento básico a partir del cual se delimita la oferta de servicios públicos de bienestar social, nos parece interesante destacar, también, las conclusiones del trabajo realizado en la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de Cantabriaⁱⁱⁱ. Destacamos literalmente, por su coincidencia con algunos de nuestros resultados, la siguiente: “En general muchos de los problemas y necesidades detectados son coincidentes independientemente del medio donde trabajen (los trabajadores sociales): soledad, aislamiento, barreras arquitectónicas, bajas pensiones, transporte público escaso y costoso”. Otras conclusiones interesantes, son: alta dependencia en los mayores de 75 años o más; falta de equidad en el Sistema Sanitario Nacional; falta de una ley de dependencia; falta de un órgano regulador de las tutelas; etc.

En una publicación, aparecida en “Las Provincias” de la Palmas de Gran Canaria^{iv}, se dice que el aumento de la esperanza de vida condiciona la aparición de enfermedades crónico-degenerativas, las cuales pueden acompañarse de invalidez física y/o psíquica. La atención de las personas mayores requiere tiempo y conocimientos, siendo un problema no resuelto en la mayoría de los países de nuestro entorno. A diferencia de nuestra salud, que es un bien protegido por el estado, la Protección Social sólo lo está al nivel de nuestras pensiones de jubilación. Los autores sugieren que si no queremos hipotecar los presupuestos públicos, la atención de nuestros mayores debe ser resuelta por la propia sociedad civil, mayoritariamente por estructura de provisión privada, concerniendo al estado el velar, legislar, controlar y autorizar para que dicha función se realice con las garantías de calidad y ética.

En otra publicación^v encontramos una justificación para abordar algunos problemas de salud en la población anciana desde la perspectiva preventiva para retardar o eliminar las enfermedades en los ancianos con cambios en el estilo de vida. Sus autores discuten sobre los estereotipos negativos de la vejez, los cuales “sugieren que se puede hacer poco para influir en el deterioro mediante el exclusivo intento de su prevención, algo que no sólo influye en la población en

general sino también en los profesionales sanitarios...”. También destacan la evidencia de que los ancianos son poco importantes para la comunidad científica y recomiendan realizar “trabajos en el campo de la EpS (educación para la salud) dirigidos específicamente al colectivo de mayores de 65 años, sobre todo en materia de evaluación”.

Desde otra perspectiva^{vi} se señala que la vejez forma parte de la vida. Pero en esta época actual, postmoderna, la vejez se aleja del modelo narcisista dominante, donde la condición imprescindible para ser parece ser un cuerpo joven. Se le asigna entonces el lugar de la enfermedad, del deterioro, del “no poder”. La sociedad no comprende, según la autora, que también existe un buen envejecer que compete a todos: individuos, instituciones y políticas.

En la misma publicación, Monchietti^{vii} dice que “la concepción biomédica del envejecimiento lo ha homologado a una patología orgánica individual de etiología fisiológica”. Según la autora, esta concepción influye sobre la representación social acerca de la vejez, connotada negativamente y tiene efectos en las ciencias y en las profesiones. “Los ancianos hacen propias las definiciones relativas a la vejez que son parte del discurso colectivo”. Sus efectos son: la oferta de su propio cuerpo como objeto de la mirada médica; la demanda de medicación y la automedicación; la referencia a los olvidos como efectos de un Alzheimer potencial”...La importancia que ella atribuye a la persistencia de la amplia influencia del paradigma biomédico, reside en que del significado atribuido a la vejez se “desprenden políticas que pueden ser el punto de partida de procesos que en forma encubierta precipiten su marginación”.

Complementando las perspectivas anteriores, Freidenberg^{viii} relaciona las ideas que los ancianos tienen acerca del envejecimiento con la pauta de sus actividades diarias y los contrasta con los modelos actuales de actividad diaria, tiempo, trabajo y ocio en los que se basan las políticas y planificación de servicios públicos para los ancianos de clase baja del Harlem latino de Nueva York. La autora constata que “el esquema de trabajo y del ocio elaborados en el seno de la clase media es el que marca la pauta del entorno económico en la comercialización de productos y servicios dirigidos a la generación anciana. También extiende su influencia a las personas de clase media que elaboran las políticas y programas, que suelen estar lejos de la vida diaria de las personas con rentas bajas”. Respecto a la utilización de servicios ofrecidos a los ancianos, muestra que una gran parte no puede recibirlos. Esto ha sido confirmado también por otros estudios. Los analistas no llegan a entender el porqué de dicha infrautilización de los servicios disponibles ni el papel que juega la información en el acceso a los recursos disponibles. Por último, nos descubre el hecho de que muchos ancianos piensan que la actividad es como el trabajo. Éste es considerado como un derecho del ser humano y, consecuentemente, de las oportunidades de trabajo como una necesidad importante no dirigida”. Este descubrimiento, según dicha autora, “puede ser importante para entender el estilo de vida y para planificar programas para los ancianos que sean utilizados con efectividad”.

Desde otra perspectiva distinta^{ix} se concluye que las necesidades donde mayor atención debe prestarse a los ancianos de una residencia de Soria son las de comunicación, movilidad y ocio. El problema de soledad detectado, puede ser según las autoras, el motivo de la necesidad de comunicación. La segunda necesidad afecta especialmente a los ancianos no válidos y/o a los que tienen dificultad para moverse. Por último, el hecho de disponer de mucho tiempo al día, sin nada que hacer de forma establecida, representa un problema de ocupar el tiempo libre. Todo lo anterior ocurre a pesar de existir el Plan Gerontológico del Ministerio de Asuntos Sociales y de contemplarse en el artículo 5º de la Constitución.

Por último, en Cataluña son varias las propuestas, actividades e iniciativas para los mayores que han aparecido en los últimos años. Destacaremos, a modo ilustrativo, solamente algunas de ellas como, por ejemplo, la propuesta del grupo municipal de ERC (*Esquerra Republicana*

de Catalunya) al Ayuntamiento de Vic, proponiendo la creación de un *Consell Sectorial de la Gent Gran*^x. Este grupo político se justifica con sugerencias de Naciones Unidas como de informaciones, reglamentos y estudios realizados por el propio Ayuntamiento de Vic, para que los mayores tengan la posibilidad de sentirse útiles y al mismo tiempo que los ciudadanos puedan aprovecharse de su experiencia en beneficio de todos.

Otra publicación catalana reciente es el *Llibre Blanc*, un protocolo o herramienta para los profesionales que se dedican al cuidado de los ancianos de Cataluña. En esta obra se recomienda: la integración de la prevención y la promoción de la salud en la práctica asistencial, tanto en las consultas de Atención Primaria como en las de los servicios médicos de las residencias de ancianos; el papel importante que juegan los demás miembros del equipo asistencial, como los asistentes sociales; el aprovechamiento de todos los contactos de la población con el sistema asistencial para la aplicación de las intervenciones recomendadas (vacunaciones, cribajes y consejos); la utilización de la historia clínica; el tener presentes las necesidades concretas de salud de la población y los recursos disponibles de cada Región, Sector y Área Básica.

Nuestro trabajo pretende ser una aportación más a esta variedad de perspectivas. Nace de la iniciativa municipal; es decir, de la Administración Local de Roda de Ter, quién a finales de los noventa pide soporte técnico a la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Vic, con la finalidad de conocer las necesidades de sus mayores. Para tal fin, todos los profesionales de los servicios sociales y sanitarios implicados en el municipio conjuntamente con un equipo técnico de la Universidad de Vic, que diseñó y posteriormente analizó los resultados de una encuesta que se realizaba en el domicilio, a través de entrevistadores. En 1998 se presentaron públicamente los resultados del Estudio Socio-Sanitario y en el análisis de los mismos, se identificaron 15 problemas principales consensuados según criterios del equipo de estudio.

Para priorizar las acciones, a partir de los cuantiosos resultados, se inició un nuevo trabajo en 1999^{xi} y 2000^{xii}. La pregunta: ¿el enfoque cuantitativo del estudio nos da una perspectiva válida respecto la calidad de vida de las personas estudiadas, o en todo caso, es posible mejorar nuestro análisis de alguna manera?. Probablemente las mejoras podrían obtenerse a partir de 2 vías: una primera, la que aportaría la utilización de estrategias cualitativas, y una segunda, que aportaría la implicación de los propios actores; es decir, la participación de los mayores. En definitiva, la hipótesis parte de considerar la utilización de un análisis cualitativo de la situación, conjuntamente con la participación de las personas implicadas, nos permite profundizar y por tanto obtener una redefinición de los problemas analizados. En el caso que existan diferencias, éstas ¿serán suficientemente sustanciales y relevantes para modificar los problemas detectados a partir de la encuesta?. Es posible, útil y recomendable aplicar de forma complementaria elementos de investigación cuantitativa y cualitativa, además de ampliar la participación de los ciudadanos?

Según J.C.March y cols. la gestión sanitaria requiere para su análisis y evaluación diseños innovadores útiles y de fácil aplicación. En nuestro estudio nos planteamos 3 preguntas: a/ ¿los problemas identificados coinciden en las dos estrategias utilizadas?; b/ ¿la definición de los problemas identificados se modifica de forma sustancial?; c/ ¿los problemas identificados tienen la misma importancia en la escala jerárquica?.

Los objetivos del presente estudio son:

1. Identificar, definir y priorizar los problemas sociales y sanitarios de las personas mayores de 70 años del municipio de Roda de Ter, utilizando la técnica de Grupo Nominal (G.N.).
2. Evaluar una dinámica de participación ciudadana para la detección de problemas y necesidades.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población objeto de estudio es la población de mayores de 70 años, residentes en el municipio de Roda de Ter (Barcelona).

La muestra está constituida por 11 personas-clave residentes y/o directamente implicadas socialmente en el municipio. La selección de estas personas ha sido realizada siguiendo unos criterios de representatividad. Se parte de un perfil básico: persona conocedora de la gente del municipio, haber vivido gran parte de su vida en el municipio, persona que por su actividad laboral anterior o actividad principal actual están implicadas en servicios o actividades populares y especialmente aquellas relacionadas con mayores (incluidas personas cuidadoras), persona con capacidad cognoscitiva y previsiblemente capaz de establecer dialogo con el grupo de trabajo. Las personas seleccionadas para integrar la muestra fueron: farmacéutica jubilada, presidente del club de ancianos, organizadora del grupo de canto local, presidenta de la asociación de la enfermedad de Alzheimer, responsable de la residencia de ancianos, encuestadora del estudio anterior, médico, periodista de la prensa local, enfermera, trabajadora social y trabajadora familiar.

Se recogen datos a partir de la técnica cualitativa de Grupo Nominal, adaptada de Delbecq y Coi^{xiii}.

Etapas preparatorias: después de la selección de los participantes, se les invita a colaborar en el estudio voluntariamente, a través del equipo sociosanitario local. El día anterior a la reunión, se les expone la siguiente pregunta: "desde su punto de vista, ¿cuáles son los principales problemas que sufren las personas ancianas de su pueblo?".

Reunión o sesión de trabajo: después de la presentación de los participantes y de los dos animadores (conductor y secretaria) del grupo, se inicia la primera ronda de expresión de los problemas sentidos. El animador los va anotando, en un papelógrafo, a medida que van siendo expuestos. Seguidamente, se inicia una ronda de reflexión y justificación por parte de los participantes. A continuación, se entabla la discusión y, finalmente, se agrupan los enunciados en quince categorías. Después se pide a los participantes que, de forma individual y en silencio, anoten sobre papel y seleccionen aquellos siete problemas de la lista categorizada de problemas que consideren más importantes. El animador recoge todas las respuestas y se obtiene una primera lista priorizada. Nuevamente se expone esta nueva lista para ser debatida y se obtiene una jerarquización razonada y consensuada.

Los dos investigadores-animadores funcionan coordinadamente, de manera que uno de ellos conduce la dinámica del grupo, ordena la discusión, ordena las ideas, anota en el papelógrafo, etc.; y, el segundo, de forma paralela, recoge información sobre papel con el objetivo de evitar pérdidas de información, precisar, completar o matizar comentarios y/o expresiones orales o escritas en el papelógrafo, rectificar al conductor del grupo, resumir las respuestas, etc.

Después de la reunión, los dos investigadores elaboran un documento conjunto donde constan los quince problemas priorizados, la descripción y definición de cada uno de ellos. Este documento es distribuido a todos los participantes del GN para su revisión. Se les pide que lo modifiquen, maticen, completen, etc. según su criterio, con la finalidad de validar los resultados para su triangulación. Efectuada la revisión, el documento es devuelto a los investigadores y este proceso se repite hasta el punto de saturación.

El período de estudio fue de noviembre del 1999 hasta marzo del 2000.

RESULTADOS

PROBLEMAS IDENTIFICADOS Y CLASIFICADOS POR ORDEN DE IMPORTANCIA.

La siguiente lista de problemas es la que quedó consensuada como definitiva después de una segunda revisión. El número que figura entre paréntesis es el correspondiente al número de personas que coincidieron en seleccionar el mismo problema y, per tanto, a la importancia atribuida. Más que dar una importancia de los problemas identificados per un

número concreto de votos, en la práctica, después de discutirlos, podemos decir que se discriminan en 3 grupos de importancia.

Grupo 1, los más importantes:

- SOLEDAD (8)
- FALTA DE INFORMACIÓN(8)
- DOLOR/INCONTINENCIA/LIMITACIONES FÍSICAS (8)
- BARRERAS DENTRO DE CASA (8)
- CUIDADORES (8)
- SERVICIOS DE AYUDA (7)

Grupo 2:

- DINERO (6)
- RELACIONES FAMILIARES (6)
- AUTOMEDICACIÓN (5)
- DESCONOCIMIENTO HIJOS(4)
- BARRERAS CALLE (4)

Grupo 3:

- AYUDA DE CONFIANZA (3)
- ACOMPAÑAMIENTO(3)
- AUTOMARGINACIÓN/MARGINACIÓN (2)
- TRANSPORTE (0)

DEFINICIÓN DE LOS PROBLEMAS.

SOLEDAD.- Se dice que hay personas mayores que viven solas, no tienen familia o, si tienen, no se relacionan. Estas personas tienen viviendas mal acondicionadas y generalmente una forma de vivir precaria (WC exterior, falta de luz, de ventilación, de teléfono, etc.). Estas personas se han adaptado y no notan la falta de servicios y los que lo notan suelen ser otras personas externas, sean profesionales o no. Vivir solo puede ser motivo de retraso al ir a los servicios sociales.

Es un sentimiento expresado por muchas personas mayores, una sensación subjetiva negativa, de necesidad de compañía. Es especialmente remarcado por aquellos/as que viven solos/as o no tiene a nadie como referencia. Y, puede ir acompañado de miedo a sufrir y de inseguridad cuando tienen poca autonomía física.

Se manifiesta como un desamparo o sentimiento de abandono en aquellos que residen en la "Residencia", ya que todos prefieren vivir en su casa, en su propio contexto o ubicación. El deterioro de las personas que viven en la residencia les deprime y los hace sentir peor. Todo y eso, en algunas personas el sentimiento de abandono desaparece una vez viven en la residencia.

DINERO.- Este concepto se expresa en forma de carencia, en el sentido de falta de dinero porque las pensiones suelen ser bajas (alrededor de las 56.000 ptas./mes, 336 euros) y, esto, dificulta su independencia económica. La precariedad económica impide tener acceso a ciertos recursos, como ir a una residencia (cuesta alrededor de los 721 euros ptas./mes).

Un problema añadido y que se da de forma generalizada, es el miedo a quedarse sin ahorros. La administración del dinero en general queda resuelta, todo y que es necesario decir que existe un pequeño grupo que realmente les es muy difícil administrarlos. En esta administración muchas veces es con ayuda, que puede ser de un familiar o no; pero la gente

mayor, a veces, pueden preferir a los no familiares en este tema, porque, a veces, desconfían de los suyos.

Otro aspecto es el que hace referencia a la valoración parcial que puede hacer la gente mayor de los recursos económicos. Así, a veces tienen propiedades, pero no las quieren vender. Sólo cuentan con el dinero líquido. Vender propiedades, para la mayoría de personas, quiere decir quedarse sin nada, aquello que has conseguido con toda una vida de trabajo, poder dejar alguna cosa a los hijos, y que siempre tienes un lugar donde ir o volver, ya que si no te gusta la residencia puedes volver a casa.

RELACIONES FAMILIARES.- La relación que se establece con los hijos es la relación más implicada en el cuidar por lo que hace a los familiares. Las personas mayores en muchas ocasiones se quejan de una falta de comunicación real y que esto tiene poco que ver con el número de visitas de sus familiares, que es alto, sino con una especie de desconocimiento de los hijos respecto a lo que desearían los padres. Los hijos deberían tener información sobre la vejez, las necesidades de los padres cuando se hacen mayores, que hubiera una educación al respecto, sobre el hecho de hacerse mayor. Muchas veces la persona mayor no pide y no expresa de forma explícita ayuda a los hijos; incluso, muchas veces, esconde que necesita ayuda, por vergüenza, porque piensan que su hijo ya debería darse cuenta sin tener que pedirlo. Muchas veces piden que la familia esté más por ellos, sobretodo las personas que viven en residencias, que manifiestan la sensación de abandono. Entienden también que los hijos, con la situación social actual, lo tienen difícil para estar más por ellos. El problema de las relaciones familiares no es único y exclusivo entre los padres e hijos, es también la pérdida de relación con otros familiares o miembros de la familia como por ejemplo los nietos. A veces cuesta establecer la relación entre generaciones..

SERVICIOS DE AYUDA.- En general, existe un gran desconocimiento de los recursos existentes y, en muchas ocasiones, además, están mal entendidos. Los conocen, pero de forma distorsionada (ejemplo: diferencia entre una residencia y un centro de día). Esta situación, en ocasiones es la causante de que se llegue tarde a los servicios sociales. Predomina la idea que son servicios de caridad, utilizables como un último extremo. Son creencias que se han hecho al respecto. Existe también otro extremo, hay quien cree que puede tener la ayuda que sea necesaria y cuando sea necesario. En el domicilio, faltan ayudas técnicas y asesoramiento para su idoneidad, instalación y utilización de cara a la familia pero, también, con relación a los profesionales sociales y sanitarios.

La gente mayor pide tener más ayuda en el domicilio, a la familia, al cuidador y al enfermo. No todos pueden ir a la residencia, pero también nos manifiestan que no es lo que es deseable. Si uno puede, se queda en casa.

Queda admitido que un buen servicio sería el tener un Centro de Día, potenciarlo. También queda manifiesto que el número de horas de trabajadora a domicilio es insuficiente.

Se dice también, por lo que se refiere a los servicios sociales principalmente, que sería necesario tener una cultura de los servicios existentes, así se conocería su existencia y ayudaría a comprenderlos mejor.

AYUDA DE CONFIANZA. - Se refiere a la necesidad que tienen las personas mayores de alguien que les ayude en trabajos de gestión (con hacienda, notarios, hospitales, bancos, etc.) También a la falta que tienen de alguien que les acompañe, asesore o aclare frente a las instituciones y organismos socioeconómicos.

Incluye el TRANSPORTE en coche, pero es más amplio que este concepto.

FALTA DE INFORMACIÓN.- Se manifiesta, de forma general, que a los mayores no les llega suficiente información y, en caso de llegarles, les cuesta comprenderla.

Por otro lado, los canales de información son defectuosos o inexistentes. Los organismos públicos, asociaciones, etc. informan poco y, a veces no de una manera correcta. No existe un

sistema de información. Hay dificultad en la llegada de las fuentes primarias y esto provoca que la información provenga de boca en boca, enterándose en la tienda o por los vecinos.

Una segunda cuestión hace referencia a las capacidades sensoriales, principalmente a la disminución de la agudeza visual y auditiva, que: dificulta la comprensión. Si añadimos que, muchas veces, el nivel de instrucción es bajo (analfabetismo), este factor cultural ocasiona también, disminución de la comprensión. Además provoca dificultades en el control y seguimiento de la medicación y otros controles sanitarios. A veces, también, un incumplimiento de lo que podríamos considerar como pautas cívicas, como por ejemplo, circular a pie por el medio de la calle, en vez de hacerlo por la acera. Provoca el desconocimiento de los servicios sociales, de su utilidad, de la que pueden ofrecer a los ciudadanos, de la función que realizan (desconocimiento del papel, tareas, responsabilidades, de la trabajadora social, etc.). Por esta razón se llega tarde, muchas veces, a los servicios sociales.

Existe un tipo de personas que además tienen una actitud negativa, no quieren saber nada ni quieren entender nada de las ayudas y de los servicios.

Muy especialmente, lo que se refiere a los cuidadores, existe una falta de información para auto cuidarse.

Para aquellas personas con dependencias o con las capacidades disminuidas, falta asesoramiento sobre como adaptarse la casa o qué instrumentos les podrían facilitar mucho la realización de las actividades de la vida diaria (avd).

En general, lo que se refiere al tema de comunicación, es más importante escuchar que ser escuchado.

COMPañIA.- Véase más arriba, en Ayuda de Confianza, en concreto para tareas de gestión.

AUTOMEDICACIÓN.- La percepción global de cómo se toman la medicación la gente mayor, en general, el calificativo es de descontrol.

Existe una gran dificultad para entender y comprender la pauta terapéutica en la toma de medicamentos. Ésto hace que tengan muchas dudas en seguir con precisión las pautas y que no las hagan de forma correcta.

En general, este apartado también hace referencia a la dificultad en realizar control a otros tipos de actividades terapéuticas explicadas en la Consulta, por ejemplo, el control del azúcar.

La automedicación suele ser una práctica muy extendida y que se ha de sumar como un riesgo añadido al gran número de medicamentos que se toman.

DOLOR¹ / INCONTINENCIA / LIMITACIONES FÍSICAS.- El dolor físico (por artrosis, etc.) es uno de los problemas más importantes que expresan los participantes. Es uno de los motivos de inmovilización de la persona mayor, de falta de autonomía física, que dificulta su desplazamiento tanto en su domicilio como en la calle. El dolor genera miedo, disgusto y preocupación por el sufrimiento físico en sí (la muerte, en cambio, no les suele dar miedo). No siempre lo comunican a los sanitarios sino que suelen aguantarlo, especialmente si ya han hecho algún tratamiento que no ha funcionado. Entonces no suelen insistir.

La pérdida de visión o de oído son las otras limitaciones con las que se encuentra la persona mayor. Estas limitaciones pueden ser de tipo intelectual (entender y comprender) o motoras (desplazamientos). Estas empeoran si, además, hay barreras arquitectónicas o los servicios (sanitarios o sociales) no se esfuerzan y se aseguran que son entendidos.

La incontinencia es otro problema que priva de salir de casa o ir de excursión a muchas personas mayores.

Pero no todo es el poder, sino que también es el querer. Muchas de las limitaciones y que son propias de la vejez, hacen aumentar la apatía.

¹ *Un efecto no esperado que ha producido este estudio de la población de gente mayor de Roda de Ter es la toma de conciencia de los sanitarios en este concepto. Ahora, la enfermera lo pide a los sanitarios porque sabe que a menudo, se lo aguantan.*

BARRERAS DENTRO DE CASA.- El deterioro progresivo de las facultades, propio de la edad, da unas limitaciones físicas y sensoriales. Estas repercuten en la realización de Actividades de la Vida Diaria. (Estas limitaciones se pueden paliar, básicamente, en 2 sentidos: 1) Disponer de personas que sustituyan o ayuden a la persona mayor en la actividad; y 2) Intentar que la persona sea lo máximo autónoma posible por si sola. En este sentido, se puede reeducar a la persona a la realización de las actividades o bien poner a su abasto una serie de medidas técnicas, sean instrumentales o adaptaciones al entorno.)

En general, se constata que existen viviendas poco adaptadas a las necesidades o a la prevención de los riesgos, con relación al grado de autonomía. Se manifiesta que las casas están poco pensadas y adaptadas para que vivan personas a partir de la tercera edad. Falta información sobre los instrumentos y las adaptaciones correctas en cada casa y situación, faltaría un servicio técnico de ayuda y orientación. Es básicamente una cuestión de ideas más que de realizar grandes gastos. Un segundo tipo de viviendas son aquellas que no cumplen los mínimos de estructura deseables y servicios: viviendas precarias, con equipamiento peligroso o insuficiente (estufas de butano, WC exteriores, no tener agua caliente, ni ducha, ni baño, etc.)

De forma global, las barreras arquitectónicas por excelencia son las escaleras, principalmente para acceder a la vivienda. Aunque existen muchas casas con escaleras en el interior, las cuales también representan una limitación a la libertad de movimientos.

BARRERAS EN LA CALLE.- La principal es el acceso a la vivienda por culpa de las escaleras. Muchas veces no es por la incapacidad física sino por miedo a caerse. En estas edades, una caída tiene muchas y graves repercusiones. El exterior de la vivienda tiene muchos peligros, se puede caer muy fácilmente.

Por eso tienen miedo, porque todos conocen las consecuencias, especialmente para aquellas personas que viven solas y no tienen a nadie más para que les cuide. El miedo a caer en la calle es grande, debido a que las aceras son altas, estrechas y el suelo tiene irregularidades.

AUTOMARGINACIÓN / MARGINACIÓN.- La gente mayor esta un poco a parte de la sociedad. Ellos se valoran poco y también son poco valorados.

Sería necesario potenciar actividades que les hicieran salir de la automarginación, ya que la gente mayor con calidad de vida podría ser y sentirse más útil.

CUIDADORES.- Se consideran aquellas personas que tienen a su cargo a personas con dependencia y se convierten en un problema cuando la persona es muy dependiente, debido a una serie de circunstancias, que hacen aparecer la sobrecarga. La propia edad del cuidador, que en muchas ocasiones es la pareja, la cual también es una persona mayor. Incluso, a veces, con problemas de salud o limitaciones físicas.

En general, estos cuidadores tienen poca ayuda, están necesitados de ayuda. A veces, porque se niegan a aceptar ayudas externas institucionales, como por ejemplo, el Hospital de Día o el ingreso por descarga al hospital, de forma temporal. A veces, esa ayuda que aceptarían sería la de los hijos, pero en la situación familiar de las parejas jóvenes actuales, lo tienen muy complicado para cuidar y atender a los padres o abuelos. Por otro lado, parece que los hijos desconocen las necesidades de los viejos. A veces la falta de ayuda es el desconocimiento de la existencia de recursos y mecanismos disponibles y no se piden.

En general, se evidencia una falta de ayuda del tipo ayudas técnicas, adaptaciones a la vivienda y la reeducación en la realización de las actividades en 2 sentidos: 1) de cara a cuidar mejor a la persona, y 2) de cara a cuidarse el propio cuidador. El cuidador también ha de aprender a cuidarse y no se suele cuidar lo suficiente.

Dentro del grupo de cuidadores con sobrecarga, existen algunos que no se dejan ayudar, aunque estén en un estado de agotamiento físico y psíquico. Este grupo no acepta la ayuda externa porque tienen asumido que el papel de cuidar y la responsabilidad es exclusivamente suya, porque toca: sus padres ya cuidaron a los suyos y, por tanto, ellos también han de

hacerlo. Se aceptan mejor las ayudas a domicilio (hacer servicios en el domicilio) que fuera del mismo.

DISCUSIÓN

Estrategias para la mejora de la calidad de vida.

La finalidad de nuestro estudio es obtener una aproximación a la definición del concepto calidad de vida. Este concepto es básico y capital, desde nuestro punto de vista, para planificar propuestas que vayan dirigidas a la mejora de la misma. A través del diálogo y el debate generado con un grupo de expertos, podemos identificar, a grandes rasgos, los siguientes aspectos definidos en el apartado anterior:

- Emocionales
- De relación social.
- Estructura y funcionamiento del organismo.
- Comunicación.
- Suficiencia de recursos.

En consecuencia, se proponen las siguientes líneas de actuación:

8. Promoción de la calidad de las relaciones familiares y sociales.
9. Elaboración de programas específicos: atención al dolor crónico, rehabilitación física, diagnóstico y tratamiento de la vista y oído, reeducación en la toma de medicamentos, programa de reeducación vesical.
10. Creación de estrategias de comunicación eficientes hacia los mayores.
11. Prolongación de la estancia en el domicilio fomentando la autonomía mediante: servicios a domicilio, ayudas técnicas, reeducación de actividades de la vida diaria y adaptación de la vivienda.
12. Atención y soporte al cuidador de personas dependientes.
13. Creación de servicios de asesoría legal, administrativa y financiera.
14. Reivindicación del cumplimiento de la ley de supresión de barreras arquitectónicas.

Participación ciudadana y diálogo interdisciplinar.

Los resultados reflejan que los problemas de salud tienen que ver más con aspectos psicológicos, sociales y económicos, además de los de tipo biológico o de enfermedad física. Lo que nos sugiere que el concepto de salud y calidad de vida tiene que ser abordado desde una perspectiva interdisciplinar. Entendiendo ésta, como un grupo dinámico mixto, de ciudadanos y de profesionales, que diagnostican, planifican y evalúan problemas de salud en mayores.

Pero ya sabíamos que los problemas de salud son multifactoriales, gracias a la literatura. Lo novedoso, en nuestro contexto, es haber conseguido crear una dinámica de participación en la comunidad y que al mismo tiempo se hayan implicado las autoridades políticas y profesionales. Sobre la participación ciudadana en colaboración con profesionales sociosanitarios, pensamos que es posible y deseable promocionarlo, puesto que hay un intercambio a nivel horizontal entre ambas partes. Entendemos que es una buena estrategia y que tiene que seguir evolucionando hasta convertirse en una práctica habitual. En nuestro caso hemos realizado el análisis y diagnóstico de la situación. El siguiente paso, consistiría en la planificación de las líneas de actuación sugeridas en el apartado anterior.

El grupo nominal como método diagnóstico.

Sobre el tipo de investigación, el método y la técnica de GN consideramos que ha sido una muy buena estrategia para analizar la cualidad de vida de una población diana. Con lo cual, se propone como estrategia a seguir para identificar y priorizar problemas de los mayores del municipio.

No obstante hay que mencionar alguna crítica a esta técnica. Por ejemplo, sobre la fiabilidad y

la validez consideramos que para garantizarlas se debería haber creado dos grupos homogéneos y haber podido contrastar los resultados. No ha sido posible por ser, en nuestro caso, una población pequeña y los individuos hubieran sido los mismos en los diferentes grupos.

En otro documento similar a éste, se comparan las similitudes y diferencias de resultados con dos técnicas de recogida de datos, a saber: el GN (cualitativo) y la encuesta por entrevista (cuantitativa).

La dinámica interdisciplinar, la participación ciudadana y la utilización de una estrategia de investigación cualitativa, consideramos que ha introducido en los profesionales cambios conceptuales sobre la salud y calidad de vida de los ancianos, de la comunidad donde ejercen sus servicios. Todo esto nos ha mostrado las posibilidades de otra manera de analizar los problemas de salud de los ancianos y nos permite pensar en acciones futuras de forma distinta a la mantenida hasta el presente para el abordaje de la calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA:

- ⁱ MORALES, J.A. et al. (2000): "Problemas de salud de los cuidadores de enfermos incapacitados". *Centro de Salud*. Diciembre. Pp. 714-718.
- ⁱⁱ GUTIERREZ FERNANDEZ, R. (2000): "Atención sociosanitaria en el Plan de Atención a las personas Mayores en Castilla-La Mancha (1998-2002)". *ASSB*, Nº 1. Enero/Marzo. Pp. 4-8.
- ⁱⁱⁱ GÓMEZ GUTIÉRREZ, A. et al. (2000): "Demandas y necesidades de los mayores en Cantabria a través de los trabajadores sociales". *ASSB*, Nº 1. Enero/Marzo. Pp. 27-30.
- ^{iv} VILLALOBOS, J.L. Y VILLALOBOS, J. (2000): "Revista de Prensa. Atención de nuestros mayores". *ASSB*, Nº 1. Enero/Marzo. P. 31.
- ^v ALASTRUEY RUIZ, J.G. et al. (1999): "Evaluación de la educación para la salud en el control de los factores de riesgo cardiovascular en el anciano". *Atención Primaria*. Vol 24. Nº4. 15 Septiembre. Pp. 228-235.
- ^{vi} RISIGA, M. (2000): "En peligro de extinción". *El Puente*. Nº 5. Noviembre. Pp. 12-13.
- ^{vii} MONCHIETTI, A. (2000): "Envejecer y Enfermar no son sinónimos". *El Puente*. Nº 5. Noviembre. Pp. 17-18.
- ^{viii} FREIDENBERG, J.N. (2000): "Mitos sobre el envejecimiento y la experiencia de la vida diaria de los ancianos latinos en Harlem". *ASSB*, Nº 1. Enero/Marzo. Pp. 17-22.
- ^{ix} JIMÉNEZ NAVASCUÉS, L. et al. (1999): "Ancianos: calidad de vida y necesidades básicas". *Rev. Rol Enf.* 22 (11). PP. 743-746.
- ^x FONT PURTÍ, J.M. (2000): "Moció i Pressuposts Ajuntament de Vic d'ERC-ABU" "*Vic Virtual LLISTA de correu*" <llista@vicvirtual.net>. PP. 1-3. 21/02/00 14:38.
- ^{xi} VALL MAYANS, M. et al. (2000): "Problemas de salud prioritarios en los mayores de 75 años". *V Conferencia Europea de Promoción de la Salud y Educación para la Salud*. ADEPS. Santander, 10-13 Mayo. Libro de comunicaciones P. 77.
- ^{xii} CASAS BAROY, J.C. et al. (2000): "Investigación cualitativa y cuantitativa en la planificación de los servicios de salud". *V Conferencia Europea de Promoción de la Salud y Educación para la Salud*. ADEPS. Santander, 10-13 Mayo. Libro de comunicaciones P. 80.
- ^{xiii} Pineault, R.; Daveluy, C. (1987): *La planificación sanitaria*. Masson/SG. Barcelona.