

## La reorientación de la asistencia en residencias de ancianos: una perspectiva integradora

Rosa López Mongil<sup>a</sup> y José Antonio López Trigo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Secretaria del Grupo de Trabajo de Atención Sanitaria en Residencias y Centros Geriátricos. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid. España.

<sup>b</sup>Coordinador del Grupo de Trabajo de Atención Sanitaria en Residencias y Centros Geriátricos. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid. España.

Las instituciones de atención a personas mayores han experimentado, a lo largo de la historia, una llamativa evolución y transformación. Han pasado de ser centros donde se daba «cobijo», «recluí» o «custodiaba» con fines dispares (dar socorro, atender, curar, prevenir, castigar...) <sup>1</sup> a ser los centros que hoy conocemos, donde priman los cuidados sociosanitarios integrales y se persigue la recuperación funcional de los mayores. La explosión demográfica, los profundos cambios estructurales en los patrones sociofamiliares, la cronificación de múltiples procesos, la compresión de la morbilidad en los últimos años de vida a costa de generar situaciones de dependencia y otros, hacen que las que antaño fueran instituciones de estricto índole social se hayan transformado, necesariamente, en otras de carácter sociosanitario, llegando a ser, en muchos casos, de estricto carácter sanitario.

Fue hacia el siglo IV cuando se empiezan a crear instituciones asistenciales de larga estancia en las ciudades importantes del imperio bizantino. Desde esta época, pasando por la siempre denominada «oscura» Edad Media, los establecimientos de atención a mayores eran centros de reclusión de personas con distocias sociales o mentales. Es a partir de finales del siglo XVII cuando, con la incorporación de las órdenes religiosas, se plantea acoger a personas con problemas de salud y de dependencia física o mental. Toda institución de este tipo, en efecto, comportaba dos dimensiones tan inseparables como las dos caras de una misma moneda: nacían para remediar ciertas situaciones individuales e, ipso facto, resolver problemas globales de la sociedad <sup>2</sup>.

Jiménez Herrero <sup>3</sup> y Piédrola Gil <sup>4</sup> destacan toda la evolución histórica asistencial de los centros geriátricos y datos que testimonian cuán pobre y deficiente era la asistencia que se daba a los ancianos en España en los establecimientos benéficos no sanitarios hasta los años cincuenta del pasado siglo. En esa época las residencias comenzaron a planificarse como lugares de alojamiento permanente, pero tenían un personal médico asistencial

poco cualificado, con dedicación circunstancial e insuficiente. El profesor Piédrola Gil expone unas necesidades que siguen vigentes hoy día. Empieza con la ingeniería sanitaria, que es uno de los aspectos reseñables, pues actualmente existen servicios especializados para centros de mayores donde las instalaciones se diseñan, proyectan y decoran después de un estudio preliminar. Pueden plantearse diferentes posibilidades de atención, desde el centro de día, de noche, estancias temporales, cuidados paliativos y estancias permanentes. Es oportuno igualmente el aspecto que dedica a mejorar tanto la limpieza de los locales como la higiene corporal e individual, y así valorar como el mayor hito de la medicina moderna las medidas higiénicas iniciadas a principios del siglo XIX, según una encuesta promovida por el *British Medical Journal* en la que han participado más de 11.000 profesionales internautas de todo el mundo <sup>5</sup>.

Hasta los años ochenta y noventa del siglo pasado las residencias, en su mayoría, se definen y conceptúan para residentes válidos y son los citados cambios sociodemográficos y clínico-asistenciales los que hacen que este modelo se redefina, por un lado porque los residentes van sufriendo problemas que les llevan a situaciones de dependencia y, por otro, porque los que mayoritariamente solicitan ingresar en instituciones están en esa situación de compromiso funcional, ya sea mental o físico. La asistencia a personas que han perdido la capacidad de continuar viviendo en la comunidad, consideradas frágiles según Brocklehurst <sup>6</sup>, precisará, igualmente, un cambio en la forma de recibir asistencia clínica; el médico de la residencia o centro sociosanitario deberá ser especialista en geriatría o diplomado en medicina geriátrica y responsable directo de la asistencia sanitaria <sup>7</sup>, pues las residencias ya no deberían figurar como centros de ámbito social sino servicios de ámbito sanitario, por las características de los cuidados que allí se demandan y que van precisando una adaptación de los centros a las nuevas necesidades. Estos hechos alcanzan más relevancia si nos planteamos el análisis de datos tan contundentes como que más de un 3% de la población mayor española vive en las más

de 5.000 residencias de ancianos registradas en nuestro país<sup>8</sup>, precisamente éstos son los más frágiles o en situación de dependencia quienes de media presentan entre 3 y 4 enfermedades crónicas y toman de promedio más de 5 fármacos. Dos de cada 3 ancianos institucionalizados en nuestro país presentan demencia y sólo un 18% es independiente para las actividades básicas de la vida diaria (un 12% lo es para las instrumentales)<sup>9</sup>. La Sociedad Británica de Geriátrica aboga porque todas las personas mayores antes de ingresar en una residencia sean sometidas a una valoración especializada para asegurar las mejores opciones de tratamiento y rehabilitación posibles<sup>10</sup>.

Asistimos, pues, a profundos cambios en la atención en el medio residencial, cambios operados en un muy corto período y que han determinado que la asistencia que se presta en las instituciones haya de ser altamente cualificada y especializada<sup>11,12</sup> desde toda la perspectiva interdisciplinaria que debe presidirla, es decir, desde aspectos médicos, de cuidados de enfermería, de recuperación funcional, terapia ocupacional, psicológica, educativa y desde la perspectiva social. Igualmente, todas estas medidas se acompañan de un cambio en la concepción de espacios físicos y reestructuración de los diseños de centros y servicios<sup>13</sup>.

Todos estas características, cambios y peculiaridades específicas asistenciales nos apoyan para, desde este editorial, valorar la especializada labor del médico de residencias, al igual que el resto del equipo asistencial, y plantear la necesidad de que en centros debidamente acreditados y contrastados con estándares de calidad se contribuya a la formación de médicos especialistas en Geriátrica, así como, en un futuro, de la emergente especialidad de enfermería geriátrica.

En ocasiones, los testimonios que sobre las residencias geriátricas recogen los medios de comunicación se refieren al lado más oscuro y a los hechos desagradables acaecidos en ellas. Se tiende a magnificar estos hechos, no por ello no han de ser repudiados, y se ofrece una imagen de la residencia en la que aparece como un lugar triste, donde sólo tiene cabida enfermedad y sufrimiento. Nosotros conocemos estos centros desde un punto de vista diferente, disfrutamos compartiendo el tiempo con los ancianos, descubriendo muchas posibilidades de recuperación y mejoría basándonos en principios de buena praxis y rigor científico, y donde, además, encontramos una herencia cultural inmensa y de la que nos enriquecemos como personas y como profesionales. En las residencias, como geriatras, nos sentimos profundamente conectados con nuestros mayores y con nuestra profesión.

La mejoría en el control de las infecciones en el ámbito residencial, las asociadas a la atención sanitaria o relacionadas con los cuidados sanitarios, a las que se dedica buena parte de este número monográfico, y otros avances en medicina y salud pública han promovido un incremento importante en la esperanza de vida<sup>14</sup>. Se hace ne-

cesaria una respuesta rápida y flexible que incluya la implantación de programas de prevención y la implicación de los distintos profesionales como claves para la innovación en las residencias en tiempos de cambio hacia la calidad asistencial. Precisamente es ese otro de los temas que se desarrollan en este número de la REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, en el apartado de Revisiones, junto con los artículos de Canut Blasco<sup>15</sup> y los de infecciones en localizaciones específicas y situaciones especiales (urinarias, respiratorias, de piel y tejidos blandos, y en situación de inmunodeficiencia en el caso de ancianos desnutridos).

Completan este monográfico originales que recogen resultados de trabajos realizados en residencias de ancianos e incluyen estudios en diabetes mellitus, calidad de vida y funcionalidad y evaluación de la efectividad de una intervención en la adecuación del uso de medicamentos; para finalizar se presenta una nota clínica sobre la aplicación de un protocolo de valoración nutricional en un centro sociosanitario.

Como apostilla quisiéramos destacar la transformación de las residencias de ancianos hacia centros de marcado perfil sanitario, el papel de la asistencia especializada que se presta en ellas y su reorientación, que como enunciamos en el título de este editorial avoca hacia una perspectiva integradora.

Nos gustaría finalizar con una emocionada dedicatoria, y nuestro sentido homenaje desde estas líneas, a la memoria del Dr. D. Fernando Jiménez Herrero (q.e.p.d.), uno de los padres de la Geriátrica y de la Gerontología en nuestro país, expresidente de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, carismática y humanista figura, director honorario de la REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, colaborador en activo de ella, trabajador incansable, y una de las personalidades que más se ha ocupado de la institucionalización de ancianos en España y que escribió con brillantez la evolución histórica de la Gerontología desde sus orígenes hasta el principio del siglo XXI.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. París: Gallimard; 1972, cap. II.
2. Pia Barenys M. Tesis Doctoral en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Autónoma de Barcelona y ganadora del premio en Ciencias Sociales «Rogeli Doucastella», 1990.
3. Jiménez Herrero F. Evolución de la institucionalización de los ancianos en España. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Barcelona: Ed. Glosa; 2001.
4. Piédrola Gil G. La Gerocultura, especialidad nueva de la Sanidad Nacional. Madrid: Dirección General de Sanidad; 1955. p. 35-64
5. La higiene, el mayor hito de la medicina moderna. BMJ, propone el avance biomédico más importante. Diario Médico, 19 de enero de 2007, Año XV, N.º 3.343.
6. Robles Raya MJ, Miralles Basseda R, Llorach Gaspar I, Cervera Alemany

- AM. Definición y Objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población diana. Tratado de Geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2006. p. 25-32.
7. Grupo de trabajo de atención Sanitaria en Residencias de la SEGG. Rol del médico en las residencias de ancianos y próximo futuro de ellas. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1997;32:239-41.
  8. Base de datos IMSERSO-CSIC. Portal de Mayores, 2007. Disponible en: [www.imsersomayores.csic.es](http://www.imsersomayores.csic.es)
  9. López Mongil R, López Trigo JA, Castrodeza Sanz J, León Colombo T, Grupo Colaborativo RESYDEM. Estudio RESYDEM: identificación de pacientes con deterioro cognitivo y demencia en residencias de ancianos. XLVIII Congreso de la SEGG. Pamplona, junio de 2006.
  10. British Geriatrics Society. Submission of evidence to the Royal Commission on Long-Term Care for the elderly. 1998. Disponible en: [www.bgsorg.uk/commain.html](http://www.bgsorg.uk/commain.html)
  11. Evans JM, Chutka DS, Fleming KC, Tangalos EG, Vittone J, Heathman JH. Medical care of nursing home residents. *Mayo Clin Proc.* 1995;70:694-702.
  12. Reuben DB, Shekelle PG, Wenger NS. Quality of care for older persons at the dawn of the third millennium. *J Am Geriatr Soc* 2003;51 Suppl 7: S346-50.
  13. Wiley B. Redesign in the long-term care industry: a restraint reduction or restraint elimination program in the nursing home. *J Health Hum Serv Adm.* 2000;23:214-41.
  14. Besdine R, Boulton C, Brangman S, Coleman EA, Fried LP, Gerety M, et al; for the American Geriatrics Society Task Force on the Future of Geriatric Medicine. Caring for older Americans: the future of geriatric medicine. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53 Suppl 6:S245-56.
  15. Canut Blasco A. Infecciones en residencias de ancianos: microorganismos más frecuentes, uso de antimicrobianos y resistencias bacterianas. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42 Suppl 1:27-38.