



## ADMINISTRACIÓN - GESTIÓN - CALIDAD

### ENTORNO Y NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 75 AÑOS NO ATENDIDA EN CUATRO ÁREAS BÁSICAS DE SALUD DE BARCELONA.

\*Blanco Sánchez, R., \*\*Zapico Yáñez, F., \*\*\*Juanola Pagés, M<sup>a</sup> D., \*\*\*\*Agua Lluçh, A.

\*Enfermera. Lic. en Antropología Social y Cultural. Prof. Titular. \*\*Enfermera. Lic. en Bellas Artes. Prof. Titular. \*\*\*Enfermera. Prof. Titular. \*\*\*\*Enfermera. Unidad Técnica de la Dirección de Atención Primaria Sant Martí. Prof. colaboradora. E. U. E. Vall d' Hebron. Barcelona.

El resumen de este trabajo fue presentado en el I Congreso Iberoamericano de Gerontología Social, organizado por el Grupo de Investigación Envejecimiento (GIE) y Master Gerontología Social (MGS) de la Universidad de Barcelona, celebrado en Barcelona los días 30 de Junio y 1 de Julio de 2003.

Palabras clave: Ancianos mayores de 75 años, no usuarios de Atención Primaria de salud, Diagnósticos enfermeros de la NANDA, Estado de salud, Atención de enfermería.

#### RESUMEN

**Objetivo:** Observar y describir el entorno en que viven las personas mayores de 75 años que no acuden a centros de salud de la red pública y analizar sus necesidades de salud.  
**Participantes y métodos.**

**Diseño:** Estudio observacional, descriptivo, transversal.

**Ámbito:** Cuatro Areas Básicas de Salud (ABS) de la Dirección de Atención Primaria Sant Martí de Barcelona (ABS El Clot, ABS La Pau, ABS Verneda Nord y ABS Verneda Sud), que atienden una población de 80.373 habitantes, 4810 mayores de 75 años, según datos del padrón 1996.

**Sujetos:** Ancianos >75 años asignados a las ABS, que no habían acudido en ninguna ocasión al Centro de Atención Primaria de Salud, identificados mediante el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Del total de >75 años (n= 4810), cumplieron requisitos 1666 (34,63%) .

**Medidas:** Cuestionario semiestructurado administrado mediante entrevista en el domicilio; se recogió información sobre edad, género, convivencia, características del cuidador, de los edificios y de la vivienda, problemas de salud y necesidades alteradas según el modelo de V. Henderson, Escala de Arnel modificada y diagnósticos médicos autodeclarados.

**Resultados:** De los 1666 ancianos identificados, respondieron el cuestionario 227 (13,62%). Las causas más frecuentes de no respuesta fueron: defunción, cambio domicilio, no localización y no desear participar.

Características de los entrevistados: media de edad 81.55 (DE 4.29), 60,79% mujeres. El 20,26% viven solos, el 33 % con su esposo/a. Tienen cuidador el 33,92%, siendo mujeres más del 70%. El 35,68% tienen barreras arquitectónicas y el 68,72% ascensor. El 85,46% tienen calefacción. El 37% referían diagnósticos médicos, siendo los más prevalentes: ansiedad, depresión, dolor y problemas cardiovasculares. De los diagnósticos enfermeros según la nomenclatura de la NANDA Nursing Diagnoses, el 34,36% presentaron deterioro de la movilidad física, 51% dolor y 13,6% estreñimiento crónico. Más del 90% no se sienten útiles, pero con estabilidad emocional, buena comunicación, buenas relaciones familiares y no se sienten solos.

**Conclusiones:** Se evidencia una notable falta de actualización en las bases de datos poblacionales del SIAP. Las personas entrevistadas son mayoritariamente mujeres, que más de la mitad viven solas o con parejas de la misma edad. Tienen cuidador 1/3 mayoritariamente mujeres. Existen barreras arquitectónicas en los edificios y en su domicilio, tienen calefacción y ducha. Los problemas de salud mental son los más frecuentes, seguidos del dolor y de los cardiovasculares. Los diagnósticos enfermeros más frecuentes son deterioro de la movilidad física, dolor y estreñimiento crónico. Más de un 90% de los ancianos dicen no sentirse útiles, pero manifiestan que no se sienten solos.

## INTRODUCCIÓN

Las mejoras en las condiciones de vida, los avances médicos y tecnológicos han contribuido sensiblemente a aumentar la longevidad, aunque no se han ocupado en igual medida en que esa mayor cantidad de vida se traduzca en felicidad.

Actualmente nos encontramos con un creciente colectivo de ancianas/os, con un estado físico distinto a todos los conocidos hasta ahora y que requieren una atención sanitaria específica. Son personas sin enfermedades graves de base, pero en ocasiones sujetas a una extrema fragilidad consecuencia de "ser viejas" y del desgaste con que los años han deteriorado todos los órganos de su cuerpo. Dicha fragilidad se asocia frecuentemente a problemas de movilidad, pérdida de autonomía personal y dependencia de otros para vivir. Por otra parte, dicho proceso de envejecimiento y sobrevejecimiento se asocia frecuentemente con el aumento de personas ancianas que viven solas.<sup>1,2,3,4,5,6</sup> El anciano que consigue mantener su estilo de vida de siempre, vive más años y con más salud. Es importante saber respetar eso y no imponerle pautas culturales que le son extrañas.<sup>2</sup>

Dado el riesgo de morbilidad en este grupo de población, nos preguntamos que ocurría con las personas mayores de 75 años asignadas a las ABS en las que se planteó el estudio, que no habían acudido al centro en ninguna ocasión, y especialmente, cuál era su estado de salud y si podían presentar necesidades de salud no detectadas.

El propósito del presente trabajo es observar y describir el entorno en que viven las personas mayores de 75 años que no habían acudido en ninguna ocasión a los centros de salud de la red pública y analizar sus necesidades de salud.

En este estudio hemos tomado la definición de persona sana que apunta Henderson V. y Riopelle L.<sup>7,8</sup>.

## **PARTICIPANTES Y MÉTODO**

Es un estudio observacional, transversal, descriptivo. Realizado en la población mayor de 75 años adscrita a cuatro Áreas Básicas de Salud de la Dirección de Atención Primaria (DAP) Sant Martí de Barcelona, que no han solicitado nunca ser atendidos en dichos centros.

La población se seleccionó a partir de los datos registrados en el Sistema de Información para la Atención Primaria (SIAP). Seguidamente se muestran las poblaciones > de 75 años de las cuatro ABS estudiadas y los ancianos que no se han visitado: La Pau 874/170, El Clot 1274/584, Verneda Nort 1463/494 y Verneda Sud 1199/416 personas.

Los criterios de inclusión fueron personas mayores de 75 años residentes en el territorio y asignadas a los cuatro CAPS y que no habían solicitado visita en los mismos, en ninguna ocasión.

Se excluyeron los ancianos que no pudieran responder ni ellos ni su cuidador por dificultad idiomática, y no encontrarlos en su domicilio después de tres visitas.

El total de 4.810 de personas mayores de 75 años cumplían estos requisitos, son 1666 (34,6%).

Se llevó a cabo la recogida de información mediante un cuestionario semiestructurado, denominado "Valoració d'Infermeria en adults a domicili segons model de Virginia Henderson" diseñado por el Equipo de Atención Primaria de Salud de EL Carmel. Este cuestionario consta de variables sociodemográficas, variables relacionadas con las 14 necesidades básicas siguiendo el modelo Henderson, escala de Arnel modificada y diagnósticos médicos.

La recogida de información se realizó en los domicilios de las personas incluidas, entre 1997 y el 1998. En caso de ancianos con problemas mentales se aceptó la respuesta de la cuidadora. El tiempo aproximado de respuesta al cuestionario oscilaba alrededor de los 50 minutos.

Los entrevistadores, recibieron formación y entrenamiento previo sobre: técnicas de entrevistas a personas mayores de 75 años, técnicas de observación del entorno, y posibles actitudes de los entrevistados.

Previamente a la realización de la entrevista, se envió una carta, de los responsables de Enfermería Comunitaria de la EUI Vall d'Hebron, notificando el objeto del estudio y solicitando su participación.

Los datos de la encuesta se introdujeron en una base de datos DBASE IV creada específicamente para esta finalidad. Utilizamos el programa estadístico SPSS/PC, para el análisis de los datos. Se realizó la descripción de todas las variables del estudio según ABS.

## RESULTADOS

Del total de 4810 personas mayores de 75 años, 1666 (34,63%) nunca habían acudido al ABS.

Las entrevistas realizadas y los motivos de no realización se muestran en la [tabla I](#), siendo los motivos más frecuentes la defunción y el cambio de domicilio.

**Tabla I.- Entrevistas realizadas, motivos de las no realizadas**

Variables	ABS Clot	ABS La Pau	ABS Verneda Norte	ABS Verneda Sur
Población	584	170	494	416
Realizadas	79 (13,5%)	28 (16,4%)	60 (12,1%)	60 (14,4%)
No realizadas	505 (86,5%)	142 (83,6%)	434 (87,9%)	356 (85,6%)
<b>Motivos no realización:</b>				
Exitus	116 (22,97%)	26 (18,31%)	146 (33,00%)	89 (25,00%)
Cambio domicilio	102 (20,19%)	45 (31,69%)	48 (11,06%)	47 (13,20%)
No desean ser entrevistados	79 (15,65%)	16 (11,26%)	29 (6,68%)	34 (9,55%)
No están en su domicilio	46 (9,10%)	0	53 (12,21%)	54 (15,17%)
Desconocidos por los vecinos	26 (5,15%)	9 (6,34%)	32 (7,37%)	41 (11,52%)
Otros*	136 (26,94%)	46 (32,4%)	126 (29,04%)	91 (25,56%)

\*No existe calle, no existe edificio, no se pudo realizar encuesta

Se presentan los resultados correspondientes a 227 (13,62%) personas de las que obtuvimos información, separados según las 4 ABS (La Pau, El Clot, Verneda Nort y Sud).

Las características sociodemográficas aparecen en la [tabla II](#). De los entrevistados la mayoría son mujeres, oscilando la media de edades entre 79,3 y 83,1 años, sobresaliendo que en dos de los territorios estudiados la cuarta parte de los ancianos viven solos. Tienen cuidadoras/es la tercera parte de los mismos y mayoritariamente son mujeres.

**Tabla II.- Características sociodemográficas de la población**

Variables	ABS Clot	ABS La Pau	ABS Verneda Norte	ABS Verneda Sur
<b>Población entrevistada</b>	79 (13,52%)	28 (16,4%)	60 (12,1%)	60 (14,4%)
Hombres	26 (32,9%)	13 (46,4%)	19 (31,7%)	31 (51,7%)
Mujeres	53 (67,1%)	15 (53,6%)	41 (68,3%)	29 (48,3%)
<b>Edad</b>				
Media (DE) edad	83,1 (4,46)	79,3 (4,05)	81,7 (4,85)	82,1 (3,94)
<b>Grupo de convivencia</b>				
Solos	19 (24,1%)	3 (10,7%)	16 (26,7%)	8 (13,3%)
Esposo/a	23 (29,1%)	13 (46,4%)	17 (28,3%)	22 (36,7%)
1 familiar	12 (15,2%)	2 (7,1%)	4 (6,7%)	6 (10,0%)
2 familiares	12 (15,2%)	3 (10,7%)	13 (21,7%)	12 (20,0%)
3-5 familiares	11 (13,9%)	7 (25%)	7 (11,7%)	12 (20,0%)
6 familiares	1 (1,3%)	0	2 (3,3%)	0
Otros	1 (1,3%)	0	1 (1,7%)	0
<b>Cuidador</b>				
Tiene	28 (35,4%)	9 (32,1%)	21 (35%)	19 (31,7%)
Hombres	6 (21,4%)	2 (22,2%)	1 (4,76%)	2 (10,5%)
Mujeres	22 (78,5%)	7 (67,9%)	20 (95,2%)	17 (89,5%)
No tiene	43 (64,6%)	19 (67,9%)	37 (61,7%)	41 (68,5%)
No valorado	8 (10,1%)	0	2 (2,2%)	0

En la [tabla III](#), se observan, las características de los edificios y domicilios visitados. Presentaban barreras arquitectónicas entre el 21,7% y el 45% de los edificios y falta de ascensor aproximadamente la mitad de los mismos, en el Clot y la Pau. Destaca un elevado porcentaje de viviendas limpias y cuidadas, con ducha accesible y calefacción.

**Tabla III.- Características de los edificios y domicilios visitados**

Variables	ABS Clot n=79	ABS La Pau n=28	ABS Verneda Norte n=60	ABS Verneda Sur n=60
<b>Características edificio:</b>				
Barreras arquitectónicas	30 (38,0%)	11 (42,9%)	13 (21,7%)	27 (45%)
Escalera y barandilla buen estado	27 (34,2%)	12 (64,3%)	48 (80%)	52 (86,7%)
Tienen ascensor	40 (50,6%)	16 (57,1%)	50 (83,3%)	50 (83,3%)
<b>Características domicilio:</b>				
Escaleras, puertas estrechas	19 (20,3%)	10 (35,7%)	10 (16,7%)	22 (35,7%)
Alfombras	9 (11,4%)	5 (17,1%)	4 (6,7%)	11 (18,3%)
Limpio y cuidado	45 (57,0%)	24 (85,7%)	49 (81,7%)	51 (85,0%)
Humedad	9 (11,4%)	2 ( 7,1%)	2 ( 3,3%)	4 ( 6,7%)
Iluminación correcta	24 (30,4%)	14 (50%)	43 (71,7%)	41 (81,7%)
Ducha accesible	71 (89,9%)	25 (89,3%)	60 (100%)	58 (96,7%)
Calefacción:	59 (74,7%)	26 (82,1%)	55 (91,7%)	54 (90,0%)
Central	1 (1,3%)	1 (3,6%)	19 (31,7%)	23 (38,3%)
Butano	29 (36,7%)	11 (39,3%)	19 (31,7%)	15 (25,0%)
Eléctrica	18 (22,4%)	6 (21,4%)	16 (26,7%)	16 (26,7%)

Menos de una tercera parte de los ancianos, habían acudido a centros sanitarios no pertenecientes al sector público (mutuas y médicos privados), [tabla IV](#).

**Tabla IV.- Centros sanitarios utilizados**

Variables	ABS Clot n=79	ABS La Pau n=28	ABS Verneda Norte n=60	ABS Verneda Sur n=60
Mútuas	(11,4%)	(25%)	(20%)	(13,3%)
Médico privado	(5,1%)	(14,3%)	(8,3%)	(20%)

Seguidamente se presentan resultados según ABS (El Clot; La Pau; Verneda Nort y Sud). En cuanto a la escala de Arnel modificada para detectar el riesgo (estado mental, incontinencia, actividad, movilidad, nutrición, aspecto de la piel, sensibilidad cutánea), observándose riesgo no elevado en el 92,9%; 88,6%; 96,7% y 93,3% (1-13 puntos) y elevado en el 3,6%; 5,1%; 3,3% y 1,3% (>de 14 puntos).

Respecto a la cobertura vacilan autodeclarada, están vacunados de la gripe el 53,6 %; 55,7%; 51,7%; y 58,3 %, y del tétanos el 14,3 %; 17,7%; 13,3%; y el 21,7 %.

Los problemas de salud más prevalentes se muestran en la [tabla V](#), siendo el dolor, la ansiedad, la depresión y los problemas cardiovasculares los más frecuentes.

**Tabla V.- Problemas de salud**

Problemas de salud	ABS Clot	ABS La Pau	ABS Verneda Norte	ABS Verneda Sur
	n=79	n=28	n=60	n=60
Ansiedad, depresión, otros	27 (34,7%)	13 (46,42%)	25 (41,6%)	20 (33,33%)
Dolor	35 (44,3%)	13 (46,4%)	20 (33,3%)	31 (51,7%)
Cardiovascular	34 (43,0%)	7 (25,0%)	19 (31,7%)	22 (36,7%)
Respiratorio	5 ( 6,3%)	4 (14,3%)	5 ( 8,3%)	5 ( 8,3%)
Digestivo	4 ( 5,1%)	4 (14,3%)	9 (15,0%)	9 (15,0%)
Caídas	7 ( 8,7%)	6 (21,4%)	9 (15,0%)	10 (16,7%)
Otros problemas crónicos	12 (15,2%)	3 (10,7%)	10 (16,7%)	12 (20,0%)
Diabetes	8 (10,1%)	1 ( 3,6%)	7 (11,7%)	3 ( 5,0%)
Trastornos cognitivos	4 ( 5,1%)	1 ( 3,6%)	4 ( 6,7%)	2 ( 3,3%)

Seguendo el modelo conceptual de Virginia Henderson y la taxonomía de Diagnósticos NANDA, se han valorado las 14 necesidades de las personas visitadas, detectándose como diagnósticos más frecuentes dolor y deterioro de la movilidad física, según se observa en la tabla VI.

**Tabla VI.- Necesidades alteradas**

Necesidades alteradas	ABS Clot	ABS La Pau	ABS Verneda Norte	ABS Verneda Sur
	n=79	n=28	n=60	n=60
Deterioro movilidad física	19 (24,1%)	5 (17,9%)	25 (41,7%)	29 (48,3%)
Alteración patrón sueño	15 (19,0%)	0	0	8 (13,3%)
Dolor	15 (19,0%)	8 (28,6%)	13 (21,7%)	31 (51,75)
Estreñimiento crónico	8 (10,1%)	5 (17,9%)	7 (11,7%)	11 (18,3%)

En relación a la necesidad de comunicarse, el 89,9%; 100%; 100% y 96,7% manifiestan no sentirse solos. Aunque alrededor del 10% presenta riesgo de soledad y alteración de los procesos familiares. El 96,4%; 100%; 100% y 96,7% afirma que su familia satisface las necesidades que tienen. El 93,1%; 96,2%; 95% y 100% mantienen la capacidad de usar y comprender el lenguaje en la interacción humana. El 96,1%; 96,2%; 100% y 100% están orientados y mantienen su capacidad de solucionar problemas. Más del 96% manifiestan que actúan de acuerdo con sus creencias y valores y esta necesidad está satisfecha, aunque aparece en menos del 5% el diagnóstico de desesperanza y sufrimiento espiritual. El 92,9%; 90,9%; 91,7% y 90% manifiesta no sentirse útil. El 96,4%; 82,4%; 91,7% y 88,3% consideran que son suficientes las actividades recreativas que realizan. El 96,4%; 94,9%; 93,3 y 96,7 mantienen la capacidad intelectual y de la personalidad, interpretando correctamente los estímulos ambientales. El 89,3%; 94,6%; 96,7% y 96,7% mantienen la capacidad de recordar y de recuperar información. El 97,5 % conservan la capacidad familiar de realizar los tratamientos recomendados, apareciendo el 2,5 % de personas con el diagnóstico de manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar.

## DISCUSIÓN

La distribución la población estudiada según géneros, coincide con los datos demográficos para la ciudad de Barcelona, con algunos aspectos del estudio de Mauleón MA sobre los ancianos atendidos por el Servicio Navarro de Asistencia Domiciliaria y con el estudio de Gené J. et al realizado en Castelldefells.<sup>9,10,11</sup>

La mayoría de las personas del estudio son independientes, si bien conviene destacar el porcentaje de personas mayores que viven solas, especialmente en las ABS de la Verneda Nort y Clot. Estos resultados también se han observado en otros estudios realizados sobre

personas ancianas en España, donde al igual que otras sociedades industrializadas, los ancianos no demandantes, son en su mayoría independientes y no requieren ayuda para la realización de las actividades de la vida cotidiana.<sup>12,13,14,15,16</sup> Cada vez se alcanzan edades más avanzadas en mejor estado de salud, pero el hecho de que se viva más conlleva mayores probabilidades de padecer enfermedades crónicas e invalidantes y algunas personas necesitan de la ayuda de otras.

Si consideramos como redes de apoyo fuertes cuando los ancianos viven con más de 2 familiares, observamos que el 20% de ellos tienen redes fuertes y el 80% redes moderadas o débiles, lo que nos hace pensar que en el futuro necesitarán ayuda de los servicios sociales y sanitarios. Por otra parte, destacamos que el 35% viven con su esposo o esposa, también personas de edades avanzadas, que se cuidan mutuamente, pero que previsiblemente, en el momento en que uno de los cónyuges fallezca, el otro necesitará ayuda. De Miguel apunta que en el futuro las familias no pueden cuidar de sus ancianos, ya que el segundo salario familiar, normalmente el de la esposa, es ahora casi imprescindible para que una familia sobreviva, por ello la responsabilidad de cuidar a las personas ancianas recaería cada vez más en el sector público o en instituciones sociales. Las necesidades de los ancianos no se solventan con los recursos sanitarios, sino que constituyen un problema de mayor magnitud que incluye: la utilización de instituciones, la adaptación a cambios sociales y su planificación.<sup>17</sup>

Rodríguez, JA afirma que los cambios en la estructura familiar están dejando lagunas importantes en los servicios que tradicionalmente proveían, que deberán ser completadas por los servicios públicos. Probablemente aumentará considerablemente la necesidad de servicios de cuidados prolongados y de apoyo social para las personas mayores, aquí desempeñan un papel destacado las estructuras informales de apoyo, que aseguran la calidad de vida y la integración social de éste grupo de población.<sup>18</sup>

Diferimos con el estudio realizado por Ferrando J. et Al, en 1992, que observó una extensa red de apoyo social en las personas mayores de 60 años de Barcelona, posiblemente dado que el presente trabajo se ha realizado en un territorio menos extenso y con diferentes criterios de inclusión (población más anciana).<sup>17</sup>

En nuestra sociedad, la familia es la principal proveedora de cuidados y aunque la presencia de varones realizando tareas de cuidados va siendo progresivamente más frecuente, las mujeres asumen mayoritariamente esa responsabilidad. En esta investigación, alrededor del 30% tienen cuidador (más del 70% mujeres). Todos ellos se incluyen en el sector informal de cuidados, coincidiendo con lo que apuntan Bazo y Domínguez-Alcón que cuestionan que exista interdependencia en España entre los servicios de cuidado comunitario provistos por el sector público y la amplitud de los servicios informales provistos por la familia. Una causa que influye de manera considerable en esa situación es el sentimiento generalizado entre la población de la asunción del cuidado de las personas mayores de la familia como parte de los deberes familiares. Actitudes que incluso parte de la generación de jóvenes ha interiorizado.<sup>20</sup>

Pérez Salanova, M. 1999, plantea que envejecer en casa, se presenta habitualmente como un valor positivo en el conjunto de países europeos. A la vez, en las políticas sociales se constata la tendencia a restringir la utilización de los servicios institucionales y a sustituirlos por servicios de menor coste, entre ellos los servicios comunitarios de ayuda domiciliaria. En nuestro país la disponibilidad de recursos institucionales resulta insuficiente para atender temporalmente o de forma permanente a las personas mayores que necesitan mayor intensidad o especialización de cuidados.<sup>21</sup>

A pesar de ser unos barrios con escasas barreras arquitectónicas, se han detectado barreras en la entrada de los edificios, algunas escaleras y barandillas en mal estado de conservación; éstas, pueden influir de manera importante en las caídas que presentan los ancianos.

La ausencia de ascensor en casi la mitad de los edificios, y las dificultades de movilidad de los ancianos, supone que llegará un momento en que no podrán bajar a la calle, tendrán que cambiarse de domicilio o aumentarán las necesidades de atención en el mismo.

Se han detectado en el interior de las viviendas situaciones que se podrían mejorar para evitar accidentes en el hogar: escalones, puertas estrechas, estancias abigarradas por exceso de muebles, alfombras y escasa iluminación. Los objetos que hasta ahora eran de uso inofensivo, debido a su pérdida progresiva de destreza, pueden constituir una amenaza para ellos. Los cambios morfológicos que con el paso del tiempo se van produciendo en su organismo, requieren la adecuación del hogar, buscando siempre mayor confort y funcionalidad.<sup>22</sup>

En las personas de edad las caídas constituyen una bien conocida causa de morbilidad y sufrimiento. La mayoría de estudios muestran que la prevalencia de las mismas aumentan bruscamente pasados los 65 años y que son más elevadas en las mujeres que en los hombres. Por otra parte, el temor de caerse nuevamente, puede inhibir la movilidad lo cual a su vez aumenta el riesgo de nuevas caídas.<sup>4,9</sup>

Coincidimos con la propuesta de Fletcher<sup>23</sup> de que la intervención de las enfermeras comunitarias podría ser una medida preventiva para evitar los riesgos en el hogar, medioambientales, personales y evitar estas caídas que en la población de estudio se producen entre el 8,7-21,4% de la misma.

Las enfermeras deberían introducir propuestas de cambios en el hogar con gran tacto, contando con la resistencia que los ancianos suelen tener ante ellos, intentando respetar al máximo sus costumbres y su cultura.

En nuestro estudio se observan edificios y domicilios en mejores condiciones que las encontradas por Nuin Orrio C. et al., 1995 en la ciudad de Lérida.<sup>24</sup>

En la valoración de la escala de Arnel modificada encontramos mayoritariamente riesgo no elevado. El bajo % de personas con riesgo elevado, corresponden a aquellas que como diagnóstico enfermero presentan confusión crónica y como diagnóstico médico aparece enfermedad de Alzheimer o demencia senil.

Respecto a la utilización de otros servicios sanitarios, en Cataluña un cuarto de la población dispone de doble cobertura ( Seguridad Social y Mutua). En nuestro trabajo, una parte de los ancianos han sido profesionales de las fuerzas armadas por lo que tienen otra mutualidad y no acuden a las ABS.

Otro aspecto a mejorar por parte de los servicios sanitarios sería aumentar la cobertura vacunal, que en la gripe se sitúa en el 50 % y en el tétanos en el 15-20%, insuficientes para la consecución de los objetivos.<sup>25,26</sup>

Aún así, el territorio estudiado mantiene su cobertura vacunal muy cercanos a la de Barcelona según datos del Instituto Municipal de Salut Pública del ayuntamiento de Barcelona.<sup>27</sup>

Entre los problemas de salud detectados destacan los relacionados con la salud mental como ansiedad, depresión y otros.

Respecto a los diagnósticos enfermeros<sup>28</sup>, llama la atención de que en todas las ABS, los ancianos de este estudio dicen no sentirse útiles. Creemos que esto está relacionado con la pérdida de roles, ya que por otra parte hemos encontrado signos de estabilidad emocional, buena comunicación, buenas relaciones familiares y manifiestan no sentirse solos. Coincidimos con Gené J. et al<sup>11</sup> en que la salud subjetiva es mejor percibida por los ancianos que viven en familia y muestran también un mejor rol emocional y función social.

A diferencia del estudio realizado por Flores E.<sup>29</sup> en el que los valores y creencias de los ancianos no fue valorado, cabe destacar como hallazgo importante en nuestro trabajo, que entre el 95 y 100% de las personas entrevistadas actúan de acuerdo con sus creencias y valores.

Los resultados de nuestro estudio ponen de relieve que la salud percibida y las necesidades alterada de los > de 75 años entrevistados, son las esperadas en esta edad.

Para finalizar, las enfermeras podrían contribuir a mejorar el entorno mediante recomendaciones dirigidas a disminuir el riesgo de caídas, así como ofertar cuidados a las personas que han sufrido caídas y tienen miedo de volver a caerse.

También sería importante aumentar la cobertura vacunal de la gripe y del tétanos, de los mayores de 75 años y utilizar nuevas estrategias para disminuir el dolor que aparece como uno de los diagnósticos enfermeros más prevalentes.

Es necesario continuar profundizando en la detección de necesidades y en los cuidados domiciliarios proporcionados por las enfermeras de Atención Primaria, tanto a los ancianos como a las cuidadoras.

Los servicios socio-sanitarios deberían dedicar recursos de ayuda en el domicilio en aquellas situaciones en que la familia no puede o no asume el cuidado de los ancianos dependientes, o bien ayudar a las cuidadoras a realizar su rol cuidador sin que su salud se deteriore.

Sería también de gran utilidad la ayuda de servicios de comida, tele asistencia y otros de tipo socio-recreativo, así como para casos específicos, servicios de respiro para las cuidadoras, lo que les permitirá descansar una temporada para continuar a posteriori cuidando.

Las elevadas pérdidas observadas en este estudio, constituyen su principal limitación y están relacionadas con la falta de actualización de los listados proporcionados por el Sistema de Información para la Atención Primaria (SIAP), debido a: defunciones, cambios de domicilio y edificios inexistentes entre otros, aunque algunos ancianos seleccionados se negaron a participar.

### **Agradecimientos a:**

La población participante en el estudio.

José M<sup>a</sup> Sánchez, médico del Servicio de Medicina Preventiva de Vall d'Hebron Hospitals por su estimable colaboración en la gestión de los datos.

Enriqueta Pujol, técnica de salud DAP Sant Martí, por su estimable colaboración en la gestión de los datos.

M. Asunción Ferré Vall, responsable de enfermería de la DAP Sant Martí por facilitarnos los listados del Servei Informàtic d'Atenció Primària (SIAP)

Rosa M<sup>a</sup> Torrens Sigalés, directora de la Escuela Universitària d'Infermeria Vall d'Hebron por permitirnos enviar la correspondencia a los entrevistados y la realización del estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cabré A. Nota demogràfica Barcelona: salut 2010. Barcelona: A & S Economia i Salut S.L., 1999
2. Madrideojos A, Gallardo A, Tarragona J, Conesa M. El periòdico 27-09-1998 (dominical)
3. San Roman T. Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema. Fundació Caixa de Pensions "La Caixa": Barcelona, 1990)
4. OMS. La salud de las personas de edad. Informe técnico 779. Ginebra: OMS, 1989.
5. Naciones Unidas. Problems of the elderly and the aged. Draft programme and arrangement for the World Assembly on the Elderly: report of the Secretary-General). (Problemas de las personas de edad y de los ancianos. Programa preliminar y planes para la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento: informe del Secretario General). Nueva York, Naciones Unidas, 1980 (documento inédito a/35/130)
6. OMS. Aplicaciones de la Epidemiología al estudio de los ancianos. Serie de Informes Técnicos, número 706. Ginebra: OMS, 1984
7. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Consejo Internacional de Enfermería (CIE): Ginebra, 1971
8. Riopelle L. et al. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. MacGraw-Hill: Madrid, 1993
9. Mauleón MA et al. Nivel de autovaloramiento en una población anciana. Un estudio descriptivo. Enferm Clínica, 1995; 160-161:35-38
10. Ajuntament de Barcelona. La Salut a Barcelona 1997. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública, 1997
11. Gené J, Moliner C, Contel JC, Tintoré I, Villafàfila R, Schorlemmer C. Salud y utilización de servicios en ancianos, según el nivel de convivencia. Gac Sanitaria 1997; 11(5):214-220
12. Bazo MT, Domínguez-Alcón C. Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. Revista española de investigaciones sociológicas Reis 1996; 73: 43-47.
13. Alonso J et al. La salud de los ancianos en Barcelona. En Epidemiología del envejecimiento en España. Madrid: Fondo de investigaciones sanitarias, 1990: 225-233.
14. Gobierno Vasco. Plan gerontológico de Euskadi 1994, Vitoria: Gobierno Vasco, 1995: 45.

15. Bazo MT. La sociedad anciana. Madrid: Centro de investigaciones sociológicas y Siglo XIX, 1990: 35.
16. Ayuntamiento de Barcelona. Encuesta de salud de Barcelona 1992- 93. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona Área de salud pública, 1994.
17. De Miguel, JM, 1991. Hacia una sociedad anciana. Jano, 1991; 949:55-56.
18. Rodríguez, JA. La sociedad del futuro. Jano, 1991; 949:59-65
19. Ferrando J, Borrell C, Egea L. Apoyo social y estado de salud percibido en población no institucionalizada de más de 60 años. Gac Sanitaria 1996; 10(55):174-182
20. Bazo MT. La familia como centro privilegiado de intercambio entre generaciones. En Premios Bancaixa 1993. Valencia: Bancaixa, 1994: 269-273
21. Pérez Salanova M, Sancho MT, Yanguas J. Implementación de servicios sociales: hacia una atención domiciliaria integral. en Contel JC, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria organización y práctica. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1999
22. Arroyo López, C. El anciano en casa. Index de Enfermería. 1994, Año III. N.8-9:26-33
23. Fletcher A, et al. Promotion & education, Vol VI, 1999/4
24. Nuin C, Saez S, Quintas I, Espinet L. La salud en la tercera edad: resultados de un estudio. Enferm Científ 1995; 164-165:4-7
25. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 1999-2001. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1999
26. Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat social. Llibre Blanc. Activitats preventives per a la gent gran. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1999
27. Ajuntament de Barcelona. La salut de Barcelona, 1997. Barcelona: Institut Municipal de salut Pública, 1997
28. Diagnósticos enfermeros de la Nanda. Definiciones y Clasificación 1997-1998. Madrid: Harcourt-Brace, 1997
29. Flores E. Diagnósticos enfermeros en Atención Primaria en la población anciana mayor de 65 años. Enferm Clínica 1996; 6(6):242-248

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia