

# Motivos de ingreso en residencias geriátricas en Calahorra (La Rioja)

Pilar Pac<sup>1</sup>  
Pilar de Vega<sup>1</sup>  
Francesc Formiga<sup>2</sup>  
Jordi Mascaró<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Familia Profesional de Sanidad  
IES Valle del Cidacos  
Calahorra  
La Rioja

<sup>2</sup>UFISS Geriátria  
Servicio de Medicina Interna  
Hospital Universitari de Bellvitge  
L'Hospitalet de Llobregat  
Barcelona

Correspondencia:  
Francesc Formiga  
UFISS de Geriátria Servicio de Medicina Interna  
Hospital Universitari de Bellvitge  
L'Hospitalet de Llobregat  
08907 Barcelona  
E-mail:  
fformiga@csub.scs.es

## Resumen

Los estudios epidemiológicos muestran un importante aumento en el número de personas mayores en nuestro país. Frecuentemente, éstas por diversas circunstancias no pueden seguir viviendo en la comunidad. El objetivo de este estudio es evaluar los motivos de ingreso en cuatro residencias geriátricas de la zona de Calahorra (Rioja). Se evaluaron 237 residentes. Se trataba de 143 (58%) mujeres y 94 (42%) varones, con una edad media de 79,9 (10) años. Entre los motivos de ingreso, destacaba como primera causa la problemática social con 117 casos (49%). Debido a este elevado porcentaje de residentes que ingresan por una causa social, parece obligado una mejoría de la situación en la comunidad de los pacientes más ancianos y el que se disponga de una red de recursos adecuados a las necesidades que permita en muchas ocasiones que las personas mayores puedan seguir viviendo en el propio domicilio.

**Palabras claves:** Residencia. Anciano. Salud pública.

## Summary

Epidemiological studies in Spain show a increase in elderly people. Frequently, by different causes they can't be leave in community. The aim of this study was to evaluate the cause of admission in a nursing house in Calahorra region (Rioja). We included 237 habitants of nursing home. There were 143 women (58%) and 94 men with a mean age of 79.9 (10) years. The most prevalent cause of nursing home admission was a social problem (49%). In conclusion due a greater proportion of patients admitted in a nursing home by a social problem is necessary a better social recourses to permit remainig some elderly people in their own-house.

**Key words:** Nursing home. Elderly. Public health.

## Introducción

El aumento de la esperanza de vida en la población española es la consecuencia de una mejoría

en el desarrollo económico y social, lo que conlleva como contrapartida, en muchos casos, un incremento de patologías y problemas sociales asociados al envejecimiento. El progresivo envejecimiento de la población hace que se haya previsto que en los próximos años la población superior a los 65 años en España se sitúe en torno al 17%, con cerca de un millón de personas con más de 80 años<sup>1</sup>.

La sociedad está tardando en poner en marcha un número adecuado de medidas que consiga mejorar la calidad de vida de este colectivo de personas mayores y las necesidades que los mismos y / o sus familias tienen respecto a sus cuidados. Aunque un objetivo importante es el mantenimiento de la persona mayor en su casa y en su entorno, frecuentemente el fenómeno de la dependencia, junto con la soledad y falta de apoyo, comportarán el ingreso en un centro residencial<sup>2</sup>.

La presencia de una pérdida en la funcionalidad, así como de deterioro cognitivo, junto a una problemática social son algunas de las principales características descritas que se asocian a una nueva institucionalización<sup>3-6</sup>. Al aumentar la edad también es mayor el porcentaje de personas que viven en residencias. Actualmente los nonagenarios representan un importante número de las personas que viven de manera permanente en una residencia, habiéndose descrito que representan un 25% de los institucionalizados en un estudio previo realizado en nuestro país<sup>7</sup>.

Este trabajo pretende poner de manifiesto las necesidades y problemáticas de este colectivo que han motivado una solicitud de ingreso en una residencia. La hipótesis sería que probablemente exista un gran porcentaje de ingresos por motivos sociales que podrían disminuirse con la adecuada puesta en marcha de medidas para mantener a estas personas en su entorno habitual y/o familiar.

## Material y métodos

Se seleccionaron las cuatro residencias más numerosas en residentes dentro de la zona de influencia de Calahorra (La Rioja) y que representaban a tres sectores sociales distintos: una del sector público, otra del sector privado sin ánimo de lucro, y dos residencias privadas-concertadas. Del total de 510 residentes, se evaluaron al azar 237 pacientes (entre el 37-56% del total según la residencia). No existían diferencias entre la edad y el género de las personas incluidas respecto al resto.

Se obtuvieron los datos a través de las historias clínicas de los residentes. La entrevista directa con los usuarios de las residencias se descartó para ser más objetiva la información y no estar influenciada por la memoria, sentimientos o imposibilidad de colaborar con el estudio. Además se analizaron los siguientes datos: género, edad y estado civil (ambos, en el momento del ingreso en la residencia geriátrica).

Se describen las distintas causas alegadas para solicitar ingreso. Se evaluaron los motivos del ingreso dividiéndolos en tipo social, psíquico-cognitivo (se incluyó en este campo todos los tipos de demencias) o somático. En los pacientes en que existía más de un factor se incluyeron todos los existentes. Se cuantificó el tiempo que llevaba el paciente ingresado en la residencia.

El trabajo de campo de recogida de datos del muestreo fue llevado a cabo entre los meses de mayo de 2003 y febrero de 2004. A todos los participantes se les informó claramente de que la participación era voluntaria y que en todo momento se respetaría el anonimato del expediente del residente encuestado.

**Estudio estadístico:** Se utilizó el programa informático Excel como base de datos. Se realizó un análisis descriptivo en que los resultados se expresan con la media y desviación estándar (DE). La significación estadística de las diferencias se valoró mediante el test de la *t de Student* para la comparación de las variables cuantitativas. La prueba de la *chi cuadrado* con el test exacto de Fisher se utilizó en la comparación de variables cualitativas. Los resultados se consideraron significativos cuando  $p < 0,05$ .

## Resultados

Se trataba de 143 (58%) mujeres y 94 (42%) varones, con una edad media de 79,9 (10) años. La

edad media de las mujeres era significativamente mayor que la de los varones: 82,1 (9) vs 78,5 (9);  $p < 0,003$ .

Al separar los pacientes por grupos de edad se puede observar que existe un 40% en el intervalo de edad comprendido entre los 76-85 años, un 28,2% en el intervalo de 66-75 años. Así se aprecia que el mayor número de ingresos se realiza entre los 66 y 85 años, con un mínimo porcentaje hallado en el grupo con las edades más extremas de la vida (los mayores de 96 años), que representan un 0,42% (Figura 1).

En la Tabla 1 se puede observar la comparación de los grupos separados por intervalos de edad en relación con el género. Destaca un predominio significativo de los varones (60,6%) que ingresan antes de los 75 años y de las mujeres (62,2%) a partir de los 75 años.

En el momento del ingreso el estado civil de los residentes era 97 (41%) solteros, 76 (32%) viudos, 53 (22%) casados y 11 (5%) separados. En la Tabla 2 se puede apreciar las diferencias al comparar el estado civil según el género; se observa una similitud de los ingresos respecto al estado civil. No existían diferencias en el grupo de los casados, un predominio de varones en los grupos de solteros y separados, y en cambio en el grupo de personas viudas predominaba el género femenino.

La media de estancia en las residencias geriátricas de la muestra está en 5 años y dos meses, con un porcentaje importante de pacientes (64,55%) que lleva menos de 5 años ingresados (Figura 1).

Entre los motivos de ingreso, destaca como primera causa los motivos sociales en 117 casos (49%), seguida por las enfermedades psíquicas-cognitivas en 95 residentes (40%) y finalmente por los motivos

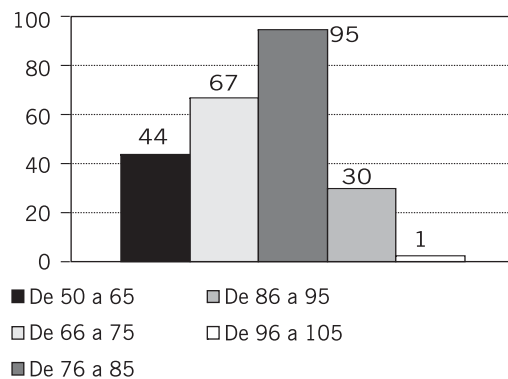


Figura 1.  
Edad al ingreso

somáticos, 88 casos (37%). Respecto a los pacientes admitidos por una problemática social, en un 26,5% de los casos ésta era la única causa de la institucionalización, en un 10,5% se acompañaba de patología somática y en un 7,1% de patología psíquica.

La Figura 2 muestra la distribución de los casos según los años de estancia en las residencias geriátricas. Al revisar los motivos de ingreso de los residentes que llevan más de 15 años de estancia institucionalizados, se pudo apreciar que se trataba en una gran mayoría de varones con retraso mental, que habían ingresado al fallecimiento de sus padres, y que en algún caso van a pasar la mayor parte de su vida acogidos en una institución.

## Discusión

Algunos de los cambios demográficos que están ocurriendo en nuestra sociedad como son el aumento de la esperanza de vida, un menor número de componentes en las familias, unas viviendas pequeñas diseñadas como máximo para padres con niños, un menor número de cuidadores familiares debido a la incorporación de la mujer al trabajo fuera de casa, pueden ser el origen de la problemática que tiene la sociedad al encontrarse con un número creciente de personas que necesitan cuidados y una disminución de cuidadores y circunstancias favorecedoras en el entorno, para la correcta aplicación de estos cuidados.

En España, los cuidados de un porcentaje muy importante de la población dependiente son cubiertos por la familia, en general esposa e hijas. No obstante, esto irá limitándose por el menor número de hijas y la incorporación de la mujer al mundo laboral. También la mujer, por lo general, parece ser más reticente a institucionalizarse, le gustaría vivir sola por más tiempo, pero al ir avanzando la edad van aumentando las necesidades y los recursos no lo hacen en la misma proporción. Hay un buen número de mujeres a las que con la cuantía de su pensión de viudedad o de orfandad (hija soltera que no ha cotizado nunca) les es muy dificultoso mantenerse con un mínimo de dignidad.

Un dato que confirmamos es que en la población de mayor edad hay un marcado carácter femenino, especialmente en el paciente más anciano<sup>8,9</sup>. Predominio femenino que parece que se va a mantener en el futuro según la pirámide generacional actual. También hemos comprobado como ingresan más tarde las mujeres en las residencias geriátricas, están más tiempo viviendo solas y tardan más en depender de ayuda ajena, si no hay una patología que lo impida. Los hombres en la misma situación se organizan peor y son atendidos por esposas, compañeras, hijas. Un dato epidemiológico a destacar en el estudio son los índices tan pequeños de separados/as, que se debe a la realidad social de su generación, en el que había un menor número de separaciones.

Frecuentemente el ingreso en una residencia ocurre después de una hospitalización que provoca un declive funcional<sup>10</sup>. El deterioro cognitivo, la fractura de fémur o el tener una enfermedad crónica evolucionada como la insuficiencia cardíaca son motivos frecuentemente asociadas al ingreso en una residencia<sup>11-13</sup>. En un amplio estudio realizado en Canadá, Rockwood, *et al*<sup>3</sup>. describen que ser mujer, no estar casado, la falta de un cuidador, la presencia de dete-

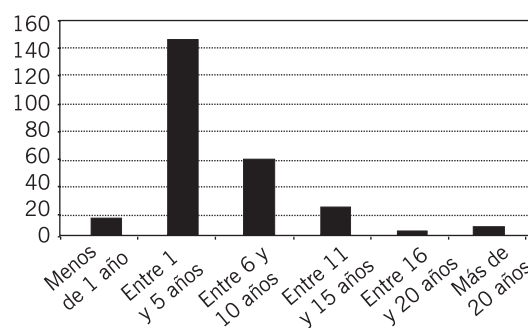
Tabla 1.  
Distribución de los casos según grupos de edad y género al ingreso

Grupos de edad	Varones (n=94)		Mujeres (n=143)		p
50-65	25	26,6%	19	13,28%	0,01
66-75	32	34,04%	35	24,48%	0,15
76-85	31	33%	64	44,76%	0,09
86-95	6	6,45%	24	16,78%	0,03
96-105	-		1	1,06 %	1

Tabla 2.  
Distribución de los casos según el estado civil y el género al ingreso

Estado civil	Varones (n=94)		Mujeres (n=143)		p
Soltero	47	(50%)	50	(34,9%)	0,003
Casado	24	(25,5%)	29	(20,2%)	0,4
Separado	8	(8,5%)	3	(2,10%)	0,02
Viudo	15	(15,9%)	61	(42,6%)	0,005

Figura 2.  
Distribución de los casos según años de estancia en una residencia geriátrica



rioro cognitivo, el deterioro funcional, diabetes mellitus, accidente vascular cerebral previo y enfermedad de Parkinson son factores independientemente asociados con una pérdida de la capacidad de vivir en la comunidad.

La combinación de deterioro cognitivo con pérdida funcional incrementa el riesgo de vivir en una residencia<sup>5</sup>. En un estudio realizado en Chile, los resultados aportados fueron que los parámetros de salud no fueron significativamente peores en un grupo de nonagenarios que vivían en la comunidad comparados con los institucionalizados, teniendo éstos una problemática principalmente social<sup>4</sup>.

Las causas que más motivos de ingresos han originado en nuestro muestreo también son las sociales, la mayoría de los casos, corresponde a personas mayores que ya no pueden vivir solas por limitaciones propias de la edad, que no les permite llevar a cabo alguna actividad. Una limitación muy habitual es para realizar la compra diaria, seleccionando cosas que pesan poco y cada vez en tiendas más cercanas a su vivienda; siendo ésta una de las razones de una alimentación inadecuada; problemática que podría aliviarse con una red rica en apoyo social a domicilio.

Respetar la libertad de las personas mayores de posponer su ingreso en una residencia geriátrica, mientras sus condiciones lo permitan, manteniendo y ampliando las actuales ayudas domiciliarias y disponiendo de unas pensiones acordes con el nivel de vida actual, son importantes retos para mejorar la situación actual. La adaptación del medio habitual a la persona es un objetivo a conseguir a medio plazo. En muchas ocasiones el salir de su casa es una odisea, incluso su hogar se ha vuelto contra ellos y está lleno de barreras. Sugerimos la conveniencia que desde la administración se tomaran medidas para la construcción y/o rehabilitación de viviendas destinadas a personas mayores, y/o familias con personas mayores. También podrían tener acceso familias que acojan mayores en adopción. Otra acción puede ser que para la adquisición de viviendas de protección oficial se puntúe que el solicitante sea persona mayor que quiere cambiar su domicilio habitual sin ascensor por otra vivienda que lo tenga. Esto mismo serviría para los pisos con opción a alquiler puesto que muchos mayores no disponen de capital para compra.

Actualmente en muchas comunidades hay una mayor demanda de ingreso en residencia geriátrica respecto a la oferta de plazas, hecho que obliga a plantearnos si todos los motivos de los ingresos eran los adecuados o se podrían haber solucionado con otras

ayudas sociales (ayuda a domicilio, telealarma, servicios sociales, etc.). Además será importante incorporar campos como la evaluación de la calidad de vida de la personas que viven en residencias, para conseguir el máximo de satisfacción<sup>14</sup>. Será también importante seguir aumentando la formación del personal que trabaja con ancianos. El cuidado de ancianos debe ser realizado por profesionales motivados y cualificados tanto respecto a sus competencias de actuación mediante formación como a sus actitudes de comunicación, amabilidad y tolerancia.

Al evaluar posibles limitaciones del estudio, quizás la más importante es no haber podido evaluar las causas del ingreso desde una perspectiva de síndromes geriátricos, como caídas de repetición, delirium, insomnio, etc.

En definitiva, el reto del envejecimiento debe obligar a una mejoría de la situación en la comunidad de los pacientes más ancianos y el que se disponga de una red de recursos socio-sanitarios y residencias adecuados a las necesidades.

## Agradecimientos

A los directores de las Residencia Geriátrica "Ciudad de Arnedo" de Arnedo, Residencia de personas mayores de San Adrián (Navarra), Residencia La Concepción de Calahorra y Residencia de personas mayores de Calahorra, por permitir el acceso a las instalaciones para la toma de datos y entrevista con los pacientes. Al personal médico, de enfermería y asistentes sociales de esas residencias por su desinteresada colaboración y tiempo dedicado.

Este trabajo se ha realizado como trabajo de fin de Máster en Gerontología Social Aplicada. Universidad de Barcelona Virtual, defendido el 26 Mayo de 2005.

## Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de Salud. Datos y Cifras 1995 (2ª ed). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
2. Leturia FJ. El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34:105-12.
3. Rockwood K, Stolee P, McDowell I. Factors associated with institutionalization of older people in Canada: testing a multifactorial definition of frailty. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:578-82.

4. Marín PP, Castro S, Galeb I, Valenzuela E. Estudio comparativo de nonagenarios que viven en sus propios hogares versus los institucionalizados. *Rev Méd Chile* 1997;125:539-43.
5. Coghlin TA, McBride TD, Liu K. Determinants of transitory and permanent nursing home admissions. *Med Care* 1990;28:616-31.
6. Jette AM, Branch LG, Sleeper LA, Feldman H, Sullivan LM. High-risk profiles for nursing home admission. *Gerontologist* 1992;32:634-40.
7. Miñana E, Parra E, Marquès E, González I, Ballber M, de Aysa MI, et al. Atención integral al residente nonagenario. *Rev Mult Gerontol* 14:221-2.
8. Formiga F, Lopez Soto A, Sacanella E, Jacob J, Masanés F, Vidal M. Valoración de la capacidad funcional después de un ingreso hospitalario en pacientes nonagenarios. *Med Clin (Barc)* 2000;115:695-6.
9. Formiga F, Lopez-Soto A, Sacanella E, Coscujuela A, Suso S, Pujol R. Mortality and morbidity in nonagenarian patients following hip fracture surgery. *Gerontology* 2003;49:41-5.
10. Cabre M, Serra-Prat M. Factores que determinan la derivación a centros sociosanitarios o residencias geriátricas de pacientes ancianos hospitalizados en unidades geriátricas de agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004;39:367-70.
11. Smith GE, O'Brien PC, Ivnik RJ, Kokmen E, Tangaloss EG. Prospective analysis of risk factors for nursing home placement of dementia patients. *Neurology* 2001;57:1467-73.
12. Ahmed A, Allman RM, DeLong JF. Predictors of nursing home admission for older adults hospitalized with heart failure. *Arch Gerontol Geriatr* 2003;2:117-26.
13. Kiel Dp, Eichorn A, Intrator O, Silliman RA, Mor V. The outcomes of patients newly admitted to nursing homes after hip fracture. *Am J Public Health* 1994; 84:1281-6.
14. Iglesias-Souto PM, Dosil A. Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2005;40:85-91.

### Fe de erratas

En el artículo "Seguimiento en la demencia" de los autores Joan Catena y María José Robles, publicado en la *Revista Multidisciplinar de gerontología* 2005;15(4):241-245, aparecieron de forma incorrecta los créditos de los autores. Los correctos son:

Joan Catena, Hospital Sant Andreu, FSSM, Unidad de Psicogeriatría.

María José Robles, Unidad de Convalecencia, Hospital de la Esperanza, Servicio de Geriatría, IMAS. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria, IAGS-IMAS.