

MESA 7: EMERGENCIAS SOCIALES

UNA INVESTIGACION SOBRE INDICADORES DE SALUD-ENFER
MEDAD DE LOS VIEJOS EN LA COMUNIDAD DE MAJADAHONDA

- - - - -

Por Rosa Busturia
Psicologo.Coordinadora del Servicio de Salud
Mental, del Centro Municipal de Salud de Maha-
dahonda.

UNA INVESTIGACION SOBRE INDICADORES DE SALUD-ENFERMEDAD DE LOS - VIEJOS EN LA COMUNIDAD DE MAJADAHONDA.-

Esta investigación de indicadores de Salud-Enfermedad a la que voy a referirme, no surgió por casualidad, sino que venía enmarcada dentro de un programa de Salud Comunitaria con vejez, -- que estuvimos desarrollando desde Septiembre de 1981, desde el Servicio de Salud Mental del Centro Municipal de Salud, del que formo parte. Aunque de dicho programa no voy a hablarles hoy, sin embargo sí conviene señalar que lo que veníamos trabajando eran las relaciones en conflicto que se presentaban en la comunidad con la -- vejez. Relaciones en las que fuimos interviniendo desde distintos ámbitos: el individual, el grupal, el institucional y el interinsti-tucional, y con distintas tareas: la asistencia psicoterapéutica - a los viejos, la promoción y prevención de Salud, la docencia y la investigación, y de esta última tarea voy a hablarles hoy.

El objetivo de la misma fue poder discriminar cuál era el quantum de S-E de los viejos que en nuestra comunidad habitan, y de qué indicadores dependía su variación, con el único propósito de poder llevar a la práctica los resultados encontrados, ya que - sabemos qué indicadores diferentes nos iban a llevar a distintas - estrategias en la práctica de intervención, y a distintas interven-ciones. Se llevó a cabo desde Septiembre de 1983 a Septiembre de - 1985, y coordinada por el Servicio de Salud Mental del C.M.S.

A modo de contexto, conviene decir que Majadahonda es una población de 30.000 habitantes, en la que residen un número de 1.200 viejos censados, según el censo de 1.981. Habitan una compo-- sición de clase diversa, que se agrupa urbanísticamente según este origen. Así nos encontramos con el casco antiguo del pueblo, en el que habita la clase obrera y clase media. y un sinfín de urbaniza- ciones en las que habita la media y alta burguesía. Los viejos que en la comunidad residen, están también así distribuidos.

METODOLOGIA

Cuando hablamos de metodología de investigación, nos referimos no sólo al método y las técnicas utilizadas para acceder al conocimiento de un objeto determinado, sino también a cómo se organiza el sujeto o los sujetos que tal conocimiento quieren conseguir. Con un fin didáctico separaré ambos aspectos en la exposición.

En nuestro caso no ha sido un solo sujeto quien investiga, ni tampoco un director con equipo auxiliar. Constituimos un equipo compuesto por todos los técnicos de todas las instituciones que en Majadahonda trabajan con la vejez. En total cuatro instituciones: Club de 3ª Edad, Parroquia, Aula Cultural de Adultos, Dpto de Asistencia Social y con un total de 12 técnicos con los siguientes roles profesionales: Psicólogo Social, Arquitecto, Farmacéutico, Asistente Social, Médicos, A.T.S., maestra.

Me voy a detener a explicar el proceso de constitución de este equipo, sin embargo sí reseñar que se realizaron otras tareas previas a la de investigar, como la de formación conjunta durante un año, que permitió una manera de pensar común, la vejez, - como paso previo para establecer una forma común de observar, recortar, objetivar, conceptualizar y analizar el objetivo a investigar. En este proceso también el coordinador de la investigación estaba implicado: me explico: cuando hablo de Equipo, y no de grupo que investiga, es justamente porque quien coordina una investigación y no otra tarea, tiene diferentes funciones y grados de implicación según las distintas subtareas que en cada momento se están desarrollando. Sin embargo cuando hablamos de grupo sabemos que la función de la coordinación es invariablemente una: la de interpretar en relación a la tarea.

En cuanto al objeto de estudio :

Nuestro objeto de estudio fue la población anciana de Majadahonda. Llamamos viejo a todo hombre o mujer mayor de 65 años, por ser la Ley de jubilación una ley social y objetivamente medi--

ble en el paso a la vejez. Así los límites del campo venían acotados por dos variables: ser hombre o mujer mayor de 65 años, y residir en la comunidad de Majadahonda y estar censado en ella.

En cuanto a los patrones-indicadores de estudio que este equipo ha conceptualizado.

Partiendo de la supuesta interdependencia de lo biológico, lo psicológico y lo social en el proceso de Salud-Enfermedad, son estos tres indicadores los que hemos intentado medir. Cuando -- digo supuesta me refiero a que es de sentido común que si a una -- persona le ocurre algo en su cuerpo repercute en su estado general. Ahora bien, lo que ya es un serio problema es averiguar cómo esta -- interdependencia se da en la práctica, para en ella poder intervenir.

Patrón-indicador biológico

Bajo este concepto hemos intentado medir todo lo referente al cuerpo físico, en cuanto a las enfermedades diagnosticadas se refiere y en cuanto a las disfunciones biológicas en lo histórico y en lo actual.

Patrón indicador biológico

Bajo este concepto hemos tratado de medir todo lo referente al funcionamiento de la mente del viejo a su aparato psíquico singular. Medimos lo individual específico de cada viejo en lo histórico y en lo actual.

Patrón-indicador social

Bajo este concepto tratamos de medir los instrumentos y las funciones que un viejo individualmente posee para relacionarse con otros en lo histórico y en lo actual. Entendemos el concepto relación como relación verbal u objetal en su más amplio sentido.

Hipótesis de estudio

1.- Si es cierto que la salud de los viejos de Majada honda viene dado por la interdependencia de lo bio-psíco-social o no, y en caso afirmativo averiguar qué patrón predomina sobre otro.

2.- Si la predominancia de un patrón sobre otro tiene relación con la clase social o no: los items con los que medimos la clase social son: nivel cultural, profesión, nivel de ingresos si estuvo o está afiliado a algún movimiento político y/o sindical.

3.- Si la salud de los viejos en urbanizaciones viene determinada por patrones distintos, con respecto a los viejos que viven en el casco antiguo del pueblo o no, y en caso afirmativo saber en que patrón están las diferencias.

Con respecto a los indicadores de riesgo

Nosotros hemos llamado indicador, índice de riesgo, a toda aquella situación o situaciones, bien referidas a lo biológico a lo psicológico, o a lo social, que de no transformarse adecuadamente pueden producir patología.

Ahora bien, sabemos que hay situaciones que no son posibles de transformación, intervengamos o no los técnicos, pero -- que no obstante necesitamos conocerlas: enfermedades crónicas, las causas de mortalidad y morbilidad, la ley de jubilación... Quiero decir que hemos tomado en cuenta indicadores de riesgo que apuntan a aspectos estáticos de la salud-enfermedad, donde las posibilidades de transformación son prácticamente nulas intervengamos o no los técnicos, y en todo caso al máximo que se puede aspirar es a -- que se evite la suma de otros indicadores de riesgo que los desestabilicen, y que suelen llevar a los viejos a la muerte.

Pero también hemos ido buscando otro tipo de indicadores que llamamos DINAMICOS, es decir que dinamizan el proceso de salud-enfermedad, en el sentido de que son posibles de modificación, intervengamos o no los técnicos; Es decir: se modifican por la pro-

pia ley de la vida, donde nada queda fijo. Esta modificación tendrá como resultante un estado más cercano a la salud o a la enfermedad dependiendo de a qué otras situaciones se sume.

Creemos que este otro tipo de indicadores dinámicos en contraposición a los estáticos, se configuran en situaciones cotidianas de la vida, en las que el viejo y cualquier persona se desenvuelve y que nos llevan a preguntarnos cómo el viejo vive y vivió - qué calidad de vida tiene y tuvo, cuál es su nivel de autocuidado y por tanto su nivel económico: En otras palabras, nos llevan a preguntarnos no solo por lo biológico del cuerpo que sabemos que a medida que avanza la edad singular y selectivamente se deteriora, sino por otros indicadores referidos a lo psicológico y a lo social, que son susceptibles de modificación independientemente de la intervención de los técnicos.

Así construimos una encuesta con un total de 97 preguntas. Esta está contemplada en dos ejes: uno vertical que apunta a lo actual de ese viejo, y otro horizontal que apunta a la historicidad de ese individuo. Al punto de confluencia de los dos ejes es al que van dirigidas las preguntas de la encuesta, pero deslindando cuanto de su respuesta es histórica, y cuanto es actual.

Cada pregunta apunta a medir un indicador, bien biológico, bien psicológico, o bien social; asimismo cada una lleva medida un valor de riesgo. Se dieron tres valores de riesgo: 0; damos este valor a aquella situación que por darse de esa manera y no de otra, no es de ningún riesgo. 1: o riesgo medio, damos este valor a aquella situación que por darse de esa manera, puede llegar a constituir una patología. 2: damos el valor de alto riesgo, a aquella situación que por darse de esa manera, significa ya una patología.

En cuanto a la muestra se dividió la población total de viejos en ocho categorías, según la edad, el sexo y el lugar de residencia. Posteriormente se eligió por sistema al azar, al 22% de -

cada categoría. La encuesta pudo ser realizada al 15% de la población.

Con respecto al análisis de los resultados

Se realizaron tres tipos de lecturas de los mismos:

- 1) Análisis cuantitativo.
- 2) Lectura histórica: Para averiguar qué aspectos de Salud-Enfermedad que le ocurren al viejo en la actualidad, venían dados ya con anterioridad, en el propio transcurrir de la vida, o bien se desencadenaban en la vejez.
- 3) Indicadores de riesgos.
Han sido numerosos los resultados de los datos. Estos fueron trabajados por ordenador, gestionados por la dirección del Centro Municipal de Salud.

Se confirmaron las hipótesis acerca de la multicausalidad en interdependencia de lo biológico, lo psicológico y lo social en el proceso de S-E, así como los indicadores de los que dependía su variación.

Se hallaron cuatro indicadores de riesgo en el proceso del envejecimiento:

- 1) El nivel de AUTOCUIDADO.
- 2) El AISLAMIENTO.
- 3) LA PASIVIDAD
- 4) LA ANSIEDAD FRENTE A LA VEJEZ

1.- EL AUTOCUIDADO

Llamamos nivel de autocuidado, al diferente grado de instrumentación frente a aquellas situaciones, bien biológicas, psicológicas y sociales, que exigirían por parte del viejo un compromiso activo, bien para mantener su supuesto estado de salud, o bien - para prevenir que su malestar o disfunción desencadene en un esta-

do de enfermedad; o bien para su estado de enfermedad actual pueda ser llevado con cautela para evitar procesos de descompensación -- que puedan desencadenar en la muerte, o en crisis irreversibles que también sabemos pueden ser retardadas. Cuando hablamos de compromiso activo nos referimos, por un lado, al nivel de conciencia que tienen los viejos con respecto a su supuesto estado de S-E, y por otro a las acciones individuales, que según el caso, este nivel de conciencia debería de traer consigo.

Este indicador se ha averiguado según las respuestas - medidas en riesgos de todas las preguntas de la encuesta que se refieren a él: Nivel de salud, visitas al médico, seguir o no el régimen de comidas indicado, si utilizan o no aparato para oír bien en caso de necesitarlo, si utiliza o no gafas en caso de necesitarlas, si se midió o no alguna vez la tensión arterial, si en caso de olvidos recurre a sistemas para acordarse mejor, la relación que mantiene con los familiares que no viven, nivel de ingresos, si dependen económicamente de él más personas... etc. Como observarán en este - indicadores así como en los siguientes que describiré, se incluyen items, tanto biológicos, como psicológicos y sociales.

2.- EL AISLAMIENTO

Llamamos nivel de aislamiento a la acumulación de situaciones o circunstancias del viejo, bien de orden biológico, psicológico y social, que aunque dadas, es decir más allá de la voluntad del viejo de que existan o no, sin embargo tiene que hacerlas frente, y puede hacerlo con respuestas más cercanas a la Salud o más cercanas a la Enfermedad; Tratamos pues de medir con este indicador, - todo aquello que le viene dado al viejo, y su actitud frente a esto, que podría llevarle a la desconexión total con el mundo externo. Este indicador lo hemos hallado según las respuestas a todas las preguntas de la encuesta que hablan de él: La utilización de aparatos en su domicilio o fuera de él, bombonas de oxígeno, bastones, etc... estado en el que se encuentran sus órganos de los sentidos, frecuen

cia o no de mareos y/o vértigos, dificultades en el control de la orina, pérdidas de memoria, nivel de estudios, motivo por el que - vive solo en caso de que así viva, rol familiar que cumple en el - caso de los que viven acompañados, cambios de domicilio en su vejez - etc, ...

3.- LA PASIVIDAD

Llamamos riesgo de pasividad a las actitudes o mecanismos del viejo, bien de orden biológico psicológico y social, que genera el viejo frente a las conexiones con el mundo externo y su interés por él. Las preguntas con las que hemos medido este indicador son aquéllas que nos hacen referencia a sus dificultades en el sistema locomotor, la movilidad física, su interés por el mundo externo, inversión del tiempo libre, actividad-pasividad en su rol familiar, organización de su vida cotidiana, actitud y nivel de -- compromiso en la realización de tareas de ocio... etc.

4.- ANSIEDAD FRENTE A LA VEJEZ

Llamamos indicador de riesgo de ansiedad frente a la vejez, al nivel de articulación interna de los afectos y ansiedades producidos por todos los cambios que el viejo tiene que incorporar en el proceso de envejecimiento. Estos cambios están referidos tanto a lo biológico, como a lo psicológico y a lo social. Así algunos de los items son: su aparato buco-dental, su sistema digestivo y desarreglos de tipo intestinal, problemas respiratorios que no constituyen enfermedad diagnosticada, labilidad afectiva, cambios en su carácter..., etc.

En cuanto a los resultados, el nivel de riesgo mayor - corresponde al indicador de riesgo de la pasividad, seguido en su magnitud por el nivel de autocuidado, el aislamiento y la ansiedad.

Asímismo estos indicadores de riesgo varían según la clase social, los ingresos y el nivel de estudios. Lo mismo ocurre con el sexo y el lugar de residencia. Por otra parte estos indicadores se presentan interdependientes; es decir, que a mayor nivel de riesgo en -- uno existe mayor nivel de riesgo en otro.

Una vez obtenidos estos resultados, se devolvió este material a los viejos que habían sido encuestados, formando grupos con ellos de 15 personas.

Por otra parte, estos indicadores nos hablan concretamente de qué es lo que hay que realizar para incidir en el proceso de S-E de nuestros viejos, cosa que estamos desarrollando en la actualidad.

A parte de estos resultados brevísimamente referidos con respecto a los viejos, y dado el contenido de esta mesa, sí - me gustaría reseñar a modo de conclusiones dos aspectos con respecto al problema del método.

1.- Una primera conclusión, haría referencia al problema de la distancia con el objeto para poder investigar.

Cuando hablamos de grupo operativo entre otras cosas, definimos cómo el rol del coordinador se establece en base a la - distancia necesaria con el grupo para que éste pueda llevar a término una tarea determinada.

No podemos hacer una transposición exacta de esto, -- cuando nos referimos a la distancia necesaria con el grupo del -- coordinador con respecto a la tarea de investigación.

El coordinador deberá mantener una distancia con el - grupo, efectivamente, pero dependiendo de la distancia que el proprio grupo tiene también o debería de implantar con el objeto que está investigando. Me explico: los integrantes de un equipo que - investiga, necesitan obligatoriamente instrumentar también una distancia con aquello que están investigando; no es sólo esto neces-

rio en la coordinación, pues tendrá distintos niveles de implicación con el resto de los integrantes según de lo que en cada momento se esté trabajando. Asimismo también los integrantes deberán materializar distintas formas de distancia según también la tarea -- que estén desarrollando. Por poner unos ejemplos: En los momentos de planificación de esta investigación, y del desarrollo de las hipótesis, la implicación del coordinador con esta subtask, en cuestión era máxima. Quiero decir, que el equipo producía éstas, las hipótesis, pero el coordinador también; así no sólo reflexionaba conjuntamente estos aspectos con los integrantes, sino que además tenía que intervenir directivamente cuando por ejemplo se planteaba como hipótesis algo que no lo era. También es cierto que la cohesión del Equipo, ya establecida anteriormente, le permitía al coordinador mirar desde otro lugar, es decir a todos en su conjunto, -- para, por ejemplo poder devolver como información al grupo en la siguiente reunión el material que habían producido. En otros momentos, por seguir con los ejemplos, en el que la tarea consistía en recortar y objetivizar los indicadores para poder conceptualizarlos, no sólo era necesaria la máxima distancia por parte de la coordinación, sino también por parte de los integrantes del Equipo. Por ello fue por lo que el Equipo se subdividió en tres subgrupos, según roles -- profesionales, para reflexionar cada uno o bien el indicador biológico, o bien el psicológico, o el social. Estos lo trabajaban fuera de los espacios grupales, y en el espacio grupal, cada subgrupo informaba de lo que había trabajado, siendo los otros integrantes y la coordinación quienes discutían si estaban bien planteados o no. La coordinación no estaba incluida en ningún subgrupo. La subdivisión en subgrupos, permitió que el resto de los integrantes tuvieran una distancia mayor aún con el objeto en cuestión ; no sólo se trataba de que la coordinación tuviera esa distancia, por que sino, ¿el equipo, cómo producía?.

El hecho de que el coordinador no estuviera en ningún subgrupo, permitió además que esta subdivisión no fuera vivida como desintegradora del Equipo.

Asímismo en el momento de realizar las encuestas a la población, las llevaron a cabo todos los integrantes, pero obviamente la coordinación no realizó ninguna, pues era necesario una distancia máxima, ya que todos los integrantes estaban en ese momento muy implicados.

En resumen quiero decir, que la función del coordinador de un equipo de investigación no es otra más que posibilitar que la distancia con el objeto no se pierda, pero no sólo que no la pierda él, sino que no la pierdan los integrantes que también investigan; porque si los integrantes pierden la distancia con el objeto, también el coordinador la pierde, ya que entonces su objeto sería el propio grupo, no un objeto externo a él. Es decir el Equipo pasaría de ser un fin, no un método

2.- La segunda conclusión iría en relación a la utilización del dato matemático., y más concretamente del aporte estadístico. Parece a primera vista que la objetivación del dato numérico estuviera reñido con el método dialéctico. Me inclino a pensar después de este estudio, que el dato numérico da cuenta de una parcela de la realidad, da cuenta de si algo es real o no, y en -- ese sentido discrimina. Ahora bien, la explicación integradora y unitaria de la realidad o de un fenómeno de ella, puede seguir -- siendo dialéctica en el viaje de ida y vuelta. Es decir; partimos -- de la dialéctica para plantearnos las hipótesis, los indicadores, del proceso del envejecimiento. Posteriormente volvimos a ella de nuevo con el análisis de las lecturas que hemos relatado. Y más -- aún el método dialéctico permanece si la estructura que llevó a -- cabo la producción es un Equipo. Comprobar esto también ha sido -- nuestro intento.