

IMPORTANCIA DEL PERIODO DE ADAPTACION AL MEDIO RESIDENCIAL

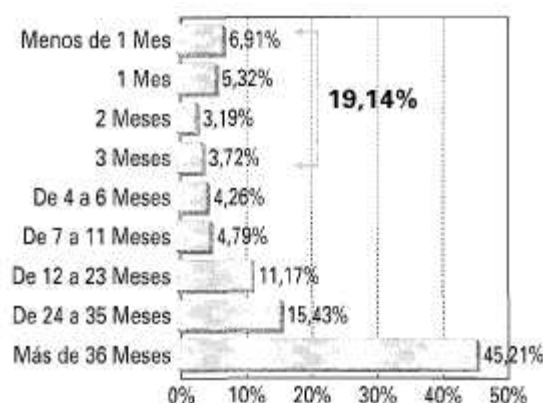
Durante el año 1994, un equipo de trabajo de la Residencia Arana fue elaborando un plan de atención individualizada. Este nuevo plan, que se está instaurando progresivamente, se creó con la idea de servir como instrumento de trabajo interdisciplinar, siendo su objetivo proporcionar una atención integral y personalizada en función de las necesidades del residente. El plan incidía especialmente en el período de adaptación.

1. EL PERIODO DE ADAPTACION

El ingreso en una institución como la nuestra supone un estrés importante para una persona cuyo estado psicológico está ya debilitado por la pérdida de capacidades funcionales, por la evolución de enfermedades crónicas y por la evidencia de que el mantenimiento en su domicilio es imposible. Existen múltiples estudios en la literatura gerontológica que han intentado evaluar las consecuencias de la institucionalización desde varias perspectivas diferentes. En nuestro caso y obviando los múltiples factores, fuertemente interrelacionados, que influyen negativamente en la persona recién institucionalizada, objeto de un estudio más profundo, nos hemos centrado en un hecho que hemos constatado como es la elevada mortalidad en los primeros meses de ingreso. Además, un importante porcentaje de personas fallece en el breve lapso de tiempo (2-3 semanas) que transcurre desde la notificación de su ingreso hasta la fecha en que debe realizarse el mismo.

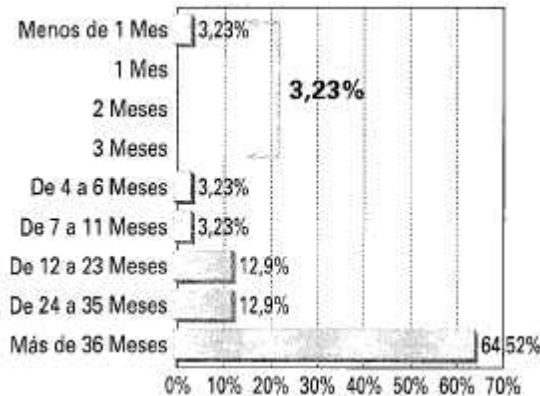
Llamamos período de adaptación a los primeros 3 meses tras la admisión en la institución durante los cuales el nuevo residente tiene un riesgo más elevado de presentar complicaciones importantes. Para corroborarlo nos basamos en un estudio sobre la mortalidad en nuestra residencia sobre un total de 219 personas fallecidas (188 en la Unidad Asistida y 31 en la Psicogeriátrica) desde enero de 1989 hasta septiembre de 1995. De este estudio destacamos los siguientes datos:

- Aproximadamente el 20% de las personas que ingresan en la unidad asistida fallece durante los 3 primeros meses, un 7% lo hace antes de cumplir 1 mes y cerca del 30% antes de un año (gráfico 1).



El tiempo medio de estancia en la unidad era de 3,41 años, siendo la edad media de los fallecidos 83,35 años.

- De la unidad Psicogeriátrica sólo teníamos datos desde 1993, año en que se creó esta unidad, pero llamaba la atención el bajo porcentaje de fallecidos a los 3 meses, el 3,0% y no llegaban al 10% los fallecidos antes de cumplir un año (gráfico 2)



El tiempo medio de estancia en esta unidad era de 4,42 años, es decir un año más de media que en la asistida, siendo la edad media de los fallecidos de 83,38 años.

Estos datos, contrastados con la literatura, muestran la importancia de este período de adaptación, especialmente entre la población de la unidad asistida, mucho más vulnerable, a nuestro parecer, por conservar en mayor o menor medida sus funciones intelectuales superiores. Consideramos que este período es crítico y que en él intervienen una serie de factores ligados al individuo y a la institución sobre los que el plan de atención individualizada debería incidir especialmente, para detectar precozmente situaciones de riesgo.

2. DESCRIPCION DEL PLAN DE ACTUACION

2.1. Notificación del ingreso

El trabajo del equipo de atención comienza desde la notificación de un nuevo ingreso. Esta es recibida por el Director de la Residencia transmitiéndola al Médico, Supervisora y Asistente Social quienes fijan la planta en que se ubicará el nuevo residente y las personas que realizarán la visita preingreso.

2.2. Visita preingreso

Unos días antes del ingreso, se realiza esta visita (bien en el domicilio, bien en la propia residencia) a la que acuden la Asis-

tente Social y una ATS. Si bien no siempre es posible nuestra filosofía es que la visita se realice en el propio centro para que el futuro residente pueda conocer «in situ» la que será su casa, dado que un importante número de personas (Algunos trabajos hablan hasta de un 79%) no son convenientemente informadas de su ingreso definitivo en el Centro.

El objetivo de esta primera toma de contacto es doble: recoger y transmitir información. Para ello se cumplimenta un protocolo elaborado a tal efecto y se entregan los estatutos de la Residencia y el Reglamento de Régimen Interior.

2.3. Víspera del ingreso

Un día antes del ingreso se reúne el equipo de atención (Auxiliares, personal de enfermería, Asistente Social, Supervisora, Psicólogo, Médico y Psiquiatra), para comentar toda la información que se dispone respecto al nuevo ingreso: Historia social, historia médica, factor de riesgo (tabla 1), y hacer una primera valoración y el geronte provisional. Así mismo se concreta la plaza en el comedor y se designan sus referentes (ATS y Auxiliar).

2.4. Día del ingreso

El nuevo residente es recibido por la Asistente social y la ATS que estuvieron en la visita pre-ingreso, quienes se encargar de presentarle al auxiliar de apoyo. Este auxiliar proporcionará las ayudas necesarias a la persona en sus primeras horas en la Residencia.

2.5. Primera semana

Durante ella se realiza una valoración global (Física, Psíquica, Sensorial, Funcional y social) del nuevo residente por los diferentes profesionales del centro para detectar y tratar las situaciones de riesgo y elaborar junto con el resto del equipo un plan de actuación y seguimiento en la correspondiente reunión semanal de planta.

2.6. Fase de Adaptación (tres primeros meses)

Mes y medio después del ingreso se efectúa una 2ª valoración por el equipo de planta, para evaluar la consecución de los objetivos que se habían fijado previamente.

te y la adaptación al medio del nuevo residente.

Superado este período el residente entrará en lo que denominamos fase de larga estancia.

Tabla 1. Factores de riesgo ante ingreso en residencia

1. Admisión no voluntaria	12
2. Preparación inadecuada	10
3. Transt. personalidad o adaptación ante crisis anteriores .	8
4. Crisis familiar.....	6
5. Handicap importante	5
6. Nivel económico alto	5
7. Enfermedad física o mental importante	4
8. Medio de vida anterior estable	3
9. Elevada edad (4ª edad).....	3
10. Casado (cónyuge no ingresa)	3
11. Sexo masculino	1
TOTAL	60

Iñaki Artaza Artabe

Bibliografía

DUSSALULT, G. 1990. Impact de la pratique interdisciplinaire sur le Gestion. Actes Du *IV Congrès International Francophone de Gerontologie*.

DUSSALULT, G. 1990. Formation continué des membres des équipes de travail interdisciplinaire. Actes du *IV Congrès International Francophone de Gerontologie*.

FOURNIER, P. 1990. Le role du référent á l'entrée en institution *Gerontologie et Société* n° 53, 68-73.

HERBERT, R. 1990. Réunions d'équipe multidisciplinaire en Soins de longue durée. Actes du *IV Congrès International Francophone de Gerontologie*.

MATHIEU, A.M. 1990. Consentement et «Placement» des personnes âgées, resultats d'une enquête. *Gerontologie et Société* n° 53, 24-29.

MIZRASTI, 1979. Les P.A. vivant en institution, *Gerontologie et Société* n° 11, 6-27.

MONTAMBAULT, J., BERGMAN H. 1987. Hébergement en : Précis Pratique de Geriatrie (Arcand - Herbert) *Maloine* 547-558.

SALOM, M. 1990. Consequences medicales du «placement» non consenti. *Gerontologie et Société* n° 53, 30-37.