

DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE INTERNOS EN ESTABLECIMIENTOS GERIÁTRICOS: DESARROLLO DE UNA METODOLOGÍA DE VALORACIÓN DE LOS PACIENTES^{1,2}

Morton M. Warner³

Muchas personas ancianas de países en desarrollo o desarrollados viven en instituciones sin que a menudo ello tenga nada que ver con su capacidad funcional. La desinstitucionalización de los internos de residencias geriátricas y la planificación de nuevas formas de atención hoy son objeto de atención creciente, aunque existen dificultades metodológicas y es difícil determinar qué integrantes de la población de ancianos institucionalizados podrían acomodarse a otras formas de atención que requieren cierta capacidad social, psicológica y física. El método que aquí se presenta, desarrollado en Barbados, sirve para evaluar la idoneidad de los ancianos institucionalizados en residencias para otra modalidad de atención. Los resultados pueden ser la base de una futura planificación.

Hasta fechas muy recientes, en muchos países industrializados el envejecimiento implicaba la jubilación forzosa, la pérdida de las funciones físicas y de la capacidad mental y, a menudo, el aislamiento del individuo de sus actividades sociales habituales. Se consideraba que las personas ancianas sufrían una enfermedad irreversible y se les trataba como niños enfermos, haciendo de "la vejez" todo un diagnóstico.

El Reino Unido es un buen ejemplo. En un editorial de 1981 el *British Medical Journal* comentaba el esperado Libro Blanco (1) sobre los futuros patrones de atención a los ancianos en estos términos: "Desde el siglo XIV hasta la formación del Sistema Nacional de Salud (SNS) los ancianos pobres necesitados de atención han sido ingresados en asilos o residencias de beneficencia" (2). Después de la formación del SNS en 1948, no es sorprendente que una sociedad con 400 años de historia de reclusión de los ancianos en asilos comenzara a llenar de ancianos enfermos las salas vacías de los antiguos hospitales para enfermedades infecciosas y los sanatorios antituberculosos.

En muchos países la situación ha mejorado. En la actualidad, en el mejor de los casos la medicina geriátrica proporciona conocimientos especiales que minimizan la de-

¹ Se publica en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 25, No. 4, 1991, con el título "Decanting geriatric institutions: development of a patient assessment methodology".

² En psiquiatría y en geriatría se habla de *institucionalismo* para referirse a los trastornos generados por el hecho de estar ingresado por largos períodos en una institución. La *desinstitucionalización* es la transferencia de los pacientes psiquiátricos o los ancianos a sus propios domicilios o a otro tipo de residencias, complementada con una atención que supla sus deficiencias funcionales sin menoscabar su autonomía y su dignidad personal (*N. de la Red.*).

³ Servicio Nacional de Salud, Gales; anteriormente, coordinador de proyecto y consultor de corto plazo de la OPS sobre estudios de psiquiatría y geriatría en Barbados. Dirección postal: Welsh Health Planning Forum; Portland House, 22; Newport Road, Cardiff CF2 1DB; Reino Unido.

pendencia crónica de los ancianos y favorecen su rehabilitación. Sin embargo, como ha puntualizado la escritora Simone de Beauvoir (3), la pobreza de los ancianos los rebaja ante la sociedad. Acheson va aun más lejos cuando dice que el término “geriatría” le hace pensar en que “de alguna forma nuestra actitud frente a los ancianos no difiere de la de nuestros bisabuelos hacia los pobres de los asilos” (4).

En su plan de acción para el año 2000 la OPS ha señalado los pasos que han de darse para mejorar la atención de los ancianos: valorar la situación en los países y adoptar políticas para la prestación de atención sanitaria a la población de edad avanzada; desarrollar la atención integral a los ancianos en el marco de los servicios generales de salud; promover y desarrollar programas de acción comunitaria; y desarrollar recursos humanos (5).

De forma más específica, la OMS ha enunciado los objetivos de los *servicios* de atención a los ancianos, que serían los siguientes:

- evitar la pérdida innecesaria de capacidad funcional;
- mantener la calidad de vida;
- mantener a los ancianos en sus hogares si así lo desean;
- proporcionar apoyo a las familias de los ancianos;
- proporcionar una atención de buena calidad a largo plazo;
- ayudar a los ancianos a tener tanto una buena muerte como una buena vida, mediante una atención terminal sensible y adecuada (6).

Resulta evidente que es necesaria la continuidad en los sistemas de atención para valorar las necesidades de los ancianos y el progreso en la consecución de estos objetivos.

En muchos países, sobre todo los de desarrollo medio con una gran población de ancianos asilados, la cuestión es dónde comenzar. Las recomendaciones internacionales sobre los servicios para ancianos implican que debe haber distintos tipos de atención y que los ancianos deben recibirla en el

momento que resulte más adecuado a sus necesidades. Este enfoque es correcto, pero no ayuda en absoluto a los procesos de planificación nacional que han de dirigirse tanto hacia la provisión inmediata de atención como a hacer propuestas de cambio bien fundamentadas.

Muchos ancianos institucionalizados, igual que los pacientes psiquiátricos en los países de mediano desarrollo, han sufrido una hospitalización larga y debilitante. Por lo tanto, su capacidad para llevar a cabo las actividades normales de la vida diaria es dudosa. Si dejan de estar hospitalizados, requerirán formas alternativas de atención comunitaria o residencial supervisada.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Al valorar ancianos internados con vistas a transferirlos a otras formas de atención, es especialmente importante considerar su capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana (AVC). Además, como tales opciones —ya sean residencias asistenciales o domicilios de sus parientes— pueden excluir una supervisión estrecha o no ser adecuadas a conductas aberrantes, también es importante valorar la calidad de su conducta social y mental.

Gran parte de los estudios publicados recientemente están enfocados al desarrollo de “índices de discapacidad” para su uso en las investigaciones sobre enfermedades crónicas y rehabilitación (7–14). En general, consisten en inventarios de capacidad para las AVC. En los últimos años, estos índices han suscitado ciertos debates teóricos y metodológicos, referidos fundamentalmente al proceso de combinación de los aspectos que los componen (15–17).

El trabajo aquí presentado no estuvo dirigido a comprobar la validez de procedimientos específicos, sino a construir un método para determinar la incidencia de discapacidad física, social o mental en una población dada, con fines de planificación. Se trataba de conseguir información sobre la demanda actual de los distintos tipos de atención. Debe subrayarse que este método ha sido desarrollado solo para grupos, con fines de planificación, y que cualquier decisión individual basada en el mismo exigiría una revisión clínica detallada.

Las cuestiones fundamentales son las siguientes:

- a) ¿Cuáles son los niveles funcionales de la población actualmente institucionalizada?
- b) De acuerdo con su capacidad funcional, ¿pueden ser asignadas estas personas a otros servicios de atención más adecuados? ¿Deben permanecer en un hospital de crónicos? ¿Podrían volver a su domicilio si hubiera servicios de apoyo?

FICHA DE VALORACIÓN DEL PACIENTE

Muchos países en los que existe una importante población geriátrica institucionalizada tienen que tomar decisiones de planificación sobre el futuro de estos grupos de pacientes basándose en escasa información. Al comenzar el trabajo aquí descrito, Barbados no era una excepción. Para enfrentar esa situación, tras amplias discusiones a nivel hospitalario se adoptó un enfoque basado en dos presunciones: 1) que los criterios de elegibilidad para el traspaso a otras formas de atención podrían establecerse en términos de comportamiento; y 2) que la capacidad de un paciente para realizar las AVC, junto con su conducta social, podría constituir un indicador útil de las necesidades de planificación de otros tipos específicos de atención.

En este contexto, el equipo encargado de la tarea definió cuatro tipos hipotéticos de atención que podrían ser apro-

piados para Barbados (como es lógico, otros países podrían desarrollar una lista distinta). Estos tipos fueron los siguientes: 1) atención crónica; 2) atención en residencia de ancianos; 3) atención en residencia asistencial; y 4) atención en el domicilio propio o de familiares.

En el anexo 1 se muestra el formulario de evaluación desarrollado por el equipo del estudio. Este formulario se utilizó también en un estudio paralelo efectuado en un hospital psiquiátrico (18).

Se celebró una sesión de formación teórica y práctica de medio día de duración con las enfermeras de los cinco hospitales que habrían de hacer las valoraciones de los pacientes (a posteriori cabe decir que quizá la segunda parte de esta sesión debía haber sido más larga). También se elaboraron instrucciones escritas —anexo 2—, que se entregaron a las enfermeras evaluadoras como ayuda para rellenar los impresos.

Tras esta preparación, en un período de dos semanas las enfermeras rellenaron los impresos correspondientes a 780 pacientes del principal hospital geriátrico de Barbados y cinco hospitales de distrito que solo contaban con pacientes geriátricos.⁴ Se necesitaron tres semanas adicionales para completar los impresos en los que se habían observado omisiones.

ALGORITMOS DE DECISIÓN

El equipo de estudio estableció las combinaciones de criterios de comportamiento que debían cumplir los pacientes a fin de ser elegibles para cada una de las cuatro

⁴ Esto incluyó la mayor parte de los ancianos de Barbados que en ese momento recibían atención institucional/hospitalaria. Otras 230 personas ocupaban residencias asistenciales privadas. En total, 88% de las personas evaluadas tenían más de 65 años. Los demás eran casi todos pacientes de cincuenta y muchos o sesenta y pocos años, que habían tenido accidentes cerebrovasculares

formas de atención. Esto se hizo indicando puntuaciones de calificación para los apartados del formulario de evaluación del paciente (véase el anexo 1). La complejidad de estas combinaciones de conductas y el gran número de pacientes que había que evaluar hicieron recurrir a un microordenador IBM PC XT con un programa dBase III para manejar la base de datos, empleando los siguientes algoritmos:

A) Instrucciones generales

a) No tener en cuenta los apartados relativos a visión y audición (a posteriori se decidió que la visión y la audición tenían poca importancia).

b) De igual manera, no tener en cuenta los cinco apartados "inmediatamente siguientes al encabezamiento de la sección D, desde donde dice "usa bastón". Se pensó posteriormente que estos aspectos no eran importantes.

c) Escala de puntuación: desde "sin deterioro" hasta "máximo deterioro", 1 a 5, respectivamente.

B) Elegibilidad para atención institucional

Examinar todos los datos e incluir en este grupo a los pacientes cuya puntuación sea:

a) 5 en cualquier punto de la sección D (con las excepciones citadas en el siguiente apartado).

b) 5 en la sección D (III)-(VI): incluirlos solamente si también tienen la calificación "intolerable" en cualquier apartado de la sección F.

c) Apartar todos los elegibles para la atención institucionalizada, separándolos del grupo total.

C) Elegibilidad para residencia de ancianos o el domicilio propio o de familiares

Examinar los datos del resto de los pacientes e incluir en este grupo a los que reciban puntos en todas las secciones, según la siguiente combinación:

a) Sección C (III) Comprensión: 1 ó 2;

b) Sección D (I) Deambulación: de 1 a 4;

Sección D (II) Traslado: 1;

Sección D (III) Baño: 1;

Sección D (IV) Vestido: 1 ó 2;

Sección D (V) Arreglo personal:

de 1 a 3;

Sección D (VI) Alimentación:

de 1 a 3;

Sección D (VII) Continencia urinaria: 1;

Sección D (VIII) Continencia fecal: 1.

c) A los que respondan en J (II) "mucho" o "sí", en J (III) "su propia casa" o "domicilio familiar", y en J (IV) "sí", incluirlos en el grupo elegible para residencia en hogar propio o con familiares.

d) Otros que respondan en J (II) "mucho" o "sí" con cualquier respuesta en J (III) y "no" en J (IV), incluirlos en los elegibles para residencia de tercera edad.

D) Elegibilidad para residencias asistidas

Todas las personas restantes son elegibles para este grupo.

Dado el tipo de algoritmo, ningún paciente puede quedar desclasificado.

El último apartado de la ficha de valoración del paciente (la recomendación del asesor) fue incluido para evaluar, aunque fuese *grasso modo*, la congruencia del resultado del algoritmo con la decisión individual "clínica". Al rellenar este apartado, hubo problemas debidos a la falta de claridad de las instrucciones. Los asesores trataron de adivinar la puntuación o dejaron los espacios correspondientes en blanco, porque se sintie-

ron incapaces de completarlos correctamente. En las respuestas obtenidas (63% del total), la correlación (r) fue 0,78.

Ha habido muchas preguntas sobre por qué no se registraron los diagnósticos. El equipo de estudio evitó específicamente mencionarlos por diversos motivos. En primer lugar, se pensó que su inclusión podría influir al completar la ficha de valoración, reforzando los estereotipos de comportamiento previsible. Por otra parte, en los pacientes que habían estado hospitalizados, muchos durante periodos prolongados, el comportamiento actual pareció más importante para estimar la atención futura que iban a necesitar. Por último, al no citar el diagnóstico a las enfermeras asesoras, no precisarían una formación muy compleja para ser capaces de rellenar los impresos.

RESULTADOS

El cuadro 1 muestra los resultados obtenidos al procesar los datos de las fichas de valoración de la forma descrita. En el grupo que requiere atención crónica en cama hospitalaria resultaron clasificadas 494 personas. Teniendo en cuenta la población de Barbados (247 129 habitantes en 1980) esto supone unas necesidades de servicios de atención crónica de 20 camas por 1 000 habitantes de 65 o más años, una proporción considerablemente superior a la de 10 por 1 000 del Reino Unido. Ello se debe probablemente a la insuficiente puesta en servicio en años pasados de servicios geriátricos progresivos con énfasis tanto en la prevención como en la rehabilitación. De igual forma, las cifras indican unas necesidades de camas en residencias de ancianos y residencias asistenciales de 19,5 por 1 000 habitantes de 65 o más años, lo cual es similar a la norma británica de 18 a 25 por 1 000. Ello indica que muchos ancianos estuvieron en centros de atención crónica

CUADRO 1. Asignación, según el algoritmo, de los 780 pacientes estudiados a los distintos tipos de atención

Tipo de atención	Pacientes	
	No.	%
Atención crónica	494	63,2
Residencias asistenciales	87	11,2
Residencias para ancianos	165	21,2
Atención domiciliaria/familiar	34	4,4
Total	780	100

demasiado tiempo o fueron erróneamente dirigidos a este tipo de centros desde el principio.

CONCLUSIONES

El método aquí presentado parece satisfactorio, pero solo hasta cierto punto. Se refiere a la población existente y parte del supuesto de que, si no hay cambios en el sistema de prestación de atención geriátrica, las proporciones de pacientes que precisan determinados tipos de atención no variarán. Por lo tanto, debe ser considerado como un procedimiento de planificación a gran escala que proporciona indicaciones preliminares sobre la dimensión del problema que han de enfrentar los profesionales de la salud y los responsables políticos que deben asignar los recursos. No hay que verlo como un sistema de obtención de datos que sea válido una vez introducidos los cambios. Sin embargo, dada la facilidad y bajo costo de aplicación del método y su efecto beneficioso de sensibilización del personal de enfermería en cuanto a las capacidades de los pacientes, parece constituir un instrumento útil para la planificación de los servicios de atención geriátrica.

AGRADECIMIENTO

El equipo geriátrico que ha desarrollado la metodología de valoración de los pacientes descrita en este artículo estuvo formado por las siguientes personas: Harry Phi-

llips, especialista en atención médica geriátrica de los Estados Unidos; Muthu Thangaraj, registrador jefe, Barbados; Stephany Grasset e Isobel Hutchinson, enfermeras de Canadá y Barbados; Sybil Patterson y David Clarke, asistentes sociales de Guyana y Barbados; Mark Wheeler, analista financiero del Reino Unido; y Morton Warner y Cortez Nurse, planificadores sanitarios del Reino Unido y Barbados. José Dekovic ayudó en la revisión del informe manuscrito principal. En esta tarea también participó Halmond Dyer, Coordinador del Programa de la OPS para el Caribe, que proporcionó además apoyo y asesoramiento continuo al equipo de trabajo.

REFERENCIAS

1. Department of Health and Social Security, Welsh Office, Northern Ireland Office. *Growing older*. London: HMSO; 1981. (Cmnd 8173).
2. Caring for the aged [editorial] *Br Med J*. 1981; 282:1817.
3. De Beauvoir S. *Old age*. Harmondsworth, Inglaterra: Penguin; 1977.
4. Acheson ED. The impending crisis of old age: a challenge to ingenuity. *Lancet*. 1982;i:592.
5. Acuña HR. Add life to years. *Bull Pan Am Health Organ*. 1982;16(2):174-175.
6. Muir Gray JA. Successes and failures in care for the elderly. En: Pan American Health Organization. *Toward the well-being of the elderly*. Washington, DC: 1985; 55-56. (PAHO scientific publication 492).
7. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185:914-19.
8. Kahn RL, Pollack M, Goldfarb AI. Factors related to individual differences in mental status of institutionalized aged. In: Heck P, Zubin J, eds. *Psychopathology of aging*. New York: Grune and Stratton; 1961.
9. Edwards JN, Klemmack DL. Correlates of life satisfaction: a re-examination. *J Gerontol*. 1973;28: 497-502.
10. Wan TT, Weissert WG, Livieratos BB. Geriatric day care and homemaker services: an experimental study. *J Gerontol*. 1980;35:256-74.
11. Garrad J, Bennett AE. A validated interview schedule for use in population surveys of chronic disease and disability. *Br J Prev Soc Med*. 1971;12:97.
12. Dodd K, Clarke M, Palmer RL. Misplacement of the elderly in hospitals and residential homes: a survey and follow-up. *Health trends*. 1980;12:74-76.
13. McLauchlan S, Wilkin D. Levels of provision and dependency in residential homes for the elderly: implications for planning. *Health trends*. 1982;14: 63-65.
14. Booth T, Barritt S, Berry DN, et al. Levels of dependency in local authority homes for the elderly. *J Epidemiol Community Health*. 1982;36:53-57.
15. Williams RGA, Johnston M, Willis LA, et al. Disability: a model and measurement technique. *Br J Prev Soc Med*. 1976;30:71.
16. Wood PAN. Taxonomic consideration in the approach to classification of chronic diseases and its consequences. En: *Proceedings of the Society of Social Medicine Symposium, 16 September 1976*. 1976.
17. Bebbington AC. Scaling indices of disablement. *Br J Epidemiol Community Health*. 1977;31:122.
18. Warner MM. Exclaustración de pacientes en un hospital psiquiátrico. *Bol Of Sanit Panam*. 1989; 106:342-353.

ANEXO 1. Formulario de evaluación que fue aplicado a 780 pacientes del principal hospital geriátrico y hospitales de distrito en Barbados

Expediente No.

EVALUACIÓN DEL PACIENTE

A. Datos demográficos

1 Código del hospital 2 Edad 3 Sexo: Masc. Fem

4 Estado civil
 Soltero "Visitante"^a Unión consensual Casado Divorciado
 Separado Viudo

5 Año del primer ingreso 6 Año del ingreso actual 7. Número de ingresos anteriores

Persona que evalúa: _____
 Pabellón _____
 Paciente, Apellido: _____
 Nombre: _____

B. Datos médicos

(Indicar si padece alguno de estos trastornos)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Miembro amputado | <input type="checkbox"/> Diabetes leve | <input type="checkbox"/> Diabetes dependiente de la insulina |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia bajo control | <input type="checkbox"/> Epilepsia sin control | <input type="checkbox"/> Artritis discapacitante |
| <input type="checkbox"/> Úlceras crónicas de las piernas | <input type="checkbox"/> Padecimiento respiratorio crónico | <input type="checkbox"/> Neoplasia maligna avanzada |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión bajo control | <input type="checkbox"/> Hipertensión sin control | <input type="checkbox"/> Tendencias suicidas |
| <input type="checkbox"/> Parálisis del miembro superior izquierdo | <input type="checkbox"/> Parálisis del miembro superior derecho | |
| <input type="checkbox"/> Parálisis del miembro inferior izquierdo | <input type="checkbox"/> Parálisis del miembro inferior derecho | |

C. Comunicación Usa anteojos Usa audifono

- I) Vista Sin deterioro Suficiente para su seguridad Solo distingue luces y sombras
 Ciego, se basta a sí mismo en sitios conocidos Ciego, necesita ayuda
- II) Oído Sin deterioro Menoscabo leve Menoscabo moderado que no pone en peligro su seguridad Menoscabo grave que pone en peligro su seguridad Totalmente sordo
- III) Comprensión Sin deterioro Entiende frases sencillas Entiende solo algunas palabras No se sabe si entiende No responde

D. Actividades de la vida diaria Usa bastón Usa andadera Usa muletas Usa silla de ruedas Otra prótesis o aparato

- I) Deambulacion Independiente Independiente solo en el medio actual Necesita supervisión Necesita ayuda ocasional o mínima Necesita mucha ayuda o de manera constante
- II) Traslado Independiente Supervisión para: Ayuda intermitente Ayuda constante Completamente dependiente para todo movimiento
 Cama Cama Cama
 Silla Silla Silla
 Retrete Retrete Retrete
- III) Baño Independiente para bañarse o ducharse Independiente con apoyos mecánicos Necesita ayuda o supervisión mínima Necesita ayuda constante Se resiste

^a En los países del Caribe, el término *visiting union* designa la relación de hombre y mujer en la que aquel no vive en la misma casa con esta, sino que la visita, por lo general con cierta regularidad y aceptando parte de la responsabilidad de sostenimiento del hogar

ANEXO 1. (Continuación)

IV) Vestido	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Hay que supervisarle o escogerle la ropa	<input type="checkbox"/> Ayuda parcial periódica o diaria	<input type="checkbox"/> Hay que vestirlo	<input type="checkbox"/> Se resiste
V) Arreglo personal	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Hay que recordarle, estimularlo o dirigirlo	<input type="checkbox"/> Necesita ayuda para algunas cosas	<input type="checkbox"/> Completamente	<input type="checkbox"/> Se resiste
VI) Alimentación	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Independiente con medidas especiales para discapacitados	<input type="checkbox"/> Necesita ayuda ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Hay que darle de comer	<input type="checkbox"/> Se resiste
VII) Continencia urinaria	<input type="checkbox"/> Continencia total	<input type="checkbox"/> Hay que llevarlo al baño o recordarle regularmente	<input type="checkbox"/> Incontinencia debida a factores identificables	<input type="checkbox"/> Incontinencia menos de una vez al día	<input type="checkbox"/> Incontinencia más de una vez al día
VIII) Continencia fecal	<input type="checkbox"/> Continencia total	<input type="checkbox"/> Hay que llevarlo al baño o recordarle regularmente	<input type="checkbox"/> Incontinencia debida a factores identificables	<input type="checkbox"/> Incontinencia menos de una vez al día	<input type="checkbox"/> Incontinencia más de una vez al día
E. Salud mental					
Comprensión		Memoria		Orientación respecto de la realidad	
<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Deficiente
F. Comportamiento social					
	Sin problemas	Algunos problemas	Intolerable		
I) Agresiones físicas (personas y cosas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
II) Grita/Amenaza verbalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
III) Vestimenta inadecuada/Exhibicionismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
IV) Hiperactividad (maniaco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
V) Hipoactividad (Aislamiento social)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
VI) Manerismos o habla extraños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
G. Trabajo					
¿Trabaja el paciente?	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sin supervisión		Porque	<input type="checkbox"/> No puede	
	<input type="checkbox"/> Con poca supervisión			<input type="checkbox"/> No quiere	
	<input type="checkbox"/> Con supervisión total			<input type="checkbox"/> No hay trabajo	
H. Actividades sociales					
	Nunca	Ocasionalmente	Regularmente		
I) Recreativas/Deportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
II) Culturales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
III) Religiosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
I. Varios					
I) ¿Recibe visitas regularmente? (al menos una vez a la semana)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Familiares	<input type="checkbox"/> Amigos		
II) ¿Quiere salir del hospital?	<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No (pasar a I IV)		
III) ¿Adónde quiere ir?	<input type="checkbox"/> Su propia casa	<input type="checkbox"/> Domicilio familiar	<input type="checkbox"/> Sanatorio privado	<input type="checkbox"/> Asilo de ancianos	
IV) ¿Tiene el paciente una casa adonde ir?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Recomendación de la persona que realiza la evaluación (indique solamente una opción)					
El paciente debería					
<input type="checkbox"/> Volver a su casa					
<input type="checkbox"/> Volver a la casa familiar					
<input type="checkbox"/> Vivir en una residencia asistencial					
<input type="checkbox"/> Vivir en una residencia de ancianos					
<input type="checkbox"/> Estar en un hospital					

ANEXO 2. Instrucciones para las personas que realizan la evaluación

INSTRUCCIONES A LOS EVALUADORES

Número de expediente: Cada formulario tiene un código. No lo cambie.

Detalles de la persona que realiza la evaluación y del paciente: Escribir estos datos con exactitud para que se pueda hacer una verificación en caso de duda.

A. Características demográficas

Punto 1: Código del hospital

Indicar el código que corresponda:

- 02 Geriatric Hospital
- 03 St. Philip District Hospital
- 04 Christ Church District Hospital
- 05 Gordon Cummins Hospital
- 06 St. Lucy District Hospital

Punto 2: Edad

Los números deben estar alineados a la derecha
por ejemplo, si la edad es de 85 años:

0	8	5
---	---	---

Punto 4: Estado civil

Sea lo más exacto posible. Aunque los pacientes hospitalizados no hayan respondido al censo, tenga en cuenta las opciones que se presentan.

Punto 5: Año del primer ingreso

Punto 6: Año del ingreso actual

Punto 7: Número de ingresos anteriores

Estos datos se deben obtener de los registros hospitalarios, no del paciente.

B. Datos médicos

Obtener esta información de la enfermera a cargo del pabellón y comparar, en los casos en que sea necesario, con el registro.

C. Comunicación

D. Actividades de la vida diaria

E. Salud mental

F. Comportamiento social

Estos puntos serán los temas principales del curso de capacitación, pero.

Absténgase de asignar automáticamente la peor clasificación al comportamiento del paciente simplemente porque está hospitalizado.

G. Trabajo

Nótese la ramificación de las preguntas según se haya respondido "Sí" o "No" a la pregunta original. En cada caso se hacen otras preguntas vinculadas con dicha respuesta.

H. Actividades sociales

Las actividades "culturales" se pueden distinguir de las de "recreación" porque se refieren a una actividad artística, lectura, etc., a diferencia de bailar, jugar al bingo, etc.

"Religiosas" es un término muy amplio, pero aquí indica la participación del paciente en prácticas religiosas en cualquier sitio.

I. Varios

- I) Nótese que los visitantes deben acudir por lo menos una vez a la semana. Se puede responder "No", "Familiares" o "Amigos", o "Familiares y Amigos".
El personal del pabellón debe ayudar a responder esta pregunta.
- II y III) Cerciórese de que sea el paciente, *sin recibir influencia alguna*, quien responda a estas preguntas.
- IV) Para responder consulte con el personal del pabellón.

Recomendación de la persona que realiza la evaluación (Indique una opción solamente)

Esta recomendación se basa en la hipótesis de que existen varias opciones, aunque no las haya en Barbados por el momento. Consulte con el personal del pabellón antes de tomar una decisión definitiva.

SUMMARY

DECANTING GERIATRIC INSTITUTIONS: DEVELOPMENT OF A PATIENT ASSESSMENT METHODOLOGY

Many elderly people in both developing and developed countries are institutionalized—often irrespective of whether their ability to function requires it. Increased attention is now being given to prospects for decanting geriatric institutions and planning new forms of care. However, methodologic

difficulties exist, it being hard to determine how much of the institutionalized elderly population could be effectively accommodated by alternate forms of care requiring certain levels of social, physical, and mental capacity. The procedure described in this article, based on work performed in Barbados, seeks to assess the eligibility of an existing institutionalized geriatric population for alternate types of care, thereby laying the groundwork for future planning.

El aporte de las Américas al saber humano

"Pese a los cinco siglos transcurridos desde el arribo de los españoles a tierras americanas, aún no se ha evaluado el decisivo aporte de la farmacopea y de la medicina de estos pueblos al campo del saber humano. = A duras penas se comienza a evaluar su importancia y su utilidad, y todavía son pocos los laboratorios que casi por casualidad, o por vía distinta del estudio serio de la cultura americana autóctona, han experimentado, comprobado y comercializado medicamentos originados en recetas indígenas antiguas.

"El problema, sin embargo, es mucho más amplio. Todavía se habla de un 'descubrimiento' de América, con lo que, quizá inconscientemente, se expresa en la mentalidad de los conquistadores, lo que tenía importancia era la tierra y las riquezas materiales y no la población ni la cultura, pues es sabido que a los seres humanos no se les 'descubre', precisamente porque no son objetos materiales = Mientras exista esa mentalidad de 'descubridores', se seguirá exaltando la gloria de haber hallado tierras y riquezas para el imperio español, y no se podrá aspirar a una evaluación objetiva del aporte de los pueblos autóctonos de América Latina al desarrollo de la cultura universal.

"Aún se acepta sin discusión ninguna, inclusive por autores americanos, que América fue uno de los productos del Renacimiento y de la Revolución Industrial. No se toma en cuenta que, cuando Cristóforo Colombo [. . .] llegó a tierras americanas, Miguel Ángel apenas cumplía los siete años, y que Cromwell no asumiría el poder efectivo de Inglaterra hasta siglo y medio después de esa fecha = ¿No sería más razonable pensar que tanto el Renacimiento como la Revolución Industrial sólo fueron posibles gracias al aporte, si no de la cultura, cuando menos de la riqueza americana?"

Fuente: Guerra T. Nota del editor. En Cabezas Solera E. *La medicina en América: antecedentes*. San José Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social; 1990:15.