

El mapa del hogar para el estudio medioambiental de las personas mayores dependientes

L. de la Revilla^a, Q. de la Revilla Negro^b, E. Constan Rodríguez^c y M.Á. Prados Quel^d

^aPresidente de la Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia. Emérito del Servicio Andaluz de Salud.

^bEnfermera de Familia. Centro de Salud de la Cartuja (Granada). Profesora Asociada a la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Granada. España.

^cEnfermero de Familia. Centro de Salud de Almanjajar (Granada). Profesor Asociado a la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Granada. España.

^dMédico de Familia. Centro de Salud de la Cartuja (Granada). España.

OBJETIVO. Conocer la utilidad del mapa del hogar para descubrir factores de riesgo, barreras arquitectónicas y otras alteraciones medioambientales en el domicilio de las personas mayores dependientes.

DISEÑO. Estudio observacional transversal.

EMPLAZAMIENTO. Dos centros de salud urbanos en Granada. **PARTICIPANTES.** Ochenta y cinco pacientes incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria y Atención Familiar para Personas Mayores Dependientes.

MEDICIONES PRINCIPALES. En la visita domiciliaria al mayor dependiente, el médico de familia o el diplomado universitario de enfermería dibujó el plano del hogar, anotando en el mismo el número de personas que viven en él, la higiene, la iluminación y la calefacción, las barreras arquitectónicas que impiden la movilidad del paciente o realizar alguna actividad, los factores de riesgo que pueden facilitar las caídas o dar lugar a accidentes y la circulación del paciente dentro del hogar; incluyéndose también algunas medidas correctoras.

RESULTADOS. En lo referente a la edad, 66 (76%) de los mayores dependientes del estudio tenían más de 70 años, y de ellos, 30 (35%) eran mayores de 80 años. Aproximadamente en la mitad de los casos vivían en el hogar una o dos personas. La higiene de la vivienda era normal en 69 de los hogares. Sesenta y un pacientes usaban estufas eléctricas o de butano y 24 tenían calefacción central. La iluminación era deficiente en 19 hogares. Se comprobó que 72 viviendas (84,69%) tenían barreras arquitectónicas y había factores de riesgo en 28 (33%) de los hogares. Se consiguió corregir o eliminar 29 (27,36%) de las barreras y 28 (33%) de los factores de riesgo. Al estudiar la circulación del paciente por su domicilio se comprobó que la mayoría se movía por todas las habitaciones.

CONCLUSIÓN. El uso del mapa del hogar en personas mayores dependientes es un instrumento importante para el estudio medioambiental de estas personas y sus familias, especialmente en lo concerniente a las barreras arquitectónicas y a los factores de riesgo en el hogar.

Palabras clave: mayores dependientes, mapa del hogar, barreras arquitectónicas, factores de riesgo en el hogar.

OBJECTIVE. Know the utility of home mapping to discover risk factors, architectonic barriers and other environmental alterations in the home of elderly dependent persons.

DESIGN. Transactional observational study.

SETTING. Two urban health care sites in Granada (Spain).

PARTICIPANTS. 85 patients included in the home care and family care program in elderly dependent persons.

PRINCIPAL MEASUREMENTS. In the home visits for elderly dependent person, the family doctor or registered nurse drew the map of the home, recording the following: number of persons who live in the home, hygiene, lightening and heating of the home, architectonic barriers that prevent the mobilization of the patient or the performance of any activity, the risk factors that may facilitate falls or lead to accidents and circulation of the patient with the home, also including some corrective measures.

RESULTS. In regards to age, 66 (76%) of the elderly dependents of the study were over 70 years and 30 (35%) were over 80 years. In approximately half, one or two persons lived in the home. Hygiene of the dwelling was normal in 69 of the homes. Sixty-one patients used electric or gas bottle heaters and 27 had central heating. Lighting was deficient in 19 homes. It was verified that 72 homes (84.69%) had architectonic barriers and there were risk factors in 28 (33%) of the homes. The barriers could be corrected or eliminated in 29 (27.36%) and the risk factors in 28 (33%). When the circulation of the patient throughout the home was studied, it was found that most moved throughout all the rooms.

CONCLUSION. The use of home mapping in elderly dependent persons is an important tool for the environmental study of these persons and their families, especially regarding architectonic barriers and risk factors in the home.

Key words: elderly dependents, home mapping, architectonic barriers, risk factors in the home

Correspondencia:

L. de la Revilla.

Pedro Antonio de Alarcón, 30.

18002 Granada. España.

Correo electrónico: lrevilla@terra.es

Recibido el 26-11-07; aceptado para su publicación el 13-03-08.

INTRODUCCIÓN

Las personas no viven aisladas, ya que se encuentran inmersas en un ecosistema en el que apreciamos un ambiente social conformado por aquellas personas más significativas en la vida del individuo, esto es, por la familia, los amigos, los vecinos y los compañeros de trabajo y un ambiente físico constituido por el hogar y su entorno próximo.

El hogar es el espacio físico donde vive el grupo doméstico, gracias a él se pueden cumplir los intereses y objetivos comunes, al tiempo que permite cubrir las necesidades vitales. Como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, el hogar es el lugar donde la familia se conforma como unidad de producción y de consumo pero, además, es el espacio donde se llevan a cabo las demandas de salud, se producen las acciones de atención y se generan los cuidados. Por todo ello, podemos considerar el hogar como la *unidad productora de salud*, entendiendo como productos sanitarios los servicios importados o comprados, los servicios internos, el tiempo dedicado y otros artículos de consumo en relación con la salud y utilizando como producto los "días sanos".

Esta necesidad de ubicar a las personas dentro del espacio físico que es su hogar se hace más necesaria cuando tratamos de personas mayores, sobre todo si padecen enfermedades crónicas y están inmovilizadas, ya que pasan gran parte de su vida en el domicilio, e incluso limitan su estancia a una sola habitación.

Se comprende que, cuando nos acercamos a los problemas de salud de los ancianos, necesitamos contar con técnicas que permitan evaluar la situación medioambiental del espacio donde estas personas realizan todas sus actividades y donde se relacionan con sus familiares y amigos. Se trata, en definitiva, de acercarnos al mayor y a su familia conociendo cómo es el hogar y cómo se vive y se estructura la convivencia en el mismo.

La evaluación medioambiental de los mayores se centra en una técnica denominada mapa del hogar o familiar², que a través de un dibujo permite estudiar las características estructurales de la vivienda, su situación higiénico-sanitaria, las barreras arquitectónicas, los factores de riesgo, la ocupación de espacios y la circulación del enfermo.

Revisada la bibliografía no se encuentran artículos sobre el uso del mapa del hogar o mapa familiar en salud.

En este trabajo, se exponen los resultados del estudio medioambiental, usando la técnica del mapa del hogar en pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria y atención familiar en personas mayores dependientes³.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se ha realizado en los polígonos de Cartuja y Almanjarray de Granada situados en una zona de crecimiento de la ciudad, con una población de clase media y baja, encontrándose dentro del barrio algunas zonas necesitadas de transformación social.

La investigación se realizó con los 85 pacientes que estaban incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria y Atención Familiar en Personas Mayores Dependientes y

que procedían de dos consultas del Centro de Salud de Cartuja y de una del Centro de Salud de Almanjarray y que fueron atendidos durante el año 2006.

Se entiende por personas mayores dependientes aquellas que tienen más de 65 años y que debido a la pérdida de autonomía física, psicológica o intelectual necesitan algún tipo de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Para realizar el mapa del hogar se siguió este método: en la visita domiciliaria al mayor dependiente, el médico de familia o el diplomado universitario de enfermería explicó al paciente y a la cuidadora principal la necesidad de conocer las características medioambientales del hogar, y les pidió permiso para visitar toda la vivienda, recabando información para conocer datos sobre el estado de ésta, el número de personas que viven el hogar y la circulación por el domicilio del paciente identificado. Una vez conocidos estos datos y visitadas las distintas dependencias, se dibujará el mapa del hogar en el propio domicilio del paciente. Por último, usando el plano de la vivienda como instrumento de trabajo, se preguntó sobre los siguientes aspectos:

- Cómo utilizan la vivienda, quién ocupa cada habitación, dónde se encuentra habitual o permanentemente el paciente identificado, dónde come, cuál es el lugar de reunión de la familia y en qué lugar ve la televisión.

- Recabamos información acerca de la circulación, dentro del hogar, del paciente identificado y de la cuidadora principal.

- Preguntamos también si están satisfechos con la habitación que ocupan, si tienen suficiente independencia y suficiente intimidad.

- Es también oportuno preguntar sobre qué tipo de cambios deberían hacerse en la casa para vivir mejor o para estar más cómodo.

En todos los casos, al construir el mapa del hogar se anotarán en el plano los siguientes datos:

Número de personas que viven en el hogar

Una vez dibujados los dormitorios, se establecerá el número de personas que los ocupan y su grado de parentesco. También se preguntará si otras estancias de la casa son usadas como dormitorios.

Higiene del hogar

Se entiende como el grado de limpieza del hogar. Se investigará de manera especial en la habitación que ocupa habitualmente el anciano inmovilizado. Calificaremos la higiene del hogar en cuatro grados: normal (N), deficiente (D), mala (M) y de riesgo (R), en el caso de que uno de los miembros de la familia sufriera del síndrome de Diógenes (figs. 1 y 2).

Iluminación

Estudiar la iluminación de las habitaciones, tanto natural como artificial. Se calificará como normal (N) o deficiente (D) (figs. 1 y 2).

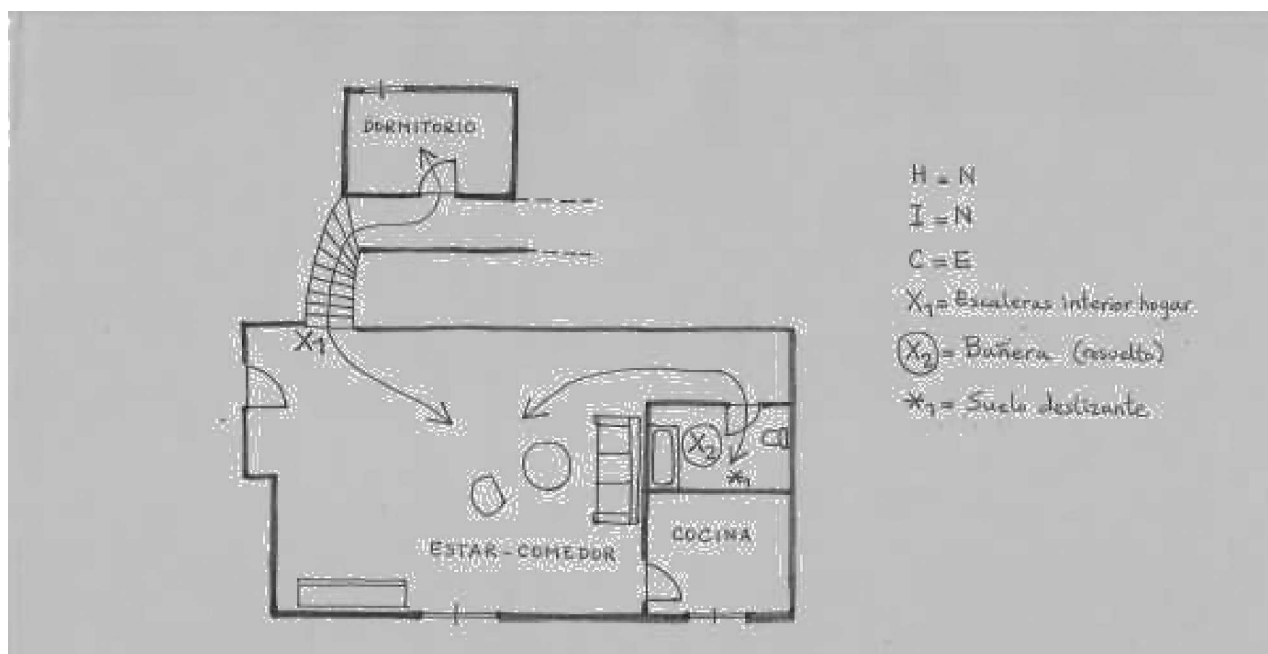


Figura 1. Mapa del hogar de P. M. C. de 71 años. Diagnóstico: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), corazón pulmonar cónico, coxartrosis izquierda y sordera. Higiene del hogar normal ($H = N$), iluminación normal ($I = N$), calefacción eléctrica ($C = E$). X_1 : escalera interior en el hogar. (X_2) bañera (barrera resuelta). $*_1$ suelo deslizante. El paciente circula desde el estar-comedor al cuarto de baño y al dormitorio (que se encuentra en otra planta).

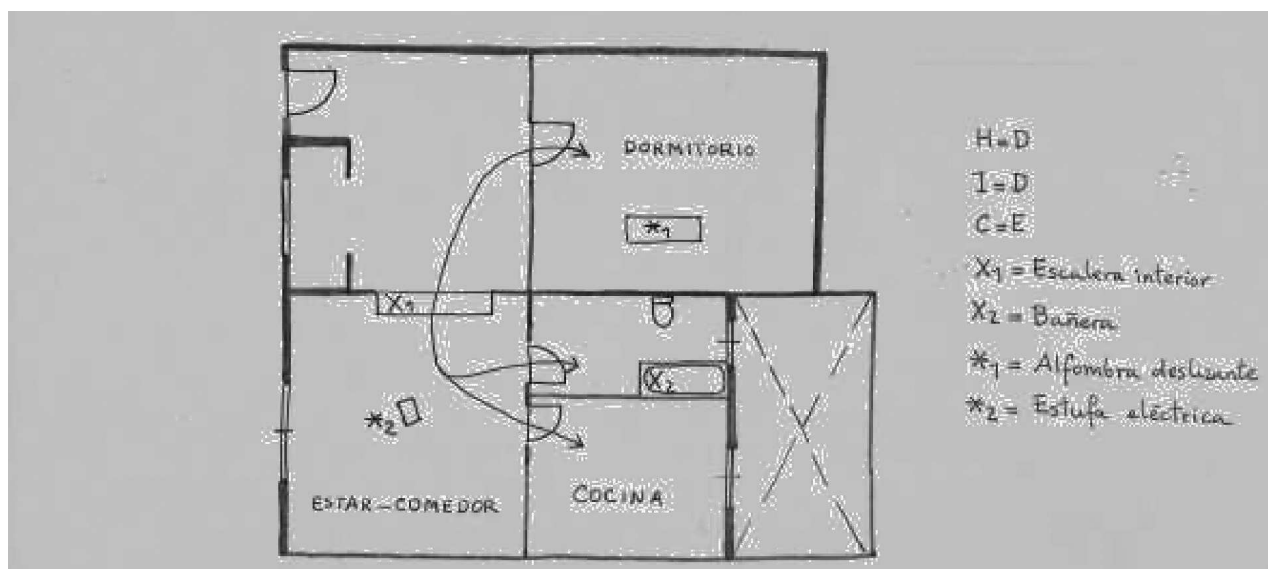


Figura 2. Mapa del hogar de M. A. G. T. de 78 años. Diagnóstico: enfermedad de Parkinson, gonartrosis bilateral, fibrilación auricular. Higiene deficiente ($H = D$), iluminación deficiente ($I = D$), calefacción: estufa eléctrica ($C = E$). X_1 escalón interior. X_2 bañera. $*_1$ alfombra deslizante. $*_2$ estufa eléctrica. El paciente circula por el dormitorio, cuarto de estar-comedor, cuarto de baño y cocina.

Calefacción

Se investigará la existencia o no de aparatos de calefacción y sus características. Se señalará si es una estufa eléctrica (E), de butano (B) o calefacción central (C).

Barreras arquitectónicas del hogar

Se identificarán las barreras que impiden la movilidad del paciente en el hogar o que le dificultan la realización de al-

guna actividad, por ejemplo, bañarse. También se investigará si el domicilio del anciano tiene ascensor y, en caso afirmativo, si tiene las dimensiones suficientes para permitir el uso de una silla de ruedas si fuera necesario. En el mapa del hogar se colocará una X en el lugar donde se encuentra la barrera, con un número para identificarla. En uno de los bordes de la hoja donde se dibujó el mapa se describirán la/s barrera/s arquitectónica/s. Cuando se co-

rrigen las barreras arquitectónicas se coloca un círculo en torno a la X (figs. 1 y 2).

Factores del riesgo del hogar

Cuando dibujamos el mapa del hogar debemos investigar los elementos fijos o móviles que pueden facilitar las caídas o dar lugar a accidentes, el riesgo de quemaduras en relación con los aparatos de calefacción, la mala iluminación, las puertas con cerrojos que impiden la entrada y la salida del paciente, los elementos peligrosos como los pequeños electrodomésticos, los encendedores, los cuchillos, etc. especialmente en pacientes con trastornos cognitivos. Con estos datos se construirá el mapa de riesgo del hogar. En el mapa se colocará, en el lugar donde se encuentra el factor de riesgo, un asterisco (*) con un número para identificarlo. En uno de los bordes de la hoja donde se dibujó el mapa se describirá/n el/los factor/es de riesgo en el hogar. En los casos en los que se hubiera eliminado el factor de riesgo se colocará un círculo en torno al asterisco (figs. 1 y 2).

Circulación del paciente dentro del hogar

En el mapa familiar señalaremos por dónde circula habitualmente el paciente, esto es, a dónde va desde el dormitorio, como por ejemplo: al cuarto de baño, a la cocina, al cuarto de estar, etc. Con esta medida se intenta tener noticia de los circuitos de tránsito habituales del paciente, para centrar en ellos el análisis del mapa de riesgo. Con una doble flecha se indicarán las habitaciones del hogar por las que circula el paciente (figs. 1 y 2).

RESULTADOS

Edad

El lo referente a la edad, 66 (76%) de los mayores dependientes del estudio tenían más de 70 años, y de ellos 30 (35%) eran mayores de 80 años. En cuanto al género, 46 eran mujeres y 29 varones.

Número de personas que viven en el hogar

Aproximadamente en la mitad de los casos viven en el hogar una o dos personas. En el 22,34% conviven en el hogar tres personas y lo utilizan cuatro o más en el 21% de los domicilios estudiados (tabla 1).

Higiene, calefacción e iluminación del hogar

La higiene de la vivienda era normal en 69 de los hogares y mala o deficiente en 15. Un caso fue calificado de riesgo por el hecho de que uno de los moradores tenía un síndrome de Diógenes. De las viviendas investigadas, 61 usaban para calentarse estufas eléctricas o de butano y 24 tenían calefacción central, de ellas 20 recurrían también a estufas para calentarse. La iluminación era normal en 66 de los hogares investigados y deficiente en 19. En la tabla 1 se recogen estos datos.

Barreras arquitectónicas

Al realizar el mapa del hogar se comprobó que 72 viviendas (84,69%) tenían barreras arquitectónicas (tabla 2). De

Tabla 1. Número de personas que viven en el hogar. Higiene, calefacción e iluminación del hogar (n: 85)

Personas que viven en el hogar		
Una	17	20%
Dos	31	36,4%
Tres	19	22,3%
Cuatro	9	10,5%
Cinco o más	9	10,6%
Higiene del hogar		
Normal	69	81,1%
Deficiente	10	11,7%
Mala	5	5,8%
Riesgo (síndrome de Diógenes)	1	1,1%
Calefacción del hogar		
Estufa eléctrica o butano	61	71,7%
Estufa más calefacción central	20	23,5%
Calefacción central	4	4,7%
Iluminación del hogar		
Normal	66	77,6%
Deficiente	19	22,3%

Tabla 2. Hogares con distinto número de barreras arquitectónicas (n: 85)

		IC
Sin barreras	13 (15,2%)	13,8-17,1
Con una sola barrera	43 (50,5%)	47,2-60,2
Cuarto de baño con bañera	20	46,5%
Cuarto de baño con dificultades para lamovilidad	9	20,4%
Casa sin ascensor	5	11,6%
Escalones en el interior del hogar	3	6,9%
Sobrecarga muebles	3	6,9%
Vivienda con dos plantas	2	4,6%
Marco de puerta estrecho	1	2,3%
Con dos barreras	24 (28,2%)	27,8-30,1
Sin ascensor + cuarto de baño con bañera	10	41,6%
Vivienda 2 plantas + cuarto de baño con bañera	8	33,3%
Cuarto de baño con bañera + sobrecarga muebles	4	16,6%
Vivienda 2 plantas + escalones interior hogar	2	8,3%
Con tres barreras	5 (5,8%)	5,3-6,2
Sin ascensor + cuarto de baño con bañera + escalones	2	40%
Vivienda 2 plantas + cuarto de baño con bañera + marco de puerta pequeño	3	60%

ellas, 43 presentaban una sola barrera, 22 presentaban dos y 5 presentaban tres. En la tabla 3 se indican las características y la frecuencia de las diferentes barreras.

De las 106 barreras observadas al realizar el mapa del hogar sólo se pudieron corregir 29 (27,36%). En la tabla 3 se señalan los casos resueltos.

Factores de riesgo en el hogar

Se han encontrado factores de riesgo en 28 (33%) de las viviendas investigadas, apreciándose en 14 de ellas más de un factor de riesgo (tabla 4). Los riesgos del hogar que se

Tabla 3. Tipo de barreras arquitectónicas en el hogar y número de ellas corregidas (n: 72)

Barreras		Corregidas
Cuarto de baño con bañera	47 (62,28%)	15 (3%)
Casa sin ascensor	17 (26,61%)	0
Viviendas con dos plantas	15 (20,83%)	4 (26,6%)
Cuarto de baño con dificultades de movilidad	9 (12,50%)	4 (44,4)
Escalones en el interior del hogar	7 (9,72%)	1 (15%)
Pasillos con sobrecarga de muebles	7 (9,72%)	5 (71,4%)
Marcos de las puertas estrechos	4 (5,56%)	0
Total	106	29

Tabla 4. Hogares con distinto número de factores de riesgo (n: 85)

		IC
Sin factores de riesgo	57 (67%)	65,8-69,8
Con un solo factor de riesgo	14 (16,4%)	15,7-18,2
Alfombras deslizantes	4	28,5%
Puertas con cerradura	3	21,4%
Problemas de iluminación	3	21,4%
Cables sueltos en el suelo	2	14,2%
Electrodomésticos, cerillas, etc.	1	7,1%
Estufa eléctrica	1	7,1%
Dos factores de riesgo	14 (16,4%)	15,4-18,5
Cables sueltos + problema iluminación	5	35,7%
Estufa eléctrica + problema iluminación	3	21,4%
Cables sueltos + puerta con cerraduras	3	21,4%
Cables sueltos + estufa eléctrica	2	14,2%
Alfombra deslizante + electrodomésticos...	1	7,1%

IC: intervalo de confianza.

encontraron con más frecuencia fueron cables sueltos en el suelo, mala iluminación y alfombras deslizantes (tabla 5).

De los 42 factores de riesgo detectados se consiguieron eliminar 36 (85,71%). En la tabla 5 se exponen los casos resueltos.

Circulación del paciente por el hogar

Al estudiar la circulación del paciente por su vivienda comprobamos que un 54% se movía por todas las habitaciones o, al menos, circulaba por el dormitorio, el cuarto de estar y el cuarto de baño (tabla 6).

DISCUSIÓN

El mapa familiar o del hogar fue utilizado por Ríos González⁴ para descubrir el modelo de interacción familiar, para evaluar los confines físicos o territoriales de cada individuo y para conocer los confines emocionales según los cuales cada uno define las diferencias y marca los límites que regulan las relaciones con los otros. Por otra parte, de la Revilla y Fleitas⁵ amplían el uso del mapa familiar para conocer las características del hogar, la ocupación de las habitaciones por los miembros de la familia y la existencia de barreras arquitectónicas y de factores de riesgo.

La discapacidad y la dependencia aumentan con la edad, especialmente cuando los pacientes superan los 80 años. Este denominado “envejecimiento del envejeci-

Tabla 5. Tipo de factores de riesgo en el hogar y número de los corregidos

Factores de riesgo		Solucionados
Cables sueltos en el suelo	12 (14%)	12 (100%)
Problemas de iluminación	11 (13%)	5 (45,%)
Puertas con cerraduras	6 (7%)	6 (100%)
Estufas eléctricas	6 (7%)	6 (100%)
Alfombras deslizantes	5 (6%)	5 (100%)
Electrodomésticos, cerillas...	2 (2,3%)	2 (100%)
TOTAL	42	36

Tabla 6. Circulación del paciente por el hogar (n: 85)

		IC
Permanece sin moverse de su dormitorio	15 (18,9%)	16,9-20,2
Va de su dormitorio al cuarto de baño	5 (6,3%)	4,7-6,5
Circula por el dormitorio, sala de estar y cuarto de baño	16 (22,2%)	15,1-23,1
Circula por todas las habitaciones	43 (54,4%)	52,4-56-1

IC: intervalo de confianza.

miento” aumenta el riesgo de sufrir accidentes en el hogar⁶. Precisamente el hecho de que en nuestro estudio encontráramos que el 76% de los enfermos tenían más de 70 años, y de ellos el 35% fueran mayores de 80, justificaba la necesidad de estudiar los factores de riesgo del hogar.

La primera aproximación al estudio del hogar se centra en conocer el número de personas que viven en él. Así, una vez dibujados los dormitorios se establecerá el número de personas que los ocupan y su grado de parentesco, también se averiguará si otras estancias de la casa son usadas como dormitorios. A diferencia de lo observado hace unos años, cuando constatamos que un número elevado de familias vivían hacinadas, ocupando una vivienda seis o más miembros de la familia⁷, nos llama la atención el número tan bajo de personas que viven actualmente en sus domicilios, constatando que en el 56% de los hogares viven sólo una o dos personas. Esto puede deberse a que los sujetos estudiados son personas mayores que se encuentran en las últimas etapas del ciclo vital familiar, cuando la mayoría o todos los hijos han abandonado el hogar o han envejecido.

La lectura del mapa familiar nos permitirá conocer también si las personas mayores dependientes que viven solas cuentan con cuidadores informales o formales que se quedan a dormir en el hogar del paciente.

El grado de confort de una vivienda viene marcado por su higiene, una correcta iluminación, tanto natural como artificial, y una buena temperatura medioambiental. Al estudiar el mapa del hogar apreciamos que la higiene era buena en el 81% de los de los casos. De los 6 hogares con mala higiene nos llamó la atención que en uno de ellos era muy mala, debido a que el hermano de la paciente sufría de síndrome de Diógenes, y había acumulado una gran cantidad de basura en algunas de las habitaciones. Todas

las viviendas contaban con aparatos de calefacción, preferentemente estufas eléctricas o de butano, y la iluminación era correcta en la mayoría de los hogares.

Las barreras que dificultan la circulación del enfermo dentro de su domicilio o que le impiden salir de su hogar suponen un riesgo y especialmente una limitación importante para realizar una vida normal⁸. La primera barrera que debemos investigar en los domicilios de los ancianos que viven en pisos altos es si tienen ascensor y, en caso afirmativo, si tiene las dimensiones suficientes para permitir el uso de una silla de ruedas. Al evaluar los mapas del hogar, apreciamos que 17 de las viviendas no tenían ascensor. Una barrera similar se observa en los dúplex, cuyas dos plantas se comunican sólo por escaleras, siendo observada en 15 de los hogares. Otras barreras impiden o dificultan la circulación del paciente por las habitaciones y los pasillos de su domicilio, hecho que apreciamos en 14 de los mapas estudiados. De estos, en 5 casos se debía a la existencia de escalones entre las habitaciones, en otros 5 a la presencia de muebles que dificultaban el tránsito en los pasillos y en 4 a la existencia de puertas con marcos pequeños que impedían el paso de la silla de ruedas.

El cuarto de baño es un espacio que debe observarse con mucho interés, puesto que en él suelen encontrarse barreras arquitectónicas importantes. Así, en 45 de los mapas del hogar apreciamos que la bañera, por su altura o tamaño, dificultaba o imposibilitaba el baño a los pacientes dependientes. En otros 9 casos comprobamos que las dimensiones de cuarto de baño eran tan reducidas que no permitían que entrara una silla de ruedas o usar un aparato para bañar al anciano.

Constatamos que en 29 mapas (34%) existían varias barreras arquitectónicas, lo que hacía más difícil la circulación de los ancianos y realizar alguna actividad de la vida diaria como bañarse.

Las personas mayores con frecuencia tienen discapacidad psíquica, motora o sensorial, son proclives a caídas y a tener accidentes. Así, Muñoz Cobos et al⁹ señalaron que del 13 al 25% de las personas de más de 65 años y entre el 31 y el 35% de los mayores de 85 sufren caídas, siendo el medio domiciliario el lugar donde con mayor frecuencia se originan. Conviene recordar, como señaló Tinetti¹⁰, la importante influencia de los factores ambientales en el mayor riesgo de caídas, como los suelos deslizantes o con desniveles, las alfombras sueltas y la iluminación insuficiente, entre otros.

Por ello, cuando realizamos el mapa del hogar, es un buen momento para conocer los elementos fijos o móviles que pueden facilitar las caídas o dar lugar a accidentes, construyendo con estos datos un mapa de riesgo en el hogar, lo que nos permitirá, en unas ocasiones, poner en marcha acciones para intervenir y, en otras, solamente dar consejos o recomendaciones para su eliminación¹¹ y, sobre todo, proponer acciones de prevención primaria sobre estos factores¹².

La lectura de los mapas del hogar que dibujamos nos permitió conocer el tipo y el número de los factores de

riesgo. Llama la atención que en 56 (67%) de las viviendas estudiadas no se encontrara ningún factor de riesgo, y que de las 28 en las que se identificaron sólo la mitad tuviera más de un factor de riesgo. Esto contrasta con lo observado por Nereida y Salazar¹³ que en su estudio de 179 hogares apreciaron que ninguno estaba libre de riesgos y que la mayoría tenían más de cinco factores de riesgo.

Los cables sueltos y la iluminación deficiente fueron los factores de riesgo más frecuentes, siguiéndolos las alfombras deslizantes y las puertas con cerraduras.

En aquellos casos en que sea factible se propondrá la pertinente intervención, tanto para corregir las barreras como para eliminar los factores de riesgo de accidentes o caídas y mejorar los espacios de relación territorial. Una vez realizada la propuesta, el estudio del mapa del hogar permitirá identificar las correcciones de las barreras arquitectónicas, y también la desaparición de los factores de riesgo. En nuestro estudio, en relación con las barreras, el porcentaje de soluciones fue bajo, ya que sólo se pudo resolver el 27% de los casos. Como era de esperar, no se pudieron modificar las barreras relacionadas con la estructura del edificio, como la falta de ascensores o los marcos de las puertas estrechos. Mejores resultados obtuvimos al poder eliminar la sobrecarga de muebles que impedía el tránsito por los pasillos y, sobre todo, al cambiar la bañera por una ducha. Los cambios en el cuarto de baño se pudieron realizar merced a la legislación de la Comunidad Andaluza¹⁴, que facilita estas modificaciones en los cuartos de baño mediante ayudas económicas.

También se tuvo más éxito en la eliminación de factores de riesgo, consiguiendo hacer desaparecer el 85,6%. Los problemas de iluminación fueron los riesgos más difíciles de solucionar, ya que en algo más de la mitad de las viviendas que los tenían no se pudo resolver esta deficiencia.

Los ancianos, especialmente los inmovilizados, centran una gran parte de su vida en el hogar y a veces dentro de él ocupan sólo determinados lugares, siguiendo de forma habitual determinados circuitos para caminar de habitación en habitación. En el mapa familiar debemos señalar por dónde circula habitualmente el paciente, esto es, a dónde va desde el dormitorio: al cuarto de baño, a la cocina, al cuarto de estar, etc. Con esta medida se intenta tener conocimiento de los circuitos de tránsito habituales del paciente y centrar en ellos el análisis del mapa de riesgo¹⁵. En nuestro estudio, algo más de la mitad de los pacientes identificados circulaban por todas las habitaciones de la vivienda, por lo que la investigación de barreras y factores de riesgo deberá extenderse a todo el hogar. Por el contrario, en el 19% de los enfermos que permanecían sin moverse de su habitación, el estudio medioambiental quedaba limitado a una sola estancia.

Consideramos que el mapa del hogar es una técnica sencilla, de fácil realización, que aporta datos importantes para el estudio medioambiental de las personas mayores dependientes, especialmente para descubrir barreras arquitectónicas y factores de riesgo en el hogar.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Índices estadísticos de la salud de la familia. Serie de informes tenencias, 587, Ginebra, 1976.
2. De la Revilla L. Nuevos usos del mapa familiar. En: de la Revilla L, editor. Atención familiar en los enfermos broncos, inmovilizados y terminales. Vol. I. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 2001.
3. De la Revilla L. Programa y protocolo de la atención domiciliaria y la atención familiar en personas mayores. En: de la Revilla L, editor. Atención domiciliaria y atención familiar en las personas mayores. Vol. I. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 2003.
4. Ríos González JA. Manual de orientación y terapia familiar. Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre; 1994.
5. De la Revilla, Fleitas L. El modelo de los círculos y el mapa familiar. En: de la Revilla L, editor. Manual de atención familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta. Vol. I. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 1999. p. 371-87.
6. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. Resultados nacionales, Madrid: INE; 2003.
7. Carretero A, López Fernández LA. Factores medio ambientales. En: de la Revilla, editor. Memoria del Centro de Salud Cartuja. Granada: Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía; 1984. p. 41-3.
8. García Barreiro GM, Montero Naviera JV, Montoiro Castro, Sonia M, Seoane Fernández G, Mayán Santos JM. El mayor y su casa. Barreras arquitectónicas. Gerokomos. 2004;15:140-6.
9. Muñoz Cobos F, Espinosa Almendros JM, Portillo Stempel J. Los riesgos de caídas y fracturas. En: de la Revilla L, editor. Atención domiciliaria y atención familiar en las personas mayores. Vol. II. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 2003. p. 687-703.
10. Tinetti ME, Doucette J, Claus E, Marottoli R. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. J Am Geriatric Soc. 1995;43:1214-24.
11. Jaffe MS, Skidmore-Roth L. Enfermería en atención domiciliaria. Valoración y planes de cuidados. Barcelona: Harcourt Brace; 1998.
12. Zarza A, Vinués J, Prados AM, Gallardo J. Caídas en el anciano. En: Cervera MC, Sáiz L, editor. Actualidad en Geriatría y Gerontología. Madrid: Formación Alcalá; 2001. p. 101-10.
13. Nereida Pacios A, Salazar Casanova H. Factores de riesgo relacionados con los accidentes domésticos. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998;14:440-4.
14. Decreto 137/2002 de apoyo a las familias andaluzas. BOJA. 2002;52:7127-34.
15. De la Revilla L, Constan E. Evaluación ambiental: el hogar de las personas mayores. En: de la Revilla L, editor. Atención domiciliaria y atención familiar en las personas mayores. Vol. I. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 2003. p. 157-69.