



P. Moriano Béjar

Ancianos y enfermeras en los distintos niveles de atención*

Enfermera de Atención Primaria.
Area 6 de Madrid.

Correspondencia:
Pura Moriano Béjar
C/ Real, 79 - 2º B
28691 Villanueva de la Cañada (Madrid)

* Ponencia presentada en la Mesa Redonda «Enfermería Geriátrica: de la Asistencia Hospitalaria a la Atención Primaria», dentro de la XVI Reunión de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Gijón, 9-11 de septiembre de 1993.

RESUMEN

Como partida en un análisis de la situación demográfica, sociológica y sanitaria, expresaremos las maneras en que las enfermeras podemos mejorar la salud del anciano en su doble presentación de independencia y bienestar y en cualquiera de los posibles medios y niveles de asistencia.

PALABRAS CLAVE

Anciano; Enfermera; Atención; Niveles asistenciales.

ABSTRACT

As the point of departure for an analysis of the demographic, sociologic and health situation, we will describe how nurses can improve the health of the elderly patient in terms of their independence and well-being in any environment and level of care.

KEY WORDS

Elderly; Nurse; Care; Levels of care.

12 INTRODUCCION

El contenido de la presente exposición se basa en la experiencia que he adquirido trabajando con ancianos durante un largo período de mi ejercicio profesional, así como en la visión que proporciona trabajar en otros campos de la enfermería.

En primer lugar, se realiza un análisis de la situación demográfica, sociológica y sanitaria, como punto de partida para expresar las formas en que las enfermeras podemos contribuir en cualquier nivel de asistencia para conseguir mejorar la salud de los ancianos, entendiendo ésta como independencia y bienestar. No se trata de dar pautas concretas de cuidados ni de describir los modelos que se ajustan más a las características de los ancianos. Se trata en definitiva de realizar una profunda reflexión que nos ayude como enfermeras a mantenernos alertas y con una actitud consciente y activa.

Los profesionales que nos reunimos en actos como éste, a veces, estamos confiados en que todos los que tenemos la responsabilidad del cuidado de la salud de las personas, somos conscientes de las necesidades de los ancianos y de qué manera debemos actuar para lograr una mejor vida para este grupo de edad que presenta unas características diferentes al resto de los individuos, entre las que podemos citar: jubilación, disminución de las capacidades, aislamiento, múltiple patología crónica, etc.

Me sorprende al observar, en general, que las actitudes de las personas, ya sean familiares, políticos o sanitarios, se modifican con una lentitud que no está relacionada con la gran capacidad que posee el hombre para adaptarse a situaciones nuevas.

Quiero decir con esto, sin poder evitar un tono de tristeza y amargura, que todavía los viejos constituyen un grupo no tenido bien en cuenta.

Y quiero decir también, ahora con ironía, que pensemos por un instante que gran parte de los que estamos aquí seremos viejos apenas se inicie el siglo XXI.

Es, sin darnos cuenta probablemente, el programa de atención al anciano el último en ponerse en marcha o la visita domiciliaria la actividad que se deja para el final porque, un gran número de profesionales sanitarios no se plantean que en muchas ocasiones es más importante esto que el protocolo de HTA o el de obesidad.

Creo que la razón por la que se cae en el grave error de dar más importancia a las patologías como entidades ajenas al individuo es, entre otras cosas, nuestras

inseguridades generadas por el miedo ante una situación desconocida en gran parte como es la vejez.

La administración de una píldora, la toma de la TA o el mantenimiento de la higiene corporal, nos ayuda a sentirnos profesionalmente bien, con la satisfacción del deber cumplido. Cuando nos detenemos a reflexionar nos damos rápidamente cuenta de que, como enfermeras, estas acciones suponen sólo una parte del cuidado, de los cuidados enfermeros con mayúsculas, y de que tampoco responden totalmente al compromiso contraído como profesionales con la sociedad.

En otro orden de cosas, considero que elaborar grandes proyectos es algo relativamente sencillo. Tanto para políticos como sanitarios o economistas, resulta fácil realizar el análisis de una determinada situación y cuáles pueden ser las estrategias para la solución de los problemas.

Lo difícil e importante es llevarlo a la práctica, aplicarlo y obtener resultados satisfactorios para los viejos; para ellos y no para nosotros.

Las enfermeras formamos un grupo grande e importante con el que cuenta la sociedad para la consecución de los referidos objetivos. Nuestros conocimientos, funciones y destrezas son la clave para ello sea cual fuera el lugar donde desarrollemos la práctica profesional.

Todos estamos de acuerdo en que la actuación de enfermería aislada es insuficiente para la mejora de la salud del anciano. Se precisa la contribución de otros profesionales sanitarios y no sanitarios, así como la colaboración de la comunidad.

DESCRIPCION DEMOGRAFICA, SOCIOLOGICA Y SANITARIA

Si observamos la pirámide de población mundial prevista para el año 2050 nos llama la atención el gran ensanchamiento que se produce en su vértice en comparación con la de sólo 60 años antes.

Si fijamos nuestra atención en esta otra pirámide donde se expresa la evolución de la población española durante siete años, podemos intuir el enorme esfuerzo que debemos realizar si pretendemos que esa población anciana goce de una vida digna.

El que dicha población vaya a disfrutar de buena salud en un mayor porcentaje que en la actualidad o aumenten sus incapacidades es asunto que los investigadores manejan con cautela, como también es una incógnita si las enfermedades que originan incapacidad serán las mismas o aparecerán otras nuevas.



Determinados trabajos nos sugieren que el tiempo que las personas viven con incapacidades está aumentando más rápidamente que aquel que vive en salud.

En relación con la situación social, todos sabemos que los recursos existentes para dar cobertura a las personas de alta edad son insuficientes y que las limitaciones económicas, entre otras, no van a permitir cambios espectaculares, por lo que la colaboración de la comunidad se va a convertir en el recurso más importante con el que se cuenta para la atención al anciano.

Concienciar al mundo para que colabore en el bien de los otros, es tarea larga y difícil, en la que debemos implicarnos un gran número de grupos profesionales y sociales.

Si pasamos a observar la situación sanitaria de nuestro país podríamos decir que, con el desarrollo de la Atención Primaria, los recursos han aumentado y mejorado la asistencia considerablemente. Pero aún no se llega a alcanzar la estructura sanitaria adecuada para la atención al anciano.

Aunque soy partidaria de que no se creen departamentos específicos para ancianos, porque esto me parece que contribuye a que se les siga considerando como un grupo marginado, es necesario que existan unidades adaptadas a las características de éstos, que permitan darles cobertura, cualquiera que sea la fase de la enfermedad.

En la actualidad, contamos con muy escasas unidades de agudos, de larga estancia y hospitales de día que hacen más difícil la correcta atención al anciano.

Si bien el sistema carece de recursos en lo que se refiere a Atención Especializada, es justo reconocer que en el campo de la Atención Primaria sí existen, permitiéndonos esto desarrollar actividades de especial trascendencia en la salud de toda la comunidad y del anciano en particular.

La pretensión de este sucinto análisis es, como decíamos al principio, la toma de conciencia de que, lo que nos trae hoy aquí es de tal importancia que nos obliga a que nuestro hacer profesional se desarrolle en un marco de rigor científico y en colaboración con la comunidad.

Las perspectivas de envejecimiento que hemos visto fuerzan, por otro lado, a que los poderes públicos elaboren estrategias para afrontar la nueva e inmediata realidad.

Lo anteriormente expuesto me conduce a la siguiente pregunta: ¿debemos esperar a que pongan en nuestras manos los programas que den respuesta a las necesidades de hoy y del cercano mañana?

La respuesta es un rotundo no.

Tenemos la responsabilidad de utilizar los recursos de que disponemos en la actualidad y rentabilizarlos al máximo, si bien, esto es tan fácil de decir como difícil de ser hecho realidad.

Supone un continuo esfuerzo para estar al día en los conocimientos referidos, entre otros, al proceso psicológico del envejecimiento, técnicas de entrevista, fisiopatología de la vejez, técnicas de educación y un larguísimo etcétera.

CONTRIBUCION DE LA ENFERMERA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCION

La formación que recibe la enfermera a través de los programas que se imparten en las escuelas de enfermería las capacita para el desarrollo de la profesión en cualquier nivel asistencial y a los diferentes grupos de población que se puedan establecer.

La labor profesional está determinada por dicha formación básica. Como hemos dicho anteriormente, es imprescindible una actitud intelectual que nos lleve a conocer las modificaciones que van surgiendo, tanto en los individuos como en la sociedad, para poder dar respuesta a las necesidades cambiantes que se plantean.

Todos estamos de acuerdo en que la labor de la enfermera es fundamental e imprescindible para el cuidado de la salud del hombre; pero, por otra parte, ciertas actividades propias de la enfermera no están suficientemente desarrolladas, como son: la visita domiciliaria, la educación para la salud en la escuela y la colaboración con grupos de la comunidad.

Además nos encontramos con la dificultad que supone una deficiente comunicación y coordinación entre los distintos niveles de atención y son en éstos los aspectos sobre los que quiero hacer hincapié por considerar que son prioritarios en el cuidado al anciano.

Si partimos de la base de que el grado de salud está directamente relacionado con la situación de independencia y que ésta se consigue fomentando el autocuidado, estaremos de acuerdo en que toda nuestra actuación tiene que ir encaminada a la consecución de este objetivo, sea cual sea el lugar donde trabajemos. La visita domiciliaria nos permite tener un mayor conocimiento de la situación real del anciano y su familia; por tanto, el domicilio es el lugar idóneo para tal fin.

El anciano es una persona que está viviendo la última, y quizás más importante, etapa de su vida. Lleno de sabiduría, experiencias, recuerdos y frecuentemen-



Figura 1. *Cedida por M. Gil García.*

te también lleno de «achagues» que en un momento dado llegan a incapacitarle. Es entonces cuando surge la dificultad en aceptar y realizar las indicaciones de la enfermera.

Este problema se soslaya cuando la enfermera conoce profundamente al anciano y su entorno, pudiendo así dar respuestas concretas y acordes a las necesidades individuales.

Para todo lo anteriormente mencionado es preciso realizar la visita domiciliaria de manera programada y continuada y no como una simple actividad a demanda.

Las enfermeras que trabajamos en la comunidad debemos colaborar tanto con las agrupaciones que existan en la misma como con la escuela para conseguir su implicación y participación en el cuidado de los ancianos.

Desde edades cada vez más tempranas y hasta la adolescencia, la mayor parte del tiempo que el niño no pasa en familia lo hace en la escuela, constituyendo esta última también un elemento fuertemente influyente en sus conductas y que debemos utilizar para que se desarrollen actividades que fomenten en ellos actitudes de solidaridad y colaboración con otros grupos de edades.

Hasta el momento, ni educadores ni sanitarios hemos realizado acciones que vayan más allá del reconocimiento escolar, las inmunizaciones o la charla sobre higiene sexual.

Hojeando los libros de texto de los alumnos de EGB, he podido observar que el proceso de envejecimiento del hombre sigue estando cubierto por la sombra del tabú, si bien, conocen el nombre de sus huesos, cómo circula la sangre, cómo se reproducen los seres vivos, etc.

Incluso en asignaturas optativas como puede ser Ética, se llevan a debate temas tan interesantes como el racismo, el amor de pareja, la droga, el sexo, la religión, etc., pero sobre cómo perciben a los viejos, su relación con ellos, etc., son desconocedores de su importancia porque el reflejo que obtienen de la sociedad es eso, el desconocimiento.

Pocas personas dudan en llevar a sus hijos al médico, al psicólogo o al pedagogo, por citar algún ejemplo, cuando éstos no se desarrollan con arreglo a los patrones establecidos, con el fin de recibir la ayuda necesaria en el proceso de evolución, para evitar retrasos o alteraciones que van a influir negativamente en su vida causándoles infelicidad o, por lo menos, disminución de la misma.

En el caso del anciano se reducen considerablemente los estímulos que les oferta la familia y la sociedad para la mejora de la calidad de vida.

Como profesionales que entendemos del proceso de envejecer, somos responsables de motivar importantes cambios de actitud en la sociedad. Me estoy refiriendo no a grandes directrices político económicas, que, como ya ha quedado expresado, son imprescindibles, sino a los aspectos más próximos y cotidianos; quiero decir que debemos conseguir que la actitud de la familia del 5º sea verdaderamente solidaria con la anciana del 6º que vive sola y no puede ir al mercado, que se queda sin referencias del exterior cuando se le acaban las pilas de la radio, y que no tiene más remedio que hacerse trampas, cuando está jugando, y en esta ocasión entendemos, que es un juego cuya denominación es bien reveladora: un solitario de cartas.

Lo que los ancianos de hoy y de mañana están pidiendo es una actitud de ayuda, no solamente material, sino una ayuda que implique a cada uno de los miembros de la sociedad de una forma más personal y comprometida. Responderemos en la medida en que seamos capaces de dar más de nosotros, de nuestro tiempo, de nuestro buen humor, de nuestra capacidad de escucha; se trata de utilizar nuestra salud, nuestra fuerza física para suplir en la medida que cada uno pueda, las limitaciones que padezcan los ancianos.

En relación con la comunicación y coordinación entre las enfermeras que trabajan en diferentes niveles quiero comentar que, en mi experiencia como enfermera hospitalaria, encontraba con frecuencia serias dificultades para la correcta valoración de ciertas necesidades, por el desconocimiento de la situación previa, entorpeciendo así el proceso de relación terapéutica.

Cuando me incorporé a un Centro de Salud pude comprobar, sin sorpresa, que una gran parte de nues-



tro esfuerzo por conocer la situación de las personas, se aprovechaba mínimamente porque unas veces la información dormía en una historia y, otras, en nuestras portentosas memorias inmediatas.

Pude constatar entonces que, tanto los registros como la comunicación y coordinación, eran elementos imprescindibles para la mejora de los cuidados.

Es necesario que, cuando un anciano sea dado de alta del hospital, ingrese en él, sea trasladado a su domicilio o a una residencia, vaya acompañado de una información por escrito que contenga el resumen de su historial.

En este sentido, al comienzo del año 1991 se formó un grupo de trabajo constituido por enfermeras de Atención Primaria y de Atención Especializada del Area 6 de Insalud de Madrid, para la elaboración de un Informe de Enfermería, donde de manera esquemática se recogieran aquellos datos de interés para la enfermera y, por supuesto, para el resto del equipo; datos que no se incluyen en el informe clínico de alta hospitalaria porque, aunque éste es un documento de gran valor, resulta insuficiente.

En abril de 1991 se finalizó el informe junto con un protocolo de utilización. Seguidamente se hizo la presentación a las enfermeras del Area para poder comenzar a utilizarlo en noviembre del mismo año.

Es un modelo que mediante un sistema de cruces y de pequeñas especificaciones, nos describe la situa-

ción del paciente a través de las necesidades básicas, problemas de salud, cuidados enfermeros y educación sanitaria.

Paralelamente a la elaboración de este informe, se concluyó el protocolo de Visita Domiciliaria Programada con el fin de impulsar y promover, por un lado, la actividad «bandera» de la enfermera en Atención Primaria: la visita domiciliaria; y por otro, una herramienta de trabajo imprescindible: el registro.

Me gustaría, para terminar, insistir en que el cuidado de los ancianos, requiere necesariamente la colaboración de muchas personas con diferentes habilidades y experiencias, esto quiere decir trabajo en equipo.

También quiero expresar el deseo de que todos los que estamos hoy reunidos compartiendo el interés por la Geriátrica, seamos capaces de hacer llegar a los ancianos y a sus familias las respuestas justas y adecuadas a sus necesidades, evitando actitudes paternalistas que nos conducen a emplear frases de consuelo que suenan a falsas y lo son.

La ayuda real se logra a través de una profunda comprensión que nos permite responder apropiada y precisamente a los sentimientos de las personas que cuidamos.

Para bien o para mal, los sentimientos son tal vez la característica fundamental de la especie humana.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Visita Domiciliaria. Líneas para la elaboración de un programa. Dirección Atención Primaria Palencia. Insalud. Junio 1993.
- 2 Olshansky SJ, Carnes BA, Cassel CK. Envejecimiento de la especie humana. *Revista Investigación y Ciencia* junio 1993; 8-15.
- 3 Programa de coordinación para la Asistencia Domiciliaria al paciente oncológico terminal. Dirección Atención Primaria Madrid. Area 11. Insalud. Asociación Española contra el Cáncer. Octubre 1992.
- 4 Viejos, la Tercera Revolución. *El País Semanal* 6 de junio de 1993; 120.
- 5 Programa Marco de Atención al anciano. Dirección Atención Primaria Madrid. Area 8. Insalud 1993.