S. Darias Curvo

Los cuidadores de los ancianos, ¿necesitan cuidados de enfermería?

Caretakers of the elderly. Do they need nursing care?

Correspondencia:
S. Darias Curvo
Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia.
Universidad de La Laguna
Campus de Ofra, s/n
38071 La Laguna
Tenerife. Islas Canarias

RESUMEN

En el presente trabajo pretendemos enfatizar la importancia del apoyo que se debe prestar a los cuidadores de ancianos con patología mental. La revisión bibliográfica sobre el tema nos plantea las dificultades que en general tienen estos cuidadores. A través de la exposición de un caso concreto, pretendemos aportar dos diagnósticos de enfermería que se pueden utilizar en nuestra práctica diaria y partiendo de la identificación de necesidades y de problemas, elaborar una estrategia de intervención dirigida a mejorar la calidad de vida del anciano, del cuidador y en definitiva, de la propia familia.

PALABRAS CLAVE

Cuidadores; Ancianos con patología mental; Diagnósticos de enfermería.

SUMMARY

In this paper we try to emphasise the importance of support the caregiver of an elderly person with a mental problem. The bibliography about this important issue proposes the general difficulties of these caregivers.
Trough the exposition of a real case, we would like show two nursing diagnostic that can be used in our daily work and starting from their necessity and identifying the problems, work out an strategy of intervention guided to improve the quality of life of the elderly, the caregiver and the whole family.

KEY WORDS

Caregivers; Elderly with a mental pathology; Nursing Diagnostic.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, la familia ha sido la responsable del cuidado de los miembros de más edad. Sobre todo en países como España, Grecia y Portugal.

En los países del norte de Europa existe una mayor tendencia a la institucionalización de los ancianos que en los países del sur donde aun persiste la tradición de mantener a estos en los domicilios familiares. Aunque también es cierto, que debido a cambios sociales importantes tales como la incorporación al mundo laboral de las mujeres, aumento de familias monoparentales, etc., cada vez más se dificulta la continuidad de la prestación de cuidados por parte de la familia.

El cuidado familiar entendido como recurso informal ha suscitado un gran interés a partir sobre todo de la década de los ochenta cuando comienzan a aparecer trabajos dedicados a este tema específicamente (Montgomery, 1989).

EL ANCIANO EN LA FAMILIA

Cuando un anciano entra a convivir en un hogar hay que tener en cuenta una serie de elementos importantes que van a condicionar el estilo de relación entre él y su cuidador principal. Dichas relaciones van a estar influidas por la experiencia común de relación previa y por la situación concreta de la necesidad de prestación de cuidados. Las relaciones afectivas entre los miembros de una familia duran muchos años. Cuando el padre o la madre de algún miembro de la pareja viene al hogar, es importante reconocer que se van a crear una serie de situaciones conflictivas no sólo para el anciano sino también para la propia pareja y sus hijos si aun permanecen en el domicilio familiar. Las interrelaciones pueden verse afectadas por numerosas situaciones como conflictos pasados, frustraciones, etcétera (Darias Curvo, 1997).

El cuidado familiar se ha basado tradicionalmente en las mujeres puesto que no desarrollaban un trabajo remunerado fuera de casa. Actualmente la situación va cambiando debido a numerosos factores como la integración laboral de las mujeres, cambios en la estructura familiar que en definitiva conllevan una modificación del concepto tradicional de familia y en última instancia pone en peligro la continuidad de los cuidados domiciliarios de los ancianos dependientes.

Conocer la estructura de los hogares en los que residen personas mayores de 65 años es determinante ya que la posición social del anciano dependerá en gran medida del tipo de hogar en el que se encuentre, miembros que conviven en el domicilio familiar, ingresos económicos, titular de la vivienda, etcétera.

La Encuesta Sociodemográfica realizada en España en el año 1991, pone de relieve la situación predominante de convivencia de dos órdenes generacionales. A mayor edad del anciano existen mayores posibilidades de que convivan tres órdenes generacionales inmediatos y especialmente mujeres a partir de los 70 años dada que la esperanza de vida es mayor en la mujer que en el hombre (en el año 1990 la esperanza de vida para el hombre estaba establecida en 74,8 años, mientras que la de las mujeres estaba establecida en 81,6 años; es decir, una diferencia de 7 años aproximadamente) (tabla 1).

Así, la distribución de los mayores de 60 años según la relación de parentesco con los miembros del hogar en el que residen, nos permite saber que de los varones un 87,0% convive con su cónyuge y un 53,2% convive con sus hijos. Las mujeres conviven con su cónyuge en un 67,0% y con sus hijos en el 45,9% de los casos. Si ampliamos el rango de edad a 70 y más años, observamos que en un 75,5% de los varones convive con su cónyuge y en un 40,6% con los hijos (tabla 2).

EL ANCIANO CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA

Los informes emitidos por los diversos países de la Unión Europea muestran un predominio de enfermedades discapacitantes más comunes en las que afectan al sistema músculo-esquelético, aparato respiratorio y el sistema cardiovascular. Sin embargo, nosotros trataremos en el presente trabajo a los ancianos que sufren patologías mentales en sus distintas presentaciones, por las di-

Tabla 1. Estructura de los hogares con algún miembro anciano (60 y más años) según las edades de sus miembros. España, 1991.

Duración con respecto al total de hogares con algún miembro anciano	Número de hogares	Porcentaje
Hogares con algún anciano	4.035.450	100,0
Hogares con ancianos y otros miembros	2.136.575	52,9
Algún miembro menor de 16 años	501.020	12,4
Algún miembro de 16 a 24 años	629.473	15,6
Algún miembro de 25 a 29 años	436.688	10,8
Algún miembro de 30 a 39 años	627.261	15,5
Algún miembro de 40 a 49 años	619.087	15,3
Algún miembro de 50 a 59 años	599.179	14,8
Algún miembro de 60 a 64 años	602.260	14,9

INE (1994): Encuesta Sociodemográfica, 1991, tomo II: Resultados Nacionales; volumen 1: Hogar y Familia.

ficultades y preocupaciones que plantea el cuidado de quienes la padecen, tanto desde el punto de vista del cuidado social como de la carga cotidiana que asumen las familias.

Las personas que atienden a cónyuges o padres con alteraciones mentales manifiestan una tensión mayor y sentimientos más negativos que otros cuidadores en situación de prestar sus cuidados a ancianos enfermos crónicos pero sin ninguna patología mental. De hecho podemos afirmar que la prestación de cuidados a un miembro de la familia con una enfermedad crónica que le afecta para en su nivel de independencia para las actividades de la vida diaria es una de las situaciones más estresantes que podemos encontrar Lindgren (1990) (1).

Tabla 2. Distribución de los mayores de 60 años según su relación de parentesco con los miembros del hogar en el que residen, por edad y sexo del sujeto. España, 1991.

	Hombres		Mujeres	
	60-69 años	70 y más años	60-69 años	70 y más años
Total individuos	1.836.295	1.327.499	2.072.059	2.086.314
El sujeto vive solo	5,2	9,0	12,9	25,8
Convive solo con no familiares	0,2	0,3	0,5	1,0
Convive con familiares	94,6	90,7	86,6	73,2
Padre y/o madre	2,3	0,3	4,0	0,2
Nieto(s)	6,6	15,2	9,5	21,8
Hijo(s)	53,2	37,2	45,9	40,6
Hermano(s)	4,6	3,9	6,3	7,5
Otros parientes carnales	2,7	2,6	2,0	5,3
Cónyuge	87,0	75,5	67,0	32,8
Suego y/o suegra	3,7	0,7	0,7	0,0
Cuñado(s)	3,0	2,6	1,7	2,1
Yerno y/o nuera	5,4	13,7	7,6	20,9
Otros parientes políticos	1,1	1,6	0,4	2,2

INE (1994): Encuesta Sociodemográfica, 1991, tomo II: Resultados Nacionales; volumen 1: Hogar y Familia.

La vida del cuidador y aún del resto de los componentes del núcleo familiar va a verse modificada en numerosos aspectos como son el tiempo de ocio, los contactos sociales, bienestar físico, intimidad de la pareja, etcétera.

En el caso de ancianos que padecen algún tipo de demencia nos podemos encontrar que aparentemente siguen gozando de buena salud física, lo que hace que la familia extensa no perciba la demanda de atención continua (cuidado y vigilancia) de estos pacientes. Sin embargo, sabemos que las personas que padecen patología mental pueden desarrollar conductas muy difíciles de controlar en determinados momentos de forma episódica o continuada transformando totalmente su capacidad de percibir el entorno e incluso a la persona que le cuida agravándose la tensión en el cuidador. El proporcionar recursos a la familia que le permitan afrontar estas situaciones de la vida cotidiana debería de ser uno de los objetivos fundamentales de nuestra estrategia de intervención como enfermeras con estas familias que son las que continúan siendo la fuente de apoyo más importante para la población anciana más dependiente y necesitada (Sundström, 1994) (2).

En el estudio realizado sobre 110 familias en la que solamente 9 atendían a un anciano con problemas mentales y además con un nivel de dependencia alto, nos encontramos una problemática común en la gran mayoría de las familias y de los cuidadores.

En todos los casos anteriores la cuidadora principal es la mujer que en cinco de los casos es la hija que cuida de su padre o madre y en cuatro es la nuera del anciano, que además del cuidado de la persona anciana, tiene a su cargo el cuidado de la casa y de los demás miembros de la familia.

Una vez realizada la recogida de datos a través de los patrones funcionales de M. Gordon obtuvimos una información que se repetía en todos los casos y que nos confirman datos de otros trabajos respecto a las cargas y nivel de estrés de los cuidadores Lindgren (1990) (1).

PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS

Es importante realizar una correcta recogida de datos y una posterior evaluación ya que muchas familias debido al nivel de exigencia de un proceso crónico invalidante y las experiencias que se derivan del cuidado, subestiman sus capacidades y a menudo sólo recuerdan los hechos negativos Bonjean (1995) (3).

Por la bibliografía existente sobre el tema podemos afirmar que existen una serie de problemas más o menos característicos de los cuidadores, tales como la restricción del tiempo libre y participación en actividades sociales, deterioro de la salud, sentimientos de malestar, cargas económicas o dificultades en la vida laboral (Montorio Cerrato, 1995) (4).

Sin embargo hemos querido exponer un caso concreto de una familia representativa de los nueve casos ya mencionados anteriormente.

Queremos destacar la importancia que tiene para el profesional de enfermería el conocimiento de la situación del cuidador principal y de su entorno para poder aportar un cuidado más específico, eficaz y eficiente.

Dña. Josefa y Ángeles. Un ejemplo

La familia Perales está compuesta por el padre, la madre, dos hijos, varón y hembra, y la abuela materna.

El padre, Antonio, tiene 58 años y está en situación laboral de activo atendiendo a un negocio familiar cuyos ingresos son suficientes para vivir "con lo necesario" como el mismo afirma.

La madre, Ángeles, tiene 51 años y está dedicada exclusivamente al cuidado del hogar y es la responsable absoluta del cuidado de la anciana.

La hija, Susana, tiene 30 años y actualmente está en paro, no cobrando ningún tipo de ayuda económica.

El hijo, Juan José, tiene 23 años, es fontanero y ha conseguido un trabajo temporal que le permite aportar algo de dinero a la economía familiar.

La abuela materna, Dña. Josefa, tiene 71 años, es pensionista y percibe una pensión de aproximadamente 40.000 ptas. que aporta para sus gastos de medicinas y en general para cualquier necesidad de la casa. Hace tres años sufrió un ACV que le ha dejado secuelas muy importantes reduciendo de forma importante su nivel de independencia. A ello se ha sumado desde hace un año y medio aproximadamente la enfermedad de Alzheimer.

PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS

No vamos a extendernos en la realización de un plan de cuidados para esta familia puesto que no es objeto de este artículo, pero si queremos reflejar dos diagnósticos que encontramos no solamente en este caso sino en todos los que se encontraban en una situación de cuidado semejante a la de Ángeles.

Varios de los problemas detectados pueden ser recogidos en estos diagnósticos de enfermería, aceptados por la NANDA en 1994, para poder aportar una serie de actividades concretas dirigidas al alivio de esa tensión que experimentan los cuidadores y que se manifiesta de múltiples maneras.

- Tensión en el desempeño del rol de cuidador relacionado con pérdidas y cargas múltiples asociadas a la responsabilidad de la prestación de cuidados, manifestado por: alteración en el patrón de sueño, alteración en los procesos familiares, ansiedad y estrés.
- Falta de conocimientos relacionado con escasa información respecto a la enfermedad manifestado por expresiones verbales "no sé lo que puede pasar, esta enfermedad ¿cuánto puede durar?".

Objetivos

Los objetivos generales serían disminuir la tensión y aumentar el nivel de conocimientos.

Como objetivos específicos podemos establecer que *Ángeles deberá:*

1. Aprender a expresar frecuentemente sus sentimientos respecto a su situación de cuidadora.
2. Establecer breves momentos de descanso durante el día.
3. Identificar las posibles fuentes de apoyo.
4. Utilizar por lo menos un recurso disponible que le permita aliviar su situación.
5. Establecer un patrón de descanso total nocturno, del cuidado de la anciana, una vez a la semana.
6. Elaborar una estrategia de diálogo con el resto de la familia que favorezca la comunicación entre ellos.
7. Utilizar mecanismos eficaces de adaptación a la ansiedad y el estrés.
8. Practicar las técnicas de relajación dos veces por semana.
9. Expresar verbalmente sus dudas y su necesidad de información respecto al progreso de la enfermedad de su madre.

Actuaciones de enfermería

a) Favorecer un ambiente "cálido" que favorezca la comunicación entre Ángeles y el personal de enfermería.

b) Establecer una cita semanal por lo menos con ella.

c) Pedirle que describa las actividades que realiza en un día normal.

d) Discutir las posibilidades de sistematizar los cuidados de Dña. Josefa, así como los de la actividad de la casa.

e) Elaborar por escrito una lista de los momentos de descanso que puede encontrar a lo largo del día.

f) Establecer contacto con los demás miembros de la familia para ver en que pueden aportar con su ayuda.

g) Identificar todas las fuentes posibles de ayuda.

h) Explicar los recursos disponibles con los que puede contar. Ponerla en contacto con los servicios sociales.

i) Establecer turnos de cuidado nocturno, por lo menos una vez a la semana, para que Ángeles pueda descansar una noche completa.

j) Tener varias sesiones para enseñarle técnicas de relajación.

k) Dar información clara y concisa de forma graduada sobre la enfermedad de su madre, adaptada a sus necesidades.

CONCLUSIÓN

El caso de Ángeles no constituye un caso aislado. Muchas familias se encuentran en una situación semejante a la que debemos de prestar atención. Sabemos que la familia constituye una fuente de apoyo esencial en la vejez y en el cuidado del anciano enfermo dependiente. Aunque existen recursos formales de apoyo a los cuidadores tales como servicio a domicilio, centros de día o estancias temporales, lo cierto es que exis-

te un gran desconocimiento por parte de la familia de la existencia de dichos recursos y que no en todos las Comunidades se disponen de ellos. Por lo tanto debemos insistir en que estos recursos deben de ser conocidos por las enfermeras que atienden a estas familias y permitir establecer una conexión entre esos recursos formales e informales. Así como fomentar el cimiento de dichos recursos por parte de las Administraciones en aquellos lugares donde no existen.

Es importante el reconocimiento social de los cuidadores (Montorio Cerrato, 1995) para lo cual es necesario influir en las políticas sanitarias y sociales dirigidas a este fin y prácticamente inexistentes aun en nuestro medio. Programas establecidos basándose en las necesidades de los cuidadores, programas que articulen las redes de apoyo informales con las formales y en definitiva crear programas que favorezcan la calidad de vida de los cuidadores, favoreciendo la integración de los ancianos en el medio familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lindgren C. Burnout and social support in family caregivers. Western Journal of Nursing Research 1990;12(4):469-81.
2. Camdessus B, Bonjean M, Spector R. Crisis familiares y ancianidad. Ediciones Paidós. Barcelona 1995.
3. Montorio Cerrato I, Díaz Veiga P, Fernández de Trocóniz M.ª I. Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes. Rev Esp Geriatr Gerontol 1995;30:157-68.
4. Alberdi I. Aspectos sociodemográficos de la familia. Infancia y Sociedad 1995;29:5-26.
5. Bazo, M.ª T. La familia como elemento fundamental en la salud y bienestar de las personas ancianas. Rev Esp Geriatr Gerontol 1991;26(1):47-52.
6. Bazo, M.ª T, Domínguez-Alcón C. Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. REIS 1996;73:43-56.
7. Carpenito LJ. Diagnóstico de Enfermería. Interamericana. McGraw-Hill. Madrid 1995.
8. Gracia Fuster E. El apoyo social en la intervención comunitaria. Ediciones Paidós. Barcelona 1997.
9. Hannelore JB. Cuidado familiar de las personas de edad avanzada en la Comunidad Europea. Luxemburgo. Fundación Europea para la mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo 1993.
10. INE. Encuesta Sociodemográfica 1991, tomo II: Resultados Nacionales; volumen 1: Hogar y Familia 1994.
11. Musitu Ochoa G. Familia, identidad y valores. Infancia y Sociedad 1995;30:229-62.
12. Pearlin L, Mullan J, Semple S, Skaff M. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. The Gerontologist 1990;30(5):583-94.
13. Rodríguez-Rodríguez P, Sancho Castiello, M.ª T. Vejez y familia: apuntes sobre una contribución desconocida. Infancia y Sociedad 1995;29:63-78.
14. Sánchez Vera P. Tercera y cuarta edad en España desde la perspectiva de los Hogares. REIS 1996;73:57-79.
15. Smith G, Smith M, Toseland R. Problems identified by family caregivers in counseling. The Gerontologist 1991;31(1):15-22.