



J. L. Vilchez Melgarejo

Enfermero Centro de Salud Zaidín-Sur. Granada. Profesor Asociado en Enfermería Comunitaria. Universidad de Granada.

Correspondencia:

J. L. Vilchez Melgarejo
Centro de Salud Zaidín-Sur
Poeta Gracián, s/n
18007 Granada

Necesidades de cuidado
en las personas mayores

Care needs in the elderly

Conferencia pronunciada durante las V Jornadas Andaluzas de Enfermería en Atención Primaria. Andújar (Jaén). Junio, 1998.

RESUMEN

Se presentan los estereotipos más frecuentes que tiene la sociedad sobre las personas mayores, analizando la importancia que tienen en el cuidado. A continuación se describen las necesidades sociosanitarias que tienen las personas mayores, lo que ellos mismos detectan, la necesidad de salud, dinero, de relaciones con la familia y amigos y las de origen religioso. Para, a continuación abordar cómo cubrirlos por medio de una atención que sea continuada, global, que vaya dirigida a la familia, que abarque la promoción y prevención de enfermedades y que vaya dirigida en gran parte a los ancianos más vulnerables.

PALABRAS CLAVE

Necesidades sociosanitarias; Ancianos; Cuidados enfermeros.

SUMMARY

The most frequent stereotypes are presented that has the society on the grown-ups, analyzing the importance that they have in the care. Next the necessities social and health is described that have the grown-ups, what themselves detects, the necessity of health, money, of relationships with the family and friends and those of religious origin. For next approach as covering them by means of an attention that is continued, global that goes directed to the family that embraces the promotion and prevention of illnesses and that it goes largely directed to the most vulnerable old men.

KEY WORDS

Necessities social and health; Old men; Taken care male nurses.



132 INTRODUCCIÓN

Todos sabemos que, conforme avanza la edad, las personas mayores requieren un creciente número de cuidados, suministrados éstos, fundamentalmente, en la comunidad donde viven.

Los cuidados con frecuencia están influenciados por los estereotipos, en su mayoría negativos, que la sociedad y las enfermeras como parte de ésta, tenemos sobre los ancianos, lo que influye directa y desfavorablemente en su atención.

El presente artículo tiene como objetivo sacar a la luz las falsas imágenes anteriormente mencionadas, y ya, con una mirada más clara, el descubrir cuales son las necesidades que tienen, contadas por ellos mismos, enfocadas en los aspectos sanitario y social, lo que nos ayudará como enfermeras/os a prestar unos cuidados de calidad; Se dan también una serie de pautas de actuación para ello, encaminadas a detectar e intervenir en los ancianos más vulnerables.

EL ENVEJECIMIENTO SOCIAL

Todos sabemos que hay muchas formas de definir el envejecimiento... Se puede hacer desde diferentes vertientes, algunas de ellas son la psicológica, física o social, es en este último apartado donde me quiero detener un momento. En el "envejecimiento social" pudiéndolo definir como: "el papel que la sociedad impone a sus miembros en cuanto estos alcanzan una determinada edad cronológica", que en la mayoría comienza en la edad de la jubilación (1).

En estos momentos, a los ancianos se les deja sin empleo, sin papel social que cumplir. Ya no son útiles, ya no se cuenta con ellos para contribuir al bienestar social y por tanto son unas personas gastadas sin relevancia pública.

Después de esta transición y en proporción a su edad cronológica les asignamos un papel destructivo, son considerados faltos de inteligencia, incapaces de desarrollar un trabajo, locos y aseuados.

Si no díganme ¿Cuántos jóvenes de veinte años comprenden que la capacidad sexual y la inteligencia normal son para toda la vida en humanos sanos?

En una encuesta del Consejo Nacional sobre el Envejecimiento, solo el 5% del público consideraba a los ancianos sexualmente activos.

ESTEREOTIPOS EN LOS MAYORES

Veamos algunas de las ideas falsas más comunes sobre el anciano (2):

La primera de ellas dice que "La mayoría de las personas de edad se sienten extremadamente desgraciadas". En realidad el grado de felicidad o desdicha de un anciano suele ser reflejo de su temperamento durante la juventud.

Otra idea falsa "La mayoría de personas de edad son dementes seniles o sicóticos". De hecho los investigadores consideran que sólo el 5% presenta caracteres sicóticos o deterioro intelectual importante; un 20% muestra alteraciones cuantificables de la memoria.

La siguiente cuenta que "Los ancianos son inútiles e incompetentes". Aunque es cierto que reaccionan con mayor lentitud y tardan más tiempo en realizar ciertas labores, los trabajadores de más edad tienen un rendimiento más regular, apenas cambian de trabajo y están menos expuestos a los accidentes y al absentismo.

"La mayoría de los ancianos dice otra necesitan ayuda en las actividades diarias" debido a problemas de salud. Aunque la senilidad se acompaña de ciertas enfermedades y cambios degenerativos, cerca del 80% de las personas de edad puede mantener un estilo de vida activo e independiente. Sólo un 5% requiere internamiento en instituciones, y únicamente el 15% presenta algún problema crónico incapacitante.

Otro de los estereotipos señala que "Los ancianos se asilan ellos mismos de la sociedad". En realidad la mayoría mantiene relaciones muy estrechas con familiares o amigos y conserva un cierto grado de actividad en que vive. Sin embargo muchos investigadores creen que la soledad es el principal problema de salud del anciano (Fig. 1).

Sobre esta base de creencias erróneas, las propias personas ya desde la juventud se creen, nos creemos, el papel que les va a tocar vivir cuando les llegue determinada edad, es lo que la investigación ha detectado, que una alta proporción de los cambios mentales y de actitud que



Fig. 1.

se aprecian en las personas mayores, no son efectos biológicos del envejecimiento, sino resultado del papel que desempeñan. En definitiva, de las huellas que les han dejado en su mente las falsas imágenes sobre la vejez. Como cuando se esperaba que las mujeres se desmayaran hace un siglo ante la visión de la sangre, hoy en cambio se ve ridículo y no se hace.

Nosotros tanto como personas, como en el papel de profesionales de la salud, hemos de reflexionar sobre estos aspectos para evitar teñir de falsas ideas la atención a las personas mayores, también evitamos ir marcándonos con ellos para cuando nos llegue la vejez, si ha de hacerlo.

En definitiva hemos de conseguir que la persona anciana llegue a ser vista; no como un viejo en primer lugar y como una persona en segundo, sino que una persona que, además resulta que es anciana, y que sigue siendo lo que siempre ha sido, añadiéndole experiencia y restándole las consecuencias de ciertos accidentes físicos del tiempo (3-5).

Sólo entonces, como enfermeras y enfermeros, habremos logrado nuestro objetivo.

¿QUÉ NECESIDADES SOCIOSANITARIAS TIENEN LAS PERSONAS MAYORES?

En primer lugar hemos de definir que es necesidad, como dice el diccionario (6) entre numerosas acepciones "falta de las cosas que son

menester para la conservación de la vida", podemos precisar que aquellas cosas necesarias para el bienestar físico, psicológico y social del anciano.

Como toda necesidad es un concepto subjetivo. Por lo tanto hemos de averiguar que es lo que los propios ancianos necesitan para vivir bien o con calidad de vida que es lo que últimamente se dice y que nos lo cuenten ellos.

Comenzamos por lo que destacan en primer lugar, y es tener buena salud (7), lo dicen el 89% de las personas mayores en la encuesta nacional de salud de 1987, podemos decir que la satisfacción vital de los ancianos está influenciada en gran parte por el tipo e intensidad de la autonomía funcional que tienen.

Los estudios (8) nos dicen que el 80% de los mayores residente en sus domicilios tienen un alto grado de autonomía, calificándola incluso como buena en el 84% de los casos. También vemos como la autonomía disminuye de forma significativa en los mayores de 80 años.

Esta limitación en la capacidad funcional para realizar acciones de la vida diaria puede serlo para los autocuidados (bañarse, vestirse, comer, continencia de esfínteres, etc.) o a nivel instrumental (usar el teléfono, hacer la compra, lavar la ropa, etc.) encontrándose en este último apartado mayor número de limitaciones.

Las personas que tienen algún tipo de dependencia, esta se compensa fundamentalmente por la familia. En los casados la fuente de ayuda es el cónyuge en las tres cuartas partes y en los que han enviudado o viven separados son los hijos en el 62% de los casos. La existencia de síntomas psiquiátricos en los ancianos que son cuidados supone un esfuerzo extra a la cuidadora ya que es mujer fundamentalmente la que desempeña este papel, llevándole en muchos casos al agotamiento y a la enfermedad.

Generalmente los mayores tienen una buena percepción de su salud y de su vida. Se ha encontrado (9) que la supervivencia está mucho más relacionada con la salud subjetiva que con la objetiva y que la atención de salud positiva es uno de los factores asociados a un envejecimiento satisfactorio. Son las personas con autopercepción de salud negativa las que tienen un mayor número de enfermedades crónicas, de síntomas, toman más fármacos y tienen algún grado de incapacidad funcional.



¿Y cuáles son las enfermedades que más afectan su vida diaria? Según ellos son la artrosis, bronquitis crónica, cataratas, cardiopatía isquémica e hipoacusia; enfermedades, que afectan de forma clara a la capacidad funcional y que contrastan con las clasificadas a nivel médico que son enfermedades del aparato cardiocirculatorio, tumores en enfermedades de aparato respiratorio y dentro de las catalogadas como crónicas, las más frecuentes son: hipertensión, artrosis, obesidad y dislipemias (10).

Quince de cada cien ancianos viven solos (11), esto sucede más en mujeres que en hombres, aumentando este porcentaje con la edad. En las mujeres cuando son ya muy mayores, unos 85 años, comienzan a irse a vivir con los hijos.

Después de la salud, lo que más preocupa a las personas mayores es su situación económica. Siendo los más pobres las personas mayores de 70 años, que se jubilaron hace 10 ó 15 años y han sufrido la pérdida del poder adquisitivo por la inflación de hace unos años. Particularmente son las mujeres las más desfavorecidas, debido a que suelen retirarse del trabajo antes que los hombres, cobran salarios inferiores, viven más tiempo solas y muchas de ellas solo perciben la pensión de viudedad.

Podemos decir que un alto porcentaje de los ancianos son pobres y, lo que es peor, se han adaptado a la pobreza o lo que es lo mismo a la desigualdad económica y cultural.

A continuación y a escasa distancia del anterior lo que más les influye para tener una buena calidad de vida, son las relaciones con la familia y amigos en un 28% de los casos.

La compañía es una de las cosas que más valoran (11), siendo el confidente la persona clave en la red social del anciano pues comparte sus alegrías y dificultades, le cuida y ayuda en sus tareas cotidianas, le presta apoyo, comprobándose que su presencia disminuye la ansiedad y los síntomas depresivos.

Una de cada 10 personas mayores de sesenta años tiene escasas y pobres relaciones sociales.

Podemos comprobar también que en nuestra sociedad, como expone C. Blasco (proyecto FIS 93/0755) existe un escaso acercamiento del anciano a los recursos sociales, como son los clubes, hogares, viajes, servicios de ayuda a domicilio, prefiriendo en todo caso cuando salen a la calle el pasear y estar con los amigos.

Un último punto en lo que a necesidades se refiere, son las de origen religioso, más importante en esta edad que en otras. Les ayuda a dar significado a sus vidas a la vez que supone una fuente de apoyo social. También se ha encontrado en los ancianos una relación clara entre ir a la iglesia y tener buena salud mental y una tasa menor de enfermedades cardiopulmonares, cirrosis y algunos tipos de cáncer (C. Útero) (12).

Podemos contestar a la pregunta que nos hacíamos al principio ¿Qué necesidades sociosanitarias tienen nuestros ancianos? Con lo que seguramente ustedes ya han pensado y dice la canción: salud, dinero y amor,... curiosamente ellos las nombran también en el mismo orden.

La expresión de estas necesidades sobre el gasto sanitario se expresa en alguna de las cifras siguientes (13):

La atención al anciano en farmacia supone el 68% del gasto en este apartado. Consultan al médico un 60% más que el resto de la población y suponen el 35% de las hospitalizaciones, excediéndose en la estancia media en 12 días. Supone en definitiva el 40% del gasto sanitario total.

PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN A LOS MAYORES

Y... ¿Cómo cubrir esas necesidades? Desde nuestro trabajo como enfermeros y enfermeras de atención primaria.

Hemos visto que a lo que hemos dado en llamar ancianos suponen un grupo de población que abarca unos 35 años de vida, así por ejemplo la esperanza de vida de las mujeres de Andalucía (14) al llegar a los 65 años es aún de 20 años y si llegan a esta edad aún les queda una esperanza de 6 años más. Ni que decir tiene que es un período amplio de tiempo, tan amplio que las necesidades sociosanitarias van a variar en función de muchas variables, centrándose las necesidades de cuidado en el último período.

En el ámbito general la atención a los ancianos viene guiada por los siguientes principios:

El primero la Atención dirigida a la familia.

A medida que se debilita la función del anciano, los miembros de la familia a menudo asumen un papel activo en la provisión de ayuda y apoyo, re-



quiere del personal sanitario información sencilla de la enfermedad que padece, y de los servicios que hay disponibles, formación en diferentes habilidades para el cuidado y apoyo emocional puesto que el bienestar mental y físico de los cuidadores es importante para la permanencia de los ancianos en la comunidad y fuera de las instituciones (15).

El segundo principio es el de Atención continuada y global.

La mayoría son pacientes con enfermedades crónicas lo que implica el mantenimiento longitudinal de la historia clínica, la coordinación en la atención con otros profesionales de la salud y la orientación al escoger los escenarios óptimos para la atención, ya sea en el centro de salud, domicilio, o coordinado con otras instituciones.

El tercer principio es el de promoción de salud y prevención de enfermedades.

Todos sabemos que un estilo sano se asocia con una mejor salud y longevidad. Las actividades preventivas primarias aconsejadas a los ancianos (16-18) y que demuestran mejor evidencia científica para su realización son: La detección de las personas fumadoras y el posterior consejo, la inmunización de la gripe, y de la difteria y tétanos, en esta última enfermedad el índice de casos fatales supera el 50% en las personas mayores de 60 años y parece mentira que siendo como se le llama la "enfermedad inexcusable" haya sólo veinte de cada cien ancianos vacunados. Ante esta situación me pregunto ¿Qué hacemos los enfermeros y enfermeras de atención primaria? que no está, vacunada la mayoría de la población? ¿No, nos estaremos perdiendo en programas muy sofisticados, que ocupan mucho tiempo, abarcan poca población y el impacto en salud aún no está demostrado?

Otras actividades con menor grado de evidencia para aplicar a esta población serían la detección y consejo en el consumo de alcohol, nutrición, ejercicio físico y dentro de las actividades de prevención secundaria la de mayor evidencia para su aplicación es la medición de la presión arterial para su detección precoz.

El cuarto principio es el Mantenimiento de la independencia funcional. Se debe de tender a cambio en el tipo de valoraciones geriátricas que se realizan, estas deben de ir orientadas a detectar problemas funcionales, que la práctica, son

problemas de visión, audición, dentadura, continencia, movilidad y cognición.

Las enfermeras en el proceso de valoración para determinar las necesidades de salud podemos utilizar los patrones funcionales desarrollados por M Gordon (19).

Podemos ayudarnos en la valoración de escalas válidas y fiables (17, 20, 21), para medir la función física, entre ellas tenemos el índice básico de Katz de las AVD, la escala EVA (escala de valoración de la autonomía) desarrollada en el Distrito Sanitario de Guadix y la escala de AVD Instrumentales. Entre las que valoran la función cognitiva tenemos el Shor Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer y el mini examen cognitivo de Folstein. Existen así mismo otras escalas que miden el estado afectivo y emocional y el apoyo social.

A los mayores es necesario realizar una valoración del domicilio con el fin de ver el medio en el que vive y las repercusiones que puede tener sobre la salud.

LOS ANCIANOS VULNERABLES

Bien... llegados hasta aquí, con una población numerosa a la que atender y recursos sanitarios limitados, hemos de dirigir los cuidados sobre los *ancianos* que más lo necesitan, los más *vulnerables* (22, 23), su retrato sería el siguiente:

Persona de edad avanzada (normalmente, más de 75 años).

Que presenta problemas de salud complejos (agudos y crónicos) e incapacidades relativas a las actividades de cuidado personal y a las del mantenimiento del ambiente.

Y cuyo entorno social de apoyo, o no existe o se encuentra en vías de agotamiento.

Estos criterios los podemos utilizar para priorizar la atención sobre determinados grupos de población según las necesidades existentes en nuestro medio.

Otra estrategia de intervención es el detectar las instalaciones existentes en el área para ayudar a los mayores y descubrir cuales son sus carencias (24). Una vez descubiertas intervenir para que se solucionen.

Después de todo: "a donde ellos van, nosotros les seguiremos".



BIBLIOGRAFÍA

1. Comfort A. La edad dorada, guía para entender y disfrutar la vejez. Barcelona, Grijalbo 1991.
2. Blocker L, Dolan MB. Examen y valoración del paciente geriátrico. En Moran B, editora. Cuidados geriátricos en enfermería. Doyma. Barcelona 1985; p. 8-27.
3. Aranguren JL. La vejez como autorrealización personal y social. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales 1992.
4. Mompert MP. Las enfermeras del envejecimiento, el envejecimiento de las enfermeras. Gerokomos 1996; 19:3-10.
5. Bonafont A. El cuidar y los ancianos. Gerokomos 1997; 20:49-59.
6. Diccionario Enciclopédico Plaza & Janés. Barcelona, Plaza & Janés. 3ª edic. 1983.
7. Salud de los ancianos. Informe SESPAS 1993: La salud y el sistema sanitario en España, p. 107-17.
8. Guía de atención a la salud del anciano. Junta de Andalucía. Consejería de Salud 1992.
9. Gorroñoigoita A, Ibáñez F, Olaskoaga A. Autopercepción de salud en el anciano: relación con algunas variables socio-económicas y de salud. Aten Primaria 1992;(10)5:771-6.
10. Bayó J, Fernández-Aramburu MC, Orfila F, Dalfó A, Casajuana J, Vila MA et al. Autopercepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. Aten Primaria 1996;4:273-9.
11. Pérula de Torres LA, Martínez de la Iglesia J, Espejo J, Rubio MV, Enciso I, Fonseca del Pozo FJ et al. Estado de salud de la población mayor de 60 años y su relación con factores sociodemográficos (proyecto ANCO). Aten Primaria 1997; 8:425-34.
12. Argyle M. La psicología de la felicidad. Madrid, Alianza Editorial 1992.
13. Nevot C. Repercusiones del envejecimiento en el gasto sanitario en España. Colaboraciones/Lankidetzak. Osasunkaria 1993, 6.
14. Estructuras demográficas de los distritos sanitarios. Boletín epidemiológico de Andalucía. Vol. 6, nº 3 marzo 1991.
15. De la Rica M. Los cuidadores de ancianos que padecen demencia, Proyecto de enfermeras educadoras, Diploma in Health Visiting. Agosto 1991.
16. López-Torres J, López Verdejo MA. ¿Qué hay que prevenir en el anciano? Formación médica continuada en atención primaria (4)6:359-67.
17. Grupo de trabajo de la semFYC. Atención al anciano. Madrid, Eurobook 1997.
18. Lawrence RS, Mcguinis JM. Guía para la asistencia clínica preventiva. Buenos Aires: Editorial Médica Hispanoamericana 1985.
19. Gordon M. Diagnóstico enfermero: Proceso y aplicación. Barcelona: Doyma, 3ª ed. 1996.
20. Adelman AM, ed. et al. Geriatria I. Monografía, ed. nº 148, Home Study Self-Assesment Program. Kansas City, Mo: American Academy of Family Physicians, Sept. 1991.
21. Contel JC, González M. Instrumentos de valoración multidimensional en atención domiciliaria. Cuadernos de Gestión. 130-40.
22. Rodríguez R, Zunzunegui MV, Bergmana H, Béland F. Servicios sanitarios y sociales para ancianos vulnerables en Québec: la experiencia SIPA. Aten Primaria 1998;6:405-11.
23. Perlado F. Teoría y práctica de la geriatría. Madrid, Díaz de Santos 1995.
24. Fry J, Gambrill EC, Moulds AJ, Strube G. Manual Beecham de medicina familiar. Barcelona, Ancora 1991.