

EL ANCIANO FRÁGIL

Beatriz Eugenia Botero de Mejía*

Resumen

Los cuidadores deben enfrentar el manejo de los adultos mayores cuando estos se enferman, deben conocer el tipo de cuidados a dar y conservar el bienestar. Las prácticas para mantener la salud difieren de un lugar a otro y pueden estar influidas por la suma de problemas derivados de los efectos de la enfermedad crónica, las dificultades de acceso a los servicios de salud y los problemas financieros.

La actitud negativa hacia las personas mayores por quienes proveen el cuidado, puede producir alteración en el mantenimiento de la salud, razón por la cual muchos ancianos terminan institucionalizados. Esta situación genera un mayor grado de dependencia, debido a la iatrogenia por el uso de procedimientos invasivos, por la restricción física y el alto uso de medicamentos. La persona en el hogar tiene menores riesgos de infecciones cruzadas y mayor libertad de seleccionar a los cuidadores; sin embargo, estos pueden tener dificultades para dar el cuidado especialmente cuando existe impedimento mental o discapacidad física en el paciente.

Un aspecto trascendental para tener en cuenta es que la responsabilidad, requiere del conocimiento de sí mismo y del sentir. El profesional y el cuidador deben enseñarla, el enfermo y su familia deben asumirla. Si no se tiene la capacidad para sentir los mensajes de malestar o bienestar que manda el cuerpo no se puede responder. La respuesta surge desde el propio corazón, no es condicionada; de manera que se debe respetar la integridad de aquello que requiere de la propia respuesta.

Palabras claves:

Frágil. Adulto mayor. Mantenimiento de la salud. Autocuidado. Cuidador.

* Enfermera, Magíster en Gerontología Social. Docente Titular. Departamento de Salud Pública, Universidad de Caldas

Los cuidadores en el hogar enfrentan ciertos problemas en el manejo de los adultos mayores cuando estos se enferman, algunos de los cuales están influenciados por el tipo de cuidado que se debe dar y por las condiciones que tiene el entorno cuando no son las más adecuadas, razón por la cual se ven abocados a institucionalizarlos. Es así como deben tener en cuenta algunas condiciones que pueden afectar el bienestar de la persona y alterar el mantenimiento de su salud.

La Sociedad Norteamericana de Diagnósticos en Enfermería define la alteración en el mantenimiento de la salud, como la incapacidad para identificar, manejar y o mantener la salud, la cual se puede presentar por dificultad en la comunicación, impedimentos cognitivos, ineffectividad para comprender y copiar respuestas, incapacidad para hacer tareas y deficiencia para mantener los propios recursos. Las prácticas para mantener la salud difieren de un lugar a otro y pueden estar influidas por la suma de problemas derivados de los efectos de la enfermedad crónica, las dificultades de acceso a los servicios de salud y los problemas financieros.

La actitud negativa hacia las personas mayores por quienes proveen el cuidado, puede producir alteración en el mantenimiento de la salud, razón por la cual muchos ancianos terminan institucionalizados. Esta situación genera un mayor grado de dependencia, debido a la iatrogenia por el uso de procedimientos invasivos, por la restricción física y el alto uso de medicamentos. En general la persona en el hogar tiene menores riesgos de infecciones cruzadas y mayor libertad de seleccionar a los cuidadores; sin embargo, estos pueden tener dificultades para dar el cuidado especialmente cuando existe impedimento mental o discapacidad física en el paciente.

El significado de salud para los adultos mayores tiene un componente hacia el futuro por el incre-

mento de carencias que se dan por el envejecimiento y también por el consenso que se da entre los profesionales de estigmatizar la funcionalidad física y psicológica, la cual se conceptúa como achaques propios de esta edad. Muchos consideran que es un aspecto multidimensional; sin embargo, se presenta disparidad conceptual entre el adulto mayor y el cuidador. El cuidador cree que lo más importante es el cuidado físico más no la educación, mientras que el paciente piensa que la educación es lo más importante y no así el cuidado físico.

Se pueden enumerar algunos factores individuales dados por los impedimentos en la comunicación, por la pérdida de la audición que impiden a la persona estar informada acerca de los procesos de la enfermedad, como también el desconocimiento especialmente relacionado con el cuidado y tratamientos requeridos. La discapacidad visual puede tener efectos similares a la incapacidad de comunicarse verbalmente, muchas veces el no poder expresar los síntomas o aspectos de su enfermedad impiden que se haga un diagnóstico más acertado.

Los factores etiológicos deben orientar la intervención cuando se presentan alteraciones para mantener la salud. Cuando hay impedimentos en la comunicación dados por problemas severos de tipo visual se puede utilizar los casetes los cuales le recuerden al mayor las actividades o algunos cuidados que él no estaría en condiciones de leer. Si el problema es auditivo el sugerir mediante listas los cuidados, para que lea y los vaya recordando. Cuando se presentan impedimentos en la comunicación verbal, se requiere desarrollar habilidades que favorezcan la gesticulación o también efectuar una comunicación a través de un tablero.

Entre las enfermedades por las cuales el adulto mayor puede perder la capacidad de comunicación están el accidente cerebrovascular, las demencias,

el delirium, la depresión, la degeneración macular y la presbiacusia. Con relación a los impedimentos cognitivos, la persona puede tener comprometida la memoria y el juicio. Como consecuencia de estas deficiencias en la enfermedad arterial coronaria se puede presentar olvidos y la persona no informa sobre los episodios de dolor en el pecho o puede tener problemas en su capacidad para decidir cuándo debe descansar o tomar bajo la lengua la nitroglicerina. En la demencia, el delirium y la depresión también se puede afectar la memoria, el juicio y la capacidad de autocuidado.

La intolerancia a la actividad puede afectar el mantenimiento de la salud por la reducción de la capacidad disponible de energía para realizar las actividades de la vida diaria. Personas con fatiga crónica, pueden omitir fácilmente la higiene oral o pueden estar consumiendo mucha energía para ir a las citas. Los impedimentos*en la movilidad contribuyen a alterar el mantenimiento de la salud, la cual incluye la disminución en la fuerza de las manos, la motricidad y coordinación fina, la dificultad para caminar, aspectos que entre otros afectan la capacidad para la administración de los medicamentos orales o inyectables.

Sí la persona sabe escribir pero tiene incapacidad para hacer una copia se puede generar una situación que lleva a la persona a actuar con negligencia y generarle dificultades, esta es una situación que puede interferir en la capacidad y el juicio para resolver problemas.

Las enfermedades crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes mellitus, la hipertensión, la enfermedad vascular periférica requieren de autocuidado para mantener la salud, por ejemplo una persona con diabetes debe aprender a vigilar sus pies de forma regular porque la morbilidad está asociada con úlceras de los dedos. Una persona con enfermedad crónica debe

aprender las actividades que le permitan manejar sus problemas de salud debido al alto riesgo que tienen para mantenerla.

Los factores sociales que influyen en la dinámica familiar juegan un papel muy importante en el mantenimiento de la salud, cuando la familia cree que la asistencia es muy simple y considera que no se requiere de conocimientos, por ejemplo cuando es necesario realizar el traslado de un adulto mayor a una cita, creen que el cuidador puede ser cualquiera. Las familias pueden experimentar conflictos sobre las prioridades en el cuidado de la salud, puede desagregar o separar el tipo de cuidados que, debe ofrecer, se les dificulta a quién delegar y qué delegar; sin embargo, la persona mayor desea que su salud sea considerada desde lo psicológico y espiritual y no solo lo físico, la cual muchas veces puede estar también muy comprometida.

El factor económico influencia el acceso a los servicios de salud para que la persona pueda mantener la salud, no se paga por la prevención, muchos aditamentos que podrían ser tenidos en cuenta como sillas de ruedas, sillas de baño, cabestrillos, prótesis dentales, se consideran lujosos.

La actitud del equipo de salud ante el adulto mayor puede limitar el acceso a los servicios de salud, si consideran que, por ser viejos, ya no requieren los servicios y mucho más si se trata de una rehabilitación. Las creencias religiosas y prácticas pueden afectar el mantenimiento de la salud, pueden llevar a temores para tomar decisiones acerca del cuidado profesional y evitan los cuidados que se puedan ofrecer en su entorno. Los testigos de Jehová no aceptan una transfusión, entre los indígenas algunas prácticas en salud no son aceptadas. Finalmente los factores ambientales como la disponibilidad de transporte público, las rampas para sillas de ruedas y los espacios circundantes, son aspectos fundamentales que faci-

litan la accesibilidad a los servicios, condición muy importante para mantener la salud del adulto mayor.

Otra situación que se puede dar es la posibilidad de sufrir una enfermedad, es un problema que se puede presentar en las personas mayores especialmente cuando hay fragilidad. El término frágil significa quebradizo, que se rompe fácilmente. Fácil de estropearse. Que cae fácilmente en pecado. Caduco, débil, poco resistente, susceptible de estropearse con facilidad. Tiene una voluntad (diccionario Encarta 2000). McLane 1987 define la fragilidad: cuando las condiciones ambientales y los recursos de adaptación con los que cuenta el adulto mayor para defenderse lo exponen al riesgo de sufrir un accidente por trauma, quemadura o envenenamiento.

Las reservas homeostáticas dadas por los cambios propios del envejecer y el incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas que impiden el proceso de salud y predisponen a padecer impedimentos funcionales, son otros factores que también exponen a la persona, sin embargo depende de los cuidados y de las condiciones ambientales adecuadas que faciliten el control de los riesgos de padecer una enfermedad, de agudizarla o generar nuevas complicaciones.

Según Waller (1985) el 23% de personas mayores de 65 años mueren por accidentes y el 75% de ellas es por caídas. En un estudio en 1996 (Botero, Realpe y Martínez) en una institución de salud en Manizales, encontró que el 21% de los ancianos institucionalizados tienen caídas, Hogue (1982) dice que las personas mayores de 65 años tienen el doble de expectativa fatal de quedar lisiado por un accidente. En personas mayores de 75 años la muerte se produce por el daño generado por caídas.

La siguiente guía de evaluación puede ser muy útil para los cuidadores, facilita hacer una valoración cuando una persona o grupos de una comunidad tienen alteraciones en el mantenimiento de la salud (McLane 1987)

- Pérdida demostrable de conocimientos acerca del cuidado básico
- Carencia demostrable de comportamientos de adaptación internos y externos frente a los cambios ambientales
- Incapacidad en alguno o todos los patrones funcionales para *realizar tareas* con responsabilidad
- Historia de pérdida de prácticas para buscar la salud
- Claro interés en mantener comportamientos sanos
- Pérdida de equipos y recursos financieros
- Deterioro de los sistemas de soporte personal.

Según McLane en 1987, las características potenciales para que una persona pueda llegar a la discapacidad son:

- Impedimento visual, auditivo y sensación vestibular periférica
- Impedimentos cognitivos especialmente en el juicio
- Alteraciones sanguíneas como leucopenia, leucocitosis, trombocitopenia, anemia, alteraciones en la coagulación.
- Problemas físicos como rupturas de piel, zonas de equimosis, disminución de la masa muscular, alteraciones en el balance, ataxia
- Historia de caídas, violencia familiar, desórdenes afectivos, drogas con bajo índice terapéutico o asociado con caídas
- Cambios ambientales recientes
- Hospitalización.

Haddon (1968) y Waller (1980) desarrollaron el concepto de fases para guiar los esfuerzos de pre-

vención de daños. El modelo supone que el agente de todas las lesiones en escalas, tapetes, estufas y automóviles es los cambios no intencionados en la energía. Describe tres fases: La primera fase incluye todos los eventos que le permiten a la persona pensar y dejar esa energía, por ejemplo identificar en qué condición mental está el anciano y qué lo expone al daño, la segunda fase cuando la energía actúa sobre el tejido humano produciendo el daño, si se sabe con anterioridad cual es la condición de salud del anciano y cual podría ser la consecuencia ante el evento que se de y la tercera cuando hay que llevar a la persona a un servicio de urgencia por el tipo de lesión que se produce y por las condiciones en que el anciano se encuentra. Conocidas cada una de estas etapas el cuidador puede asumir estrategias, para prevenir los accidentes por quemaduras.

Los principales factores individuales y ambientales que contribuyen a causar daño a los adultos mayores son las caídas, el envenenamiento, las quemaduras, la alteración en los mecanismos de defensa y las reacciones adversas a medicamentos. Como factores individuales se pueden destacar los impedimentos cognitivos, desórdenes afectivos, osteoporosis, debilidad muscular, disminución en la resistencia, problemas en el balance, quemaduras e infecciones. Los factores ambientales que pueden también causar daño, como por ejemplo en las caídas, son: la poca iluminación, muchas escalas, pasamanos sin reparar, mobiliario en mal estado, desorden, sillas muy bajas, camas con rodachines que no tienen estabilidad.

Contribuyen al envenenamiento la baja iluminación, tóxicos químicos en la cocina, falta de oportunidad de conocer los efectos tóxicos de los medicamentos y no tener instrucción clara de la dosis. Los profesionales y cuidadores para realizar una valoración de un adulto mayor deben incluir cada uno de los anteriores aspectos con el fin de preve-

nir los daños, puesto que son potencialmente vulnerables a padecerlos.

La intervención mediante un plan de cuidado se debe orientar hacia la prevención de los daños por accidente, en el cual se incluyan programas que permitan identificar factores de riesgo individual y ambiental. Los riesgos ambientales se deben corregir, de igual manera el médico debe valorar el riesgo beneficio de los medicamentos, como por ejemplo al administrar los depresores del sistema nervioso central.

El uso de restricción física en las personas mayores se debe hacer bajo vigilancia puesto que esto podría acarrearle muchos problemas, como una caída con la misma silla, además que en sí es una acción deshumanizante. También la restricción puede predisponer a aumentar la lesión debido al incremento en la atrofia muscular y a las lesiones en la piel, razones por las cuales debe hacerse por un tiempo limitado y se requiere que la familia y el equipo de salud estén educados para un manejo adecuado.

La calidad en los pisos y la remoción de tapetes son buenas medidas para evitar las caídas, reducir las sustancias que contengan tóxicos puede evitar las posibles intoxicaciones, mantener el agua de las duchas con un control de temperatura de 120° F equivalente a 48.8°C es la ideal para evitar quemaduras.

Otro problema es el descuido o desacato en las personas que no siguen las recomendaciones terapéuticas. Si bien el objetivo de los tratamientos es desarrollar un mejor estado de salud y es un problema que se puede presentar en todos los grupos de edad, se puede apreciar que en la comunidad las personas tienen un mejor control sobre las rutinas diarias y son más competentes; sin embargo, las personas institucionalizadas dependen general-

mente de otros o son más supervisados. El problema de desacato se ve mucho en pacientes hipertensos y diabéticos y con déficit sensorial y de memoria.

El estado funcional en los adultos mayores durante las enfermedades crónicas a menudo resulta en empeoramiento, si se identifica a tiempo una intervención, se puede minimizar la discapacidad y maximizar la independencia. El empeoramiento funcional está correlacionado con mayor incidencia de caídas por la confusión, incontinencia y dificultades para comer en personas mayores de 85 años que tienen impedimentos auditivos, visuales y en la expresión verbal, los cuales requieren asistencia para las actividades de la vida diaria. Cuando se requiere de hospitalización, estas personas tienen mayor riesgo a tener una declinación funcional por la gran dependencia y el gran número de diagnósticos encontrados en la admisión. La discapacidad funcional se da en aquellas personas que tienen dependencia para el baño, la deambulación y para vestirse.

Las personas mayores temen ver comprometida su independencia. Nunca se sabe cuál es el costo en la atención, de ahí que promover la independencia es muy importante para disminuirlos, los cuales se pueden ver recargados por una estancia larga en una institución. La persona con empeoramiento funcional va a requerir más ayuda y soporte profesional e institucional. Es desafortunado que los adultos mayores no tengan las oportunidades de rehabilitación; muchos profesionales creen que el adulto mayor no tiene el potencial para ser rehabilitado o para mantener algún nivel de funcionalidad, es necesario cambiar la mentalidad según la cual dependencia y muerte son sinónimas; por el contrario, lo que se debe hacer es la rehabilitación y así lograr un nivel de funcionalidad. También hay que conocer que los mayores tienen problemas multisistémicos dados por alteración en

la homeostasis, los cambios del envejecimiento, los múltiples regímenes terapéuticos y la futura hospitalización.

Al hospitalizar al adulto mayor es importante conocer el estado de salud, la capacidad funcional antes de ser hospitalizado, los estilos de vida, las actividades de la vida diaria, el nivel y deseo de independencia, la relación con otros y los efectos de factores ambientales, por ello es fundamental incluir al paciente y a la familia en las decisiones para promover la complacencia y adherencia a la intervención. Los planes comunitarios deben evaluar la disponibilidad de recursos como: soportes físicos, sociales y en el entorno, las relaciones interpersonales con una o más personas y con proveedores del cuidado.

Son pocas las razones para que una persona mayor se inmovilice, podría ser una situación catastrófica debido a un estado agudo por pérdidas severas de sangre, trauma, lesiones en la cabeza, quemaduras y fractura de cadera. En una institución esto se puede producir por las barreras ambientales, camas con rodachines, restricción, camas altas, abandono del personal para ayudar con la movilización, impedimento cognoscitivo, desórdenes del sistema nervioso central, dolor a la movilización, desórdenes afectivos, cambios sensoriales, enfermedades terminales y episodios agudos de las enfermedades. Los motivos para la inmovilidad son la incontinencia fecal y urinaria, úlceras por decúbito, trauma emocional, depresión, debilidad, deprivación sensorial, desórdenes del sueño y desbalance electrolítico.

Los pacientes deben ser movilizados frecuentemente y esto se debe especificar a los cuidadores, por ejemplo sentarse en la silla cuando va a comer y caminar para ir al baño las veces que sea necesario al día. El ejercicio se debe realizar manteniendo un rango de extensión y flexión y de

acuerdo con la limitación que tenga, se pueden realizar en la cama y en la silla si no está en condiciones de hacerlo de pie.

La promoción de la independencia y los autocuidados es decisiva, si no se corrigen las limitaciones el resultado final será dar más ayuda al paciente. Como ya se había dicho, es esencial facilitar equipos auxiliares de adaptación, participar en la toma de decisiones y fomentar el control perceptual. La planeación del cuidado se debe hacer entre el cuidador, el adulto mayor y el profesional, proponerse metas a corto y mediano plazo y evaluar el avance positivo en el proceso de la discapacidad. Se podrían enumerar muchas situaciones con las cuales el adulto mayor y también los cuidadores se podrían enfrentar, tales como problemas bucales, cutáneos, de los pies, de la movilidad, trastornos en la excreción urinaria, problemas intestinales, problemas de la visión y auditivos, problemas cardiovasculares, problemas respiratorios, dolor, problemas psiquiátricos y cognitivos, pero se debe tener siempre presente que nunca se debe hacer por el anciano lo que puede hacer por sí mismo y es un compromiso profesional, enseñar a los familiares, cuidadores y al adulto mayor.

Un aspecto trascendental para tener en cuenta es que la responsabilidad, requiere del conocimiento de sí mismo y del sentir. El profesional y el cuidador deben enseñarla, el enfermo y su familia deben asumirla. Es algo que surge desde la propia vivencia, si no se tiene la capacidad de sentir el propio cuerpo no se puede ser responsable, si no se tiene la capacidad para sentir los mensajes de malestar o bienestar que manda el cuerpo no se puede responder; de manera que la respuesta surge desde el propio corazón, no es condicionada y respeta la integridad de aquello que requiere de la propia respuesta.

Si simplemente se reacciona frente a un evento la persona se puede someter a convertirse en una víctima. Esta situación puede llevarla a irritabilidad, la cual es un terrible ruido que puede obstaculizar el camino de sentir y de sentir desde el corazón; el actuar entonces se vuelve automático, programado y condicionado, lo cual conduce a la dependencia, razón por la cual negarse a ser responsable es convertirse en dependiente e irresponsable.

El temor es otro estado que como la irritabilidad llevan por un camino no responsable, son situaciones que no dejan asumir la responsabilidad, la cual también significa actuar con libertad y requiere de autoconciencia. Si se empieza por los más pequeños detalles y se asume con conciencia cada actuación, es muy seguro que se esté siendo responsable, así que si se llega a ser responsable de alguien o de algo, se debe hacer desde el corazón, desde el alma. Hay que tener en cuenta como profesionales siempre enseñarlo a los demás para que lo asuman de manera real y con responsabilidad. La responsabilidad es el contacto con la realidad, es lo que aferra a lo terrenal.

La responsabilidad implica asumir lo que le corresponde, si se asume lo que otros pueden hacer y que es de su responsabilidad se actúa dispersando, es una situación que niega toda posibilidad de ser responsable, mientras que si se pretende hacer todo de un solo golpe se empieza a perder toda perspectiva, entonces se pierde el sentido de las proporciones, es ahí donde se debe tomar conciencia de dónde están los propios límites, si no se perderá toda la coherencia y no se podrá actuar adecuadamente, puesto que lo coloca fuera de la capacidad de relación con el entorno en el que se desenvuelve. La capacidad de responder depende de la capacidad de interacción que se tiene con el entorno, debe ser tan clara especialmente en todo aquello con lo cual se siente con habilidad, como-

didad y alegría, sin resistencia, ni preocupación, en aquello que se puede actuar de una manera coherente. Saber elegir el momento oportuno permite ser responsable. Hacer las cosas desde el alma, desde el corazón, con calidad es ser responsable, es hacerlas con conciencia, es tener en cuenta las prioridades, es reconocer en donde está lo esencial, es saber resolver lo pendiente puesto que la responsabilidad siempre es del presente.

Soy responsable del hoy, no del futuro ni del pasado, porque si no estamos abocados a culpabilizarnos, de manera que ahora se hará una sola cosa, porque si aparecen otras al mismo tiempo se tendrá que aplazarlas y ahí se estará actuando de forma que puede llegar a ser irresponsable. Para construir siempre hay que cimentar desde la base, en la construcción de la red de relaciones, hay que partir desde nosotros mismos, tomando conciencia sobre cualquier vacío, fricción, dolor o irritabilidad. Cuando en nosotros existe alguno de estos sentimientos, se dificulta establecer relaciones con otros; de ahí la importancia de reflexionar pues, como ya se había expresado, si se actúa con irritabilidad se estará siendo irresponsable y las relaciones estarán afectadas.

Aceptarse a sí mismo facilita ser responsable y permite tener un sentido de las proporciones. La primera noción de ser responsable surge cuando nos queremos, no de manera egoísta. Es contar consigo mismo, no como sucede casi siempre, se actúa contando con el otro, con lo externo, no contamos con nosotros mismos, conducta que lleva a actuar de manera irresponsable. Para tener responsabilidad en las relaciones, es necesario tener un adecuado sentido de las proporciones. La responsabilidad se vive desde la propia conciencia, se refleja en el cuerpo que es un buen señalador. La verdadera responsabilidad está en construir la red de relaciones amorosas, incondicionales, sólidas, se empieza por cada uno de nosotros aceptándose y aceptando al otro. Como profesionales y cuidadores se debe asumir esta responsabilidad y proyectarla en los demás.

Bibliografía

- BOTERO DE MEJÍA, Beatriz Eugenia. El Autocuidado en la vejez. Manizales: Universidad de Caldas, 1995.
- BOTERO DE MEJÍA, Beatriz Eugenia. El cuidado integral, la familia y el cuidador. Revista de la asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica, Vol 14, N 1, Santafé de Bogotá: enero-marzo, 2000.
- CARVAJAL POSADA, Jorge Iván. Los doce portales del alma. La responsabilidad. SEMINARIO DE SINTERGE-TICA (2000. Medellín Colombia) Sin publicar
- LUCKMANN, Joan. Cuidados de Enfermería Saunders. Vol 1, México: McGraw Hill Interamericana, 2000.
- MATTESSON, Mary Ann. MACCONNELL, Eleanor S. Gerontological Nursing. Philadelphia: W. B. Saunders Com-pany, 1988.