GEROKOMOS
Volumen VIII
Número 20
Páginas 49 a 59
Mayo 1997

Rincón científico

ECOS

A. Bonafont

El cuidar y los ancianos*

Directora de E.U.E. Vic (Barcelona).

* Conferencia pronunciada durante el VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Santander, abril 1995.

Correspondencia:
A. Bonafont
Escuela Universitaria de Enfermería
Miramarges, 4
08500 Vic (Barcelona)

El planteamiento de mi intervención responde a la inquietud de buscar respuestas a los interrogantes que ha generado mi trabajo con personas ancianas:

- ¿Qué significa el hecho de envejecer?
- ¿Qué representa para mí, como persona, cuidar a los ancianos?
- ¿Qué significa acompañar a las personas a vivir de manera satisfactoria su vejez?

APROXIMACIONES PARA COMPRENDER A LOS ANCIANOS Y LA COMPLEJIDAD DE SUS CUIDADOS

Introducción

A modo de introducción les diré que durante cinco años trabajé en un centro socio-sanitario para personas ancianas con problemas de salud o de autonomía, En cada situación confluían, con mayor o menor magnitud, problemas de tipo social.

Durante aquellos años y con posterioridad he conocido personas que a pesar de haber vivido una vida llena de dificultades, con experiencias dolorosas de pérdida y de separación, han llegado al final de la vida con la serenidad que produce el pensar que, a pesar de todo, ha valido la pena vivir, incluso con un sentimiento de plenitud y satisfacción, así expresado a través de sus palabras o de sus comportamientos. Son personas que han alcanzado un grado óptimo de bienestar y que ejemplifican el buen envejecer.

Pero también he tenido ocasión de presenciar, de manera dolorosa e impactante, la otra cara de la vejez: la desesperación muda e inconfesable, el horror y el sufrimiento de un envejecimiento donde la decadencia física, la soledad, el abandono, las experiencias difíciles de aceptar conducen al anciano a situaciones de desarraigo, retraimiento y pasividad.

Me imagino que todos ustedes habrán vivido situaciones similares en su experiencia diaria: habrán visto ancianos con graves enfermedades incapacitantes que mantienen su dignidad y sus deseos de vivir, que hacen uso de la energía vital que aún les queda y que nos transmiten una sensación de tranquilidad, probablemente ganada a pulso contra el sufrimiento. También habrán podido vivir la impotencia delante de aquellas personas que, aún sin tener graves incapacidades, se abandonan en situaciones de marasmo físico y psíquico, rechazando cualquier tipo de ayuda y

que nos hacen pensar en un lento y progresivo suicidio silencioso.

Cuantas veces nos hemos asombrado ante una persona a la cual creíamos en un proceso de muerte y de repente se recuperaba de forma espectacular ante los cuidados solícitos de médicos, enfermeras o auxiliares ante la perplejidad de todos ellos.

¿Qué es lo que hace que cada anciano viva su vejez de manera diferente si en muchas ocasiones la magnitud del problema social o de salud no justifica el impacto que hace mella en la persona?

Probablemente no es sencillo responder a esta pregunta ya que intervienen numerosos factores como son la personalidad previa de la persona, los acontecimientos vitales y las experiencias significativas que ha vivido, la manera como ha ido afrontando estas experiencias, las condiciones sociales y del entorno o el nivel de salud física y mental que haya alcanzado.

Partiendo de esta premisa, y aún a riesgo de dejar cuestiones importantes en el tintero, quisiera hablarles de lo que considero el punto de partida para aproximarnos a la comprensión de la persona anciana: su proceso de vida.

El análisis de las situaciones que viven muchos ancianos no sólo hace referencia a los factores que están influyendo en la situación actual, sino aquellos que en el marco de su historia de vida pueden estar influyendo en el momento presente, reproduciendo conflictos anteriores.

En este sentido, Edgardo Rolla (1991) afirma que los profesionales que trabajan en Geronto-Geriatría, han de partir de la perspectiva de que el anciano es una persona que ha vivido a lo largo de su vida una serie de circunstancias y transformaciones físicas, psicológicas y afectivas que le han permitido acumular experiencia y aprender formas de vida en las diferentes etapas evolutivas. Este autor parte de la base de que cada una de estas etapas guarda relación con la anterior y con las que le sucederán. La síntesis de cada una de estas etapas, marcadas por la propia evolución, las relaciones con el entorno y los acontecimientos vitales, así como las decisiones que va adoptando y las estrategias que desarrolla, producen en la persona una sensación de logro o frustración que va marcando un sentido de continuidad a la vida. Bajo esta línea de pensamiento, la vejez está directamente relacionada por este acúmulo de resoluciones vitales que enmarcan la experiencia de envejecer.

Ajuriaguerra lo sintetizaba en una frase:

«La vejez es el resultado de toda una vida».

Permítanme, ahora, que les ponga un ejemplo de cómo experiencias pretéritas han dejado huella en una persona reproduciendo conflictos en la situación actual y cómo estos datos pueden ayudarnos a planificar los cuidados actuales.

Pilar es una mujer de 82 años, que desde hace 5 vive en una Residencia asistida. Ingresó por una insuficiencia cardíaca, actualmente compensada. Vivía sola y no tiene ningún familiar. Apenas se relaciona con los otros residentes.

Pilar perdió a su madre cuando contaba apenas 6 años. Era la segunda de 6 hermanos, cuatro de los cuales murieron muy pequeños durante una epidemia de tifus. El padre de Pilar murió cuando ella contaba 14 años. A raíz de esto los dos hermanos supervivientes fueron a vivir con su abuela paterna, siendo, según Pilar, mal acogidos y objeto de malos tratos. Al cabo de unos años su hermano mayor se fue a vivir a otra ciudad. Pasaron unos meses y Pilar se marchó a vivir con él. Este no quería ningún compromiso y la echó de su casa. Desde entonces Pilar ha vivido sola, trabajando primero en una fábrica textil y después como empleada doméstica.

A lo largo de tres entrevistas, Pilar insistió en que era una persona solitaria, que no necesitaba de nadie y que lo único que le importaba era tener una buena relación con los médicos y enfermeras que la cuidaban. Remarcó en numerosas ocasiones su desconfianza hacia los compañeros de residencia y, con cierto orgullo, me comentaba que, cuando iba a los talleres de actividades, no hablaba con nadie. Si alguien intentaba acercarse a ella se escapaba.

La historia de Pilar es una triste historia de separación y de soledad. La manera como ella ha ido afrontando a lo largo de su vida estas situaciones ha sido diciéndose a sí misma que se basta por sí sola y que no necesita a nadie. Actualmente, debido a su enfermedad y circunstancias depende en cierta forma de los médicos y enfermeras que la atienden y le interesa "quedar bien"

(según sus palabras) para no ser de nuevo abandonada.

Si bien podemos formular la hipótesis de que existen duelos no resueltos no pretendo analizar este aspecto.

Ciertamente proponernos con Pilar ncrementar la relación y la comunicación con otros residentes y una mayor implicación y participación en los talleres de actividades no pasará por ofrecer, únicamente, una gran variedad de actividades socioculturales. Será necesario todo un trabajo previo para restablecer su confianza, facilitar un marco apropiado de relación que le permita identificar sus sentimientos y vivir un espacio donde se sienta reconocida y apreciada como persona. Sólo a partir de la oportunidad de experimentar estas vivencias positivas podemos intentar conseguir algún cambio en la calidad de sus relaciones.

Estoy convencida que los recuerdos o las reminiscencias son esenciales para los cuidados a los ancianos. La reminiscencia según S. Viel (1) se define como el acto o hábito de pensar en las propias experiencias o relatarlas, en especial las que se consideran particularmente significativas. El aumento de la reminiscencia en la vejez se presenta como una conducta control que facilita la adaptación hacia afuera: controlando los cambios sociales y hacia adentro: controlando la ansiedad desorganizadora. A través de los recuerdos el anciano garantiza la continuidad de su identidad.

Facilitar al anciano la verbalización de sus recuerdos en una relación de cuidados nos permite:

- Establecer un marco adecuado de interés y confianza mutua.
- Disponer de un espacio para el desarrollo de una escucha empática.
- Ayudar a la persona a identificar y expresar sus dificultades.
- Acompañar a la persona, dándole la oportunidad de revisar y resolver conflictos.

Posiblemente muchos de ustedes habrán visto la película "Tomates verdes fritos": en la cual se puede ver cómo los recuerdos de una anciana sirven de vínculo de unión y de crecimiento entre las dos protagonistas.

Una de las grandes dificultades a las cuales nos hemos de afrontar las personas que trabajamos en Geriatría, como en otros muchos campos, no es tanto el no saber como hacer sino en saber escuchar. Escuchar no significa solamente oír lo que nos dicen las palabras sino estar atento a lo que se revela o esconde a través de ellas. Y, por otra parte, de qué manera esta información nos permite comprender y ayudar al otro.

Otro aspecto fundamental a tener en cuenta en el proceso de vida de la persona anciana es *el impacto que ha producido el propio envejecimiento.*

En un momento dado, la persona, de repente, se mira al espejo y se da cuenta que ha envejecido, que los años no han pasado en vano y que éstos han dejado una profunda huella en su rostro y en su cuerpo.

El miedo a envejecer o el miedo a lo innombrable, como dice Maude Mannoni (1992) refiriéndose al miedo a la muerte, puede encontrar su reflejo en un espejo bajo el aspecto de un "yo horrible".

Freud, en una carta dirigida a Lou Andrea Salomé, se refiere a esto diciendo: *«Qué grado de bondad y de humor hay que alcanzar para soportar el horror de envejecer».*

Afortunadamente para muchas personas esta visión que amenaza el narcisismo se atraviesa en una fase depresiva, más o menos intensa y consciente, que puede superarse con una actitud positiva, el soporte del entorno y los vínculos afectivos.

No obstante, también es cierto que muchas personas pueden quedar atrapadas en esta imagen negativa de sí mismos.

Veamos un ejemplo de ello. En una pared de un barrio parisino apareció el siguiente mensaje anónimo y desesperado:

> «Ves Amelia nuestra decrepitud: nuestra vida disminuye y nuestro oído falla. Esto se llama envejecer. La piel se nos marchita, los pasos son un esfuerzo. Cada mañana despertar resulta difícil. La incontinencia amenaza, la memoria se pierde. Ya ves, Amelia, vamos a morir».

El anciano ha de confrontar su yo ideal con la naturaleza frágil, limitada y transitoria de la existencia humana y esto puede dañar de manera considerable su autoestima.

Kalish (1983) hace referencia a un estudio llevado a cabo con personas de edad donde dice que la autoestima puede aumentar, mantenerse o

disminuir en función de diferentes factores. En este estudio se vio como personas que habían tenido experiencias recientes destructivas, que su standard de vida era inferior a sus expectativas, que vivían dolorosamente la impotencia, los miedos, que tenían dificultades para querer y sentirse queridas y que a menudo vivían solas, eran personas en las que disminuía notablemente la valorización de sí mismos.

Por el contrario, aquellas personas que no habían tenido estas experiencias destructivas, que tenían un standard de vida según sus expectativas, que se sentían apreciadas y acompañadas y no tenían grandes miedos, mantenían e incluso podían aumentar su autoestima.

En su libro "El crepúsculo de la razón" Maisondieu (1989) se refiere al impacto de la vejez como una prueba que cada uno de nosotros habrá de afrontar:

1. Hacer el duelo de una juventud perdida sin esperanza de retorno, al mismo tiempo que esta juventud es idealizada por la sociedad y magnificada por nuestros recuerdos.
2. Afrontar, sin la pantalla protectora de la ilusión, la realidad de la muerte cuya proximidad aumenta cada día que pasa.

En este apartado, se inscribe la importancia de lo que ha de ser el hilo conductor del cuidar a los ancianos: *ayudar a la persona que envejece a mantener una imagen positiva de sí mismo.*

Nuestro comunicante anónimo se refería a la reducción de las capacidades funcionales que pueden aparecer con los años, pero en nuestra práctica cotidiana nos encontramos con personas que además han padecido o sufren enfermedades incapacitantes que restringen su actividad y que viven situaciones de gran dependencia de su entorno.

Ayudar a estas personas a mantener una imagen positiva de sí mismos y ayudarles a reorganizar sus vidas, descubriendo y preservando la energía vital que todavía hay en ellos, forma parte de la esencia de los cuidados de enfermería y que M.F. Colliere (1994) sintetiza magistralmente en una sola frase: *promover la vida.*

Bowlby cree que los seres humanos de toda edad son más eficaces si confían en tener a su alrededor personas que les ayudaran y darán soporte si se presentan problemas. Según él, una persona presenta un abordaje de autoconfianza y de resolución de problemas cuando cree que es valorado por los demás y habita en un mundo de vínculos positivos.

A pesar de todo, aunque queramos investir la vejez con nuestros nobles deseos de plenitud, serenidad y de acúmulo de madurez y fecundidad intelectual, lo cierto es que, en la vejez, se producen numerosas pérdidas, separaciones y desencuentros que pueden resultar dolorosas de afrontar y que, en no pocos casos, reactivan el recuerdo de otras situaciones de pérdidas anteriores, quizás lejanas en el tiempo, pero impresas en la memoria interna de la persona.

También en este sentido, el proceso de vida de la persona puede darnos una idea aproximada de como experiencias de duelo anteriores se reactivan en la vejez o como a partir de una perdida empieza un proceso de involución y decadencia, a veces imparable y otras extremadamente dilatado en el tiempo. En este caso, la muerte prematura de un hijo o de la pareja puede dejar una profunda huella en la vida del anciano.

Salvarezza (1991) hace referencia al proceso de duelo en los ancianos, describiendo que la fase de tristeza, de pérdida de interés en el entorno puede verse prolongada durante mucho tiempo y puede resultar difícil entrar en una fase de reorganización donde la persona puede establecer nuevos vínculos con otros objetos, satisfacer sus necesidades y cubrir el hueco de lo que algunos autores denominan soledad emocional.

El drama de la vejez empieza en el momento en que establecer estos nuevos vínculos es difícil porque se han reducido las posibilidades para lograrlo.

Sosa (1994) describe la etapa de resolución del duelo como aquella en que la persona empieza a examinar su nueva situación, a considerar las diferentes maneras de afrontarla, lo cual implica una nueva definición de sí mismo y de su situación. La persona renuncia a toda esperanza de recuperar a la persona perdida y a la ilusión de restablecer la situación previa. La persona experimenta una sensación de profunda y persistente soledad.

En este punto hay que diferenciar dos tipos de soledad: la soledad propia del aislamiento social y la soledad emocional.

Ambos tipos de soledad ejercen un papel importante en la resolución del duelo.

La soledad propia del aislamiento social hace referencia a la carencia en cantidad y calidad del apoyo social. La soledad emocional se refiere a la carencia de relaciones de compromiso mutuo, de amistad, intimidad y complicidad.

Estar rodeado de gente puede calmar la sensación de aislamiento pero no calmaría la intensa sensación de soledad emocional en la medida en que ya no existe la persona con quien se compartían sentimientos, emociones y confidencias.

La falta de apoyo social y la falta de relaciones de intimidad y compromiso puede complicar la resolución del duelo y pueden predisponer síntomas depresivos.

Es aquí donde me parece importante remarcar la magnitud que puede representar para la persona la pérdida de estos vínculos de amistad y de intimidad.

De manera intuitiva me atrevo a aventurar la hipótesis de que, en las residencias de ancianos y en la atención comunitaria, podemos encontrar numerosas personas que no están aisladas socialmente, pero que experimentan profundos sentimientos de soledad emocional.

Existen estudios que ponen de manifiesto que los ancianos que viven situaciones de soledad acuden de manera frecuente a las consultas.

Los cuidados a los ancianos han de introducir nuevas habilidades interpersonales que nos permitan no tan sólo aumentar las oportunidades de contactos sociales sino incrementar la calidad de estos contactos.

El acompañamiento del anciano en los procesos de duelo es un punto clave de los cuidados enfermeros si queremos ayudar a la persona a encontrar el camino del buen envejecer.

En esta primera parte de mi exposición he querido reflejar desde que perspectiva intento comprender lo que significa el hecho de envejecer. A modo de conclusión, me gustaría remarcar que el cuidar en Geronto-Geriatría ha de partir de la comprensión de la individualidad del anciano.

Pasemos ahora al segundo punto de esta exposición ¿qué nos implica a las enfermeras, como personas, la relación de cuidados a los ancianos?

LAS CREENCIAS Y ACTITUDES DE LOS CUIDADORES

El trabajo con los ancianos nos enfrenta día a día con el misterio de la vida humana: la decadencia y la muerte. Esto nos implica como personas, provocando en nosotros actitudes defensivas y que, al mismo tiempo, pueden significar experiencias de crecimiento y maduración.

La vejez es un tema conflictivo, no sólo para el propio anciano sino para las personas que como ciudadanos o profesionales nos enfrentamos diariamente a la vejez. El grado de conflicto que representa para cada uno y las conductas defensivas que adoptamos para evitarlo están inscritos en nuestra propia historia.

Cada año al iniciar la asignatura de Enfermería del Anciano pido a los estudiantes que expresen qué significa para cada uno de ellos la vejez y qué reacciones les provocan los cuidados a los ancianos.

Para muchos de ellos, la vejez significa una etapa donde predomina la dependencia física y psíquica, consideran que es una etapa triste, difícil de aceptar y que precede a la muerte, concluyendo así el ciclo vital. Para otros significa soledad, exclusión y egocentrismo.

Algunos exponen su opinión, proyectando una imagen de lo que representa una vejez idealizada: se ven rodeados de las personas queridas, con tiempo para descansar o llevar a cabo lo que no han podido hacer hasta ese momento (no en vano son estudiantes con una carga lectiva muy importante). Estos estudiantes ven la vejez como una etapa en la cual se ha disfrutado de toda una vida anterior.

Esta imagen interiorizada de la vejez, ensalzada por unos, temida por otros, condiciona las actitudes ante los cuidados.

Cuando responden a qué reacciones les provocan los cuidados a los ancianos muchos coinciden en afirmar que sienten pena y tristeza y afirman experimentar una cierta inquietud, temor o inseguridad. Para unos significa tener mucha paciencia, para otros despiertan ternura y simpatía.

Podemos decir que existen tres grandes grupos:

- Estudiantes atraídos por los cuidados a los ancianos: unos responden de manera protectora y unos pocos reconocen la individualidad del anciano.

- Estudiantes que rechazan, por diferentes razones los cuidados a los ancianos.
- Estudiantes que contestan el cuestionario con indiferencia y distanciamiento y eluden la reflexión.

La observación durante los años que he trabajado en la práctica asistencial y las intervenciones de muchos estudiantes en los seminarios me hacen pensar que actitudes que a priori podemos considerar positivas en relación a los cuidados a los ancianos, a fortiori pueden resultar sobreprotectoras y reforzar la dependencia, pero sobre todo, la omisión de la individualidad del anciano.

Es de destacar, también, que muchas de las personas que manifiestan su interés por los ancianos comentan cuanta satisfacción les produce el reconocimiento que hacia ellos hacen los ancianos a raíz de sus intervenciones.

Si esperamos el reconocimiento a través de nuestros cuidados o si tenemos una visión idealizada de lo que ha de ser una "buena vejez" ¿qué sucede cuando estamos ante un anciano que vive esta etapa con desesperación, con una gran hostilidad y agresiones hacia su entorno y que rechaza de manera persistente nuestra ayuda o apoyo? ¿no corremos el riesgo de rechazar o evitar aquellos que no se comportan según las expectativas que hemos puesto en ellos?

Colliere (1994) nos dice que los cuidados de enfermería son la expresión de una relación de interdependencia que sólo tiene sentido y sólo puede ser eficaz dentro de un circuito de intercambios donde cada cual da y recibe, se desarrolla y se forma de todo aquello que hace difícil la vida y que, al mismo tiempo, despierta la vida de las personas cuidadas y de los cuidadores, la estimula y libera la posibilidad de afirmarse mutuamente.

Nuestras creencias influyen en nuestra experiencia y para comprender a los enfermos es necesario comprender también nuestros propios miedos, dificultades motivaciones y deseos. Analizar, no sólo las situaciones en las cuales intervenimos, sino nuestras reacciones de cansancio, de rechazo, de resistencia o de satisfacción. Considero que esto forma parte del compromiso profesional para no confundir al otro con nuestras propias dificultades.

Cada relación de cuidados es diferente porque son diferentes sus protagonistas, generalizar nuestra manera de relacionarnos con los ancianos es una forma de alejarnos de lo particular y, por tanto, alejarnos de la individualización de los cuidados.

Partir del otro promoviendo su responsabilidad, su capacidad de decidir y de aprender ha de ser el sustrato en la interrelación de cuidados.

LOS CUIDADOS A LOS ANCIANOS

A mediados de los años 80' la Dra. Angels Tresserra creó, en Catalunya, el Programa Vida als Anys (Vida a los años). Este programa nacía para dar respuesta a las necesidades de las personas ancianas con problemas de salud e incapacidades. Como todos ustedes ya saben la OMS ya utilizó esta frase para establecer las directrices de SPT 2000. En ella, nos dan a entender que nuestras intervenciones no van únicamente en dirección de aumentar la esperanza de vida sino en mejorar la calidad de vida de las personas.

Añadir vida a los años significa ayudar a las personas a disfrutar de su vida y obtener satisfacción de ella.

Mejorar la calidad de vida de las personas ancianas significa movilizar los recursos de la persona (y de su entorno) para que satisfaga de manera óptima sus necesidades fundamentales, desarrollando al máximo la capacidad de vivir de manera independiente resolviendo, compensando o supliendo la disminución física, afectiva y social que conlleve su situación.

Por otro lado, esta etapa de la vida puede comportar un período crítico al cual la persona habrá de adaptarse y afrontar, desarrollando estrategias de afrontamiento que según el modelo evolutivo de Erikson, le permitan aceptar la propia experiencia vital.

Partiendo de estas premisas considero que la orientación de los cuidados en Geronto-Geriatría va dirigida a ayudar a la persona a:

- Promover y mantener el máximo nivel de independencia posible de la persona.
- Proteger y promover la salud, movilizando los recursos y potencialidades de la persona.
- Prevenir las complicaciones que el proceso de envejecimiento o las enfermedades puedan ocasionar.

- Ayudar a las personas y familiares o personas significativas más próximas a desarrollar nuevas habilidades que les permitan adaptarse a las situaciones que se les presentan.
- Acompañar a la persona anciana y a su entorno más inmediato en los procesos de muerte.

Desde un punto de vista enfermero, promover un buen envejecimiento ha de ir orientado a aumentar y/o completar las habilidades, los conocimientos y la motivación de la persona para que sea capaz de:

- Reorganizar satisfactoriamente su propia vida.
- Mantener al máximo su funcionalidad.
- Preservar su identidad y autoestima.
- Establecer o mantener vínculos de relación.
- Reducir la inactividad física, psíquica y social.

Reorganizar satisfactoriamente su propia vida

El proceso de envejecimiento comporta para la persona tener que afrontar situaciones que pueden amenazar su integridad y comprometer, no solamente su salud física sino también su salud mental. Para hacer frente a estas situaciones la persona habrá de desarrollar estrategias de adaptación que le permitan resolver los siguientes interrogantes:

- ¿Cómo reorganizarse a partir de la jubilación, la separación de los hijos y a la pérdida de actividad y de responsabilidades que todo esto conlleva?
- ¿Cómo adaptarse a la muerte del marido o de la mujer y no caer en el aislamiento social y/o la soledad emocional?
- ¿Cómo adaptarse a la disminución de la fuerza física y de la salud?

Los cuidados en Geronto-Geriatría han de ir dirigidos a ayudar a la persona a valorar y confiar en sus propias posibilidades y recursos, desarrollar estas estrategias de afrontamiento, aceptar o resolver las dificultades que se presentan y disfrutar de las experiencias satisfactorias de la vida.

Estos cuidados han de enmarcarse en Programas de Promoción y Prevención de la salud en los diferentes niveles de atención pero especialmente en la Atención Primaria.

Por un lado en las consultas de Enfermería donde, de manera individualizada, pueden detectarse situaciones de riesgo y partir de las dificultades, motivaciones e intereses de cada persona.

Pero también significa colaborar a nivel comunitario con asociaciones o instituciones locales en programas intersectoriales para informar y/o educar para una vejez sana. La participación de los ancianos en estos programas considero que es esencial y actualmente existen numerosas asociaciones interesadas en participar y colaborar en esta línea.

Muchos de los programas dirigidos a los ancianos los consideran como objeto pasivo de cuidados no como personas competentes y capaces que precisan estímulos para fomentar su propia actividad y orientación.

Estoy convencida que la experiencia y los conocimientos que tienen las enfermeras que trabajan en dispositivos de atención sociales en la Atención Primaria podrán rentabilizarse si se desarrollan programas conjuntos de promoción de la salud comunitarias.

Mantener una situación de óptima funcionalidad

Resulta obvio decir que los cuidados a los ancianos van destinados a mantener al máximo la autonomía de la persona, en una etapa de la vida en que el proceso de envejecimiento y la aparición de enfermedades puede predisponer a la persona a padecer déficits que comprometan su capacidad para satisfacer sus necesidades más básicas, relacionarse con su entorno o tomar decisiones sobre su propia vida.

Para medir el alcance de una situación donde aparece un déficit habremos de tener en cuenta el sentimiento o impacto que provoca a la persona:

- ¿Qué es lo que la persona puede hacer por sí misma y en que actividades necesitará ayuda y de que tipo ha de ser esta ayuda?
- ¿Qué persona es la más adecuada para proporcionar esta ayuda?
- ¿Cómo este déficit repercute en su vida diaria y de que manera obstaculiza actividades que le hacían sentirse vivo?
- ¿Cómo repercute en su entorno relacional más inmediato y que reacciones provoca?
- ¿Qué resonancia puede tener en la persona el significado del déficit?

Pongamos ahora un ejemplo de cómo una limitación parcial de autonomía puede provocar situaciones de déficit importantes.

La Sra. María es una persona de 86 años que presenta una deambulación inestable y una perdida parcial de la visión. Vive sola en su piso, aunque su hijo y su nuera viven en la misma escalera. La Sra. María acostumbraba a salir dos veces por semana a conversar con sus amigas en un local asociativo del barrio. Desde hace unos meses la familia ha ido insistiendo que no salga sola a la calle por miedo a que sufra alguna caída, de todos modos no ha preparado ninguna alternativa para resolver la situación.

Ella, poco a poco, ha ido restringiendo sus salidas al exterior y apenas sale de casa sino es para ir al médico acompañada por algún miembro de la familia. Sus amigas la visitan de vez en cuando pero no con la frecuencia que María desearía o acostumbraba. La situación se ha ido agravando hasta el punto que actualmente expresa sentirse vacía y inútil.

El miedo de la familia a que María caiga no sólo ha incrementado la dependencia de esta señora sino que ha alterado una de las actividades que le producía una cierta satisfacción. Los familiares han conseguido tranquilizar sus miedos traspasándolos a la Sra. María, que ahora expresa su temor a las caídas, sin que se le ofrezca ninguna solución a cambio.

En esta situación no se ha tenido en cuenta lo que puede representar para la persona la restricción de una actividad a través de la cual satisfacía las necesidades de comunicarse y de divertirse. No se ha pensado de qué manera puede garantizarse su seguridad y al mismo tiempo mantener una actividad que le permitía sentirse bien. Para ella, las medidas de seguridad adoptadas incrementan su dependencia y la inmovilizan. Para la familia, el miedo a que pueda producirse un accidente justifica esta inmovilidad, les tranquiliza y no tienen en cuenta lo que puede significar para María.

Dentro de este mismo apartado, la disminución de la fuerza física, el dolor crónico o el cansancio son a menudo fuentes de dificultad que comprometen la satisfacción de las necesidades fundamentales del anciano.

Estas situaciones amenazan la calidad de vida de las personas y pueden comportar situaciones de dependencia más graves como el caso que hemos visto anteriormente.

Una atención individualizada permite gestionar estos déficits aunque también es conveniente desarrollar programas de prevención específicos dirigidos a personas que sufren una enfermedad crónica que puede comprometer su funcionalidad, como es el caso, por ejemplo, de las personas que tienen artropatías crónicas.

El dolor crónico es un problema que preocupa a muchos ancianos, compromete su seguridad y acentúa su dependencia. Los métodos alternativos que las enfermeras han ido desarrollando para paliar este problema como pueden ser la relajación, la visualización, la reflexoterapia o la crioterapia han de ser evaluados para determinar cuales son sus resultados.

Preservar la identidad y la autoestima

En el marco de las instituciones no podemos obviar el hecho de que, por muy dinámica que sea esta institución, la estructura pesa sobre los individuos acogidos y se pueden generar auténticas patologías que algunos autores definen como "institucionalismo" que tiene como características principales la agravación de la desorientación, los fallos en la memoria, la limitación de la autonomía y la aparición de estados depresivos, regresivos y de ansiedad.

Partir de la identidad del otro, creer en sus propias capacidades y recursos es una ideal fácil de compartir pero difícil de poner en práctica. Como ya he dicho anteriormente, a menudo en las profesiones definidas de ayuda puede caerse fácilmente en la trampa de disertar sobre lo que el otro necesita, desea o piensa sin hacerle partícipe de estos planteamientos.

La capacidad de empatizar con los ancianos requiere una relación de confianza, de autenticidad y la capacidad de la enfermera para escuchar y respetar al otro tal cual es, sin el tamiz de nuestro deseo. Significa partir de su experiencia y tener interés en descubrir al otro. Veamos un ejemplo.

En la Residencia Asistida donde trabajé había una señora que llevaba varios años ingresada. Tenía problemas cognitivos debido a una neuropatía alcohólica y vivía bastante aislada del resto de residentes. Una de las enfermeras del servicio intentó motivarla para incrementar la interrelación

con otros residentes. No consiguió su objetivo pero a través de la relación que se estableció entre ellas, la enfermera descubrió rasgos personales de la residente que habían pasado desapercibidos para el resto de cuidadores. Dolores conservaba en su memoria incontables poemas, algunos compuestos por ella misma, otros escritos por otros autores. Era capaz de recitarlos sin titubear para asombro de todos aquéllos que estaban convencidos del deterioramiento intelectual de Dolores.

Durante varios meses las dos trabajaron juntas para elaborar un dossier que recogía los poemas recordados con tanta precisión y el equipo de cuidadores descubrió aspectos desconocidos de su identidad pudiendo ir más allá de la barrera comunicativa que se había establecido entre ellos.

Situaciones como ésta fueron frecuentes en los últimos años que permanecí en el hospital. La valoración continuada de los ancianos y la confección de sus historias de vida hacían que el personal redescubriera a los residentes. Si bien nos marcábamos objetivos de cuidados, aunque confieso que con poca habilidad metodológica, en muchas ocasiones conseguíamos resultados espectaculares en algunos comportamientos de los ancianos internados. Los atribuíamos a que el acercamiento y el interés que mostraban las enfermeras hacia ellos, cambiaba por un lado la relación y por otro la dinámica del servicio.

Colliere (1994) dice que los cuidados en enfermería transmiten un poder que puede ser reductor o liberador. Es un poder reductor cuando reducen las capacidades de los usuarios de los cuidados y, por tanto, no reconoce lo que pueden o saben hacer por sí mismos, cuando desestima todo aquello que les motiva, les moviliza, les hace desear y les proporciona placer de vivir, permitiéndoles descubrir sus propias posibilidades, ganar confianza en ellos mismos y generar un sentimiento de valorización personal.

Ejerce un poder liberador cuando se apoya en las fuerzas y capacidades de la persona y moviliza todo aquello que todavía son capaces de desarrollar o utilizar.

Establecer o mantener vínculos de relación

La soledad es una de las experiencias que más temen las personas ancianas aunque un menor porcentaje reconoce estar viviendo esta experiencia.

Con los años, las relaciones pueden empobrecerse con respecto a etapas de vida anteriores, desaparecen las personas que habían formado el grupo de pertenencia. Se reducen los contactos interpersonales en cantidad pero, sobre todo, en calidad.

Según Ferigcla (1992), muchos ancianos dirigen sus esfuerzos a conseguir este marco social de referencia y es en este sentido que la familia, independientemente del tipo de relaciones que estén establecidas, tiene importancia primordial para muchos ancianos que pueden así fomentar la esperanza de resolver la falta de autonomía que puede comportar la senectud.

Pero también hemos dicho anteriormente que la desaparición de aquellas personas con las que se compartían los sentimientos, ilusiones o fracasos más íntimos puede dejar paso a una soledad emocional tanto o más grave que el aislamiento social.

En las instituciones, el desarraigo puede comportar situaciones dramáticas para las personas internadas a las cuales contribuyen diferentes factores. No obstante, en muchas ocasiones la red de relaciones está condicionada por la vida anterior de la persona.

El mantenimiento de las relaciones sociales tiene efectos positivos sobre la salud de las personas y en la capacidad para enfrentarse a la enfermedad, adaptarse a la vejez y experimentar satisfacción.

Fernández-Ballesteros (1994), después de revisar diferentes estudios, afirma que las personas que no cuentan con apoyo social son más vulnerables a los cambios vitales, especialmente los negativos.

La revisión bibliográfica pone de manifiesto que la intervención en pequeños grupos puede ser efectiva para fomentar, utilizar, fortalecer espacios de comunicación y de relación entre las personas de edad y al mismo tiempo fortalecer las redes de apoyo social.

Existen diferentes tipos de intervención grupal a través de los cuales las enfermeras pueden mejorar el bienestar de las personas ancianas. La enfermera actúa, no como terapeuta, sino como dinamizador de recursos, facilitador de contactos y relaciones sociales y motivador de personas poco

comunicativas, creando un clima de comprensión y seguridad que facilite la expresión de sentimientos y estimule la capacidad de los diferentes miembros de escucharse y compartir emociones.

Algunos de estos programas pueden ir dirigidos a las familias que atienden ancianos y pretenden favorecer el soporte y ayuda mutua, así como facilitar aprendizajes y nuevas habilidades.

A nivel individual, mejorar la comunicación y establecer vínculos de relación se basa también en la relación de ayuda fundamentada en el intercambio, la comprensión empática, el respeto, la autenticidad y la consideración positiva que tiene como objetivo ayudar a la persona a contactar mejor con su propia realidad, sus emociones, sus dificultades, sus valores, sus límites y sus deseos.

Reducir la inactividad física, psíquica y social

Las fustraciones, el sentimiento de impotencia o la desvalorización de uno mismo pueden llevar al anciano a situaciones de inhibición, pasividad o retraimiento que dificulten la posibilidad de experimentar satisfacción y mantener o establecer centros de interés.

Así pues, la actividad física y mental es un requisito para vivir una vejez gratificante.

En los últimos años se han realizado estudios sobre los efectos de la actividad física, llegando a la conclusión que tiene efectos positivos en la salud: previene o ayuda a mantener un funcionamiento orgánico más óptimo, fomenta la socialización, mejora la autoestima de la persona y la capacidad de memoria y aprendizaje. Proporciona un bienestar subjetivo y permite transferir la activación en otras áreas.

Probablemente son muchos los factores que influyen en que la persona mayor sea menos activa física y mentalmente pero la dificultad que nos encontramos las enfermeras radica en motivar al anciano para participar en este tipo de actividades.

Hace ya varios años creamos en el hospital programas de activación física y mental para los ancianos residentes. De todos modos había un número considerable de ancianos que mostraba resistencias para participar o que abandonaba estos programas al cabo de un tiempo.

Pensando en el marco institucional, estos espacios de activación no deben ofrecerse como un servicio más que brinda la institución sino que, en muchos casos, la inclusión en los programas de actividades han de tener una finalidad terapéutica. Quiero decir con esto que a partir de la valoración individualizada y de las hipótesis diagnosticas de cada situación, partiendo de las necesidades sentidas por el anciano y de sus propias fuentes de dificultad hemos de establecer conjuntamente objetivos de activación. De lo contrario, el compromiso no existe y la implicación puede ser mínima.

Permítanme que para acabar y a modo de conclusión les exponga, brevemente, las líneas de trabajo que, según mi opinión, hay que desarrollar en Geronto-Geriatría:

- Adoptar, en cada centro, un marco de referencia de los cuidados a través de un modelo de atención de Enfermería.
- Desarrollar Programas de Promoción y de Prevención para incrementar la salud durante el envejecimiento.
- Desarrollar programas de intervención en situaciones específicas.
- Establecer líneas de colaboración entre los diferentes niveles asistenciales.
- Implantar sistemas de trabajo que permitan la individualización de estos cuidados.
- Desarrollar o utilizar instrumentos para evaluar los resultados de los cuidados.
- Establecer y desarrollar líneas de investigación de los cuidados a los ancianos.

Para acabar quisiera decir que a lo largo de mi intervención y aunque no de manera explícita he querido resaltar la complejidad de los cuidados a los ancianos, hecho que me lleva a afirmar que en el marco de la atención dentro y fuera de las instituciones, sean sociales, sanitarias o socio-sanitarias dedicadas a este grupo de población han de haber enfermeros/as preparados para atenderlos. El valor que damos a los cuidados de los ancianos queda en entredicho en el momento que persiste la creencia de que un cuidador entrenado puede desarrollar la función de cuidar sin que sea necesaria la presencia de un enfermero/a. Pero esta creencia no solamente existe en los planificadores o en las instituciones para los ancianos. No creo que les diga nada nuevo si afirmo que

son muchas las enfermeras que creen que trabajar en un marco social *"no es hacer de enfermeras"*.

Afortunadamente debemos a F. Nightingale la certeza de que los cuidados no pueden responder simplemente a la caridad y que este instinto debe ceder lugar a un enfoque de los problemas sociales basado en la reflexión, la profundización y el análisis del ejercicio profesional.

La profesionalización es un camino abierto a la búsqueda de respuestas que la práctica diaria nos plantea.

La reflexión, la innovación, inherentes al deseo de avanzar para ofrecer un servicio enfermero adecuado a las necesidades del anciano, son una fuente de motivación y una de las vacunas más eficaces contra el Burn-Out.

No he pretendido con mi exposición ofrecerles una imagen negativa de la vejez. En esta etapa de la vida, como en las anteriores, hay tareas de crecimiento madurativo que hay que afrontar y resolver. Muchas personas lo resuelven por sí mismos, otros pueden necesitar, en algún momento, del apoyo de enfermeros/as para afrontarla.

BIBLIOGRAFÍA

ROLLA, H. E. "Senescencia, ensayos psicoanalíticos sobre la tercera edad". Buenos Aires: Galerna; 1991.

MANNONI, M. "Lo nombrado y lo innombrable". Buenos Aires: Nueva Visión; 1992.

KALISH. "La vejez: perspectivas de desarrollo humano". Madrid: Pirámide; 1983.

MAISONDIEU, J. "Le crépuscule de la raison". París: Le Centurion; 1989.

COLLIERE, M. F. "Promover la vida" Madrid: Interamericana; 1994.

SALVAREZZA. "Psicogeriatría: Teoría y Clínica". Buenos Aires: Paidos; 1991.

BUENDÍA, et al. "Envejecimiento y psicología de la salud". Madrid: Siglo XXI; 1994.

FERIGCLA, J. M. "Envejecer una antropología de la ancianidad". BCN: Anthropos; 1992.