



127 Maria João Costa Pacheco
 Márcia Patrícia Costa Pacheco
 Mónica Oliveira Medeiros Botelho
 Pedro Rodrigues Amaral
 Ricardo Jorge Correia Pacheco

Anciano que cuida a anciano

25

Elderly caring for elderly

Correspondencia:

Ricardo Pacheco
 Avenida D. João III, Bloco 1-E, 3º Direito
 9500-310, São Pedro
 Ponta Delgada, São Miguel (Açores)
 Tfno.: +35 196 261 04 15
 E-mail: ricardocalheta@gmail.com

Este trabajo, titulado “Anciano que cuida a anciano”, surge en un contexto académico realizado por estudiantes de la 13ª Maestría (grupo B) en “Ciencias de la Enfermería” del Instituto de Ciencias Biomédicas Abel Salazar de la Universidad de Oporto (Oporto-Portugal), que tiene lugar en la Escuela Superior de Enfermería de Ponta Delgada (Azores). Tiene como objetivo reflexionar sobre los sentimientos, dificultades de los cuidadores de ancianos (edad superior o igual a los 65 años) que cuidan a otros ancianos (edad superior a igual a 65 años). Este artículo se presentó en el primer semestre de la respectiva maestría, actividad que está dentro del plan de actividades pedagógicas.

RESUMEN

El envejecimiento es un proceso complejo, continuo, irreversible y dinámico al que la población portuguesa no es ajena. Con la longevidad, los ancianos son cada vez menos autónomos, más dependientes de cuidados de terceros, y estos cuidados aparecen, cada vez más, proporcionados por otro anciano. Actualmente los enfermeros deben dar una atención especial a este fenómeno para suministrar un apoyo mejor a los cuidadores ancianos que cuidan a otros ancianos, también ellos personas con problemas geriátricos. Deberán proporcionar una mayor dedicación a la adquisición y mantenimiento de este papel para promover la autonomía y minimizar la dependencia del anciano cuidado.

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento, apoyo psicológico, educación/información, cuidador informal anciano.

SUMMARY

Aging is a complex process, continuous and irreversible, a phenomenon to which Portuguese population is not stranger. With longevity the elderly becomes less autonomous, depending on the care of others, starting to emerge a growing number of elderly much more elderly, many of them taking care of another elder. In the present nurses should give special attention to this phenomenon in order to provide better support to the elderly caregivers of the elderly, who also have geriatrics problems, proving a greater satisfaction in the acquisition and maintenance of this role and in this way promoting self-governing and minimizing the dependency of the cared elder.

KEY WORDS

Aging, psychological support, education/information, social system of assistance, profile of the informal elder caregiver.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el envejecimiento ha ganado una importancia especial en nuestro cotidiano social que no se puede olvidar, estando presente en las preocupaciones sociopolíticas del mundo occidental. Según Costa (1), los epidemiólogos definen un hecho actual que es el de la transición demográfica relacionada con dos factores: la progresiva disminución de las tasas de natalidad y de las tasas de mortalidad (y el consecuente aumento de la esperanza de vida) con repercusiones económicas y sociales. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística portugués, citado por Moniz (2), “[...] hacia 2020 las personas con más de 65 años representarán el 18,1% de la población portuguesa”.

Con este escenario demográfico como telón de fondo, las profesiones relacionadas con la salud, en particular la enfermería, empiezan a reflexionar sobre los temas subya-

centes al envejecimiento de la población, anticipando realidades futuras con las cuales se van a enfrentar. Según Agreda (3), la enfermería gerontológica “[...] se presenta hoy como un servicio a la comunidad, especializándose en los cuidados a las personas que envejecen [...]”, con el objetivo de garantizar que el proceso de envejecimiento tenga lugar con las mejores condiciones de calidad de salud y autonomía. En nuestra práctica se comprueba que los ancianos ocupan una parte importante de las hospitalizaciones, ya que tienen unos ingresos más bajos y se dirigen, por ello, al hospital para ser tratados.

De acuerdo con datos del Servicio Regional de Estadística de las Azores (SREA) (4), podemos constatar que, en 2004, la media del número de enfermos que salieron con 65 años y más de los tres hospitales de la Región Autónoma de las Azores (RAA) (Ponta Delgada, Angra do

Tabla 1. Número de la población anciana por grupos de edad, por isla, de la RAA, y porcentaje teniendo en cuenta la población de la isla

Isla	≥ 65 años	≥ 70 años	≥ 75 años	≥ 80 años	≥ 85 años	Total	Porcentaje
S ^{ta} Maria	253	178	141	79	50	701	12,57
S. Miguel	4.662	3.743	3.151	1.646	1.117	14.319	10,88
Terceira	2.356	2.109	1.546	1.007	677	7.695	13,78
Faial	609	592	484	334	236	2.255	14,97
Pico	871	728	572	388	280	2.839	19,17
S. Jorge	554	485	304	199	158	1.700	17,57
Graciosa	320	277	211	124	82	1.014	21,21
Flores	189	191	165	104	66	715	17,90
Corvo	17	21	19	18	6	81	19,06
Total	9.831	8.324	6.593	3.899	2.672	31.319	12,95

Fuente: Censos 2001, Servicio Regional de Estadística de las Azores: 53-57.

Tabla 2. Número total de ancianos que reciben cuidados y número de cuidadores ancianos por unidad de salud del centro de salud de Ponta Delgada

Unidad de salud	Número de ancianos que reciben cuidados por el equipo de enfermería a domicilio	Número de ancianos con cuidador anciano
Arrifes	93	16
Capelas	74	7
Feteiras	107	22
Matriz	36	10
São José	40	8
Santo António	49	3
Total	399	66 (16,5%)

ta descubrir el perfil del anciano cuidador en el municipio de Ponta Delgada de la RAA. De esta manera nos acercamos a la preocupación de Paúl (5) cuando afirma que no sólo tenemos que conocer al cuidador como tenemos que intervenir con él, anticipándonos a sus necesidades y apoyando su esfuerzo para evitar desequilibrios perjudiciales para él y para el anciano que recibe los cuidados.

Cuidador informal

Cuidar a alguien ha sido siempre, desde los comienzos de la humanidad, una constante preocupación del hombre. Collière (6) lo define como “[...] un acto individual que nos prestamos a nosotros mismos desde que somos autónomos, pero es también un acto de reciprocidad que prestamos a toda persona que, temporal o definitivamente, tiene la necesidad de ayuda para realizar sus necesidades vitales”.

La calidad de vida de las personas ancianas dependientes depende muchas veces y casi exclusivamente de la calidad y formación de aquellos que les cuidan, ya sean cuidadores informales o formales, siendo los cuidadores informales aquellos que prestan cuidados sin formación específica. Haciendo referencia a Vieira, citado por Zimmerman (7), son cuidadores “[...] las personas que se dedican a la tarea de cuidar a un anciano [...]”. Una vez que en la bibliografía consultada no ha sido posible encontrar una definición de cuidador informal anciano, de otro anciano, creemos que se podrá definir como aquel que, con una edad igual o superior a

Heroísmo y Horta) fue del 36,61%, siendo el porcentaje del hospital de Ponta Delgada del 35,22%. Este trabajo tiene como objetivo reflexionar sobre un fenómeno que se presenta, en un futuro próximo, como un verdadero desafío para la enfermería como profesión y disciplina: un anciano que cuida a otro anciano. Este ejercicio se ha basado en la revisión sistemática de la bibliografía, e inten-

Tabla 3. Edad de los cuidadores informales ancianos, distribuidos por unidades de salud

Unidad de salud	Feteiras	Santo António	Capelas	Arrifes	Matriz	São José	Total
Edad (años)	Número de casos						
65-70	6	1	3	3	4	6	23
71-75	8	2	2	2	2	1	17
76-80	4	0	2	7	1	0	14
81-85	4	0	0	4	3	1	12
Total	22	3	7	16	10	8	66



Tabla 4. Sexo de los cuidadores informales ancianos, distribuidos por unidades de salud

Unidad de salud	Feteiras	Santo António	Capelas	Arrifes	Matriz	São José	Total
Sexo	Número de casos						
Femenino	19	2	5	11	6	8	51
Masculino	3	1	2	5	4	0	15
Total	22	3	7	16	10	8	66

Tabla 5. Grado de parentesco de los cuidadores informales ancianos con los ancianos que atendían, distribuidos por unidades de salud

Unidad de salud	Feteiras	Santo António	Capelas	Arrifes	Matriz	São José	Total
Grado de parentesco	Número de casos						
Marido	3	1	2	5	4	0	15
Esposa	18	1	4	8	4	7	42
Amiga	1	—	1	—	0	—	2
Hermana	—	1	—	2	2	1	6
Hija	—	—	—	1	0	—	1
Total	22	3	7	16	10	8	66

Tabla 6. Profesión de los cuidadores informales ancianos, distribuidos por unidades de salud

Unidad de salud	Feteiras	Santo António	Capelas	Arrifes	Matriz	São José	Total
Situación profesional	Número de casos						
Jubilado	8	1	3	5	6	—	23
Ama de casa	13	1	4	11	4	8	41
Pensionista	1	—	—	—	—	—	1
Agricultor	—	1	—	—	—	—	1
Total	22	3	7	16	10	8	66

Tabla 7. Escolaridad de los cuidadores informales ancianos, distribuidos por unidades de salud

Unidad de salud	Feteiras	Santo António	Capelas	Arrifes	Matriz	São José	Total
Escolaridad	Número de casos						
No posee	9	2	4	10	0	2	27
3ª clase	3	0	2	1	3	2	11
1º ciclo completo	10	1	1	5	7	3	27
Secundaria	0	0	0	0	0	1	1
Total	22	3	7	16	10	8	66

65 años, presta cuidados, sin formación específica, a otra persona con edad igual o superior a los 65 años.

En el dictamen de Cohen y Eisdorfer citado por Lurdes y Storani, en Netto (8), la motivación para cuidar a alguien se basa en cuatro razones principales: amor, gratitud, moralidad y voluntad propia de cuidar. Para el cuidador informal anciano, cuidar supone consecuencias para la salud del propio cuidador, consecuencias que van desde el aspecto físico hasta el social, pasando por el emocional, psicológico e incluso existencial.

Muchas veces el cuidador de anciano dependiente es el cónyuge, hecho que supone problemas de diferente orden ya que los dos (anciano y cuidador) pertenecen al mismo grupo de edad. El Consejo Económico y Social (9) dice que “[...] la situación de las parejas ancianas se caracteriza, en repetidas ocasiones, por el apoyo recíproco que se da dentro de un frágil equilibrio y de un lento deterioro de los dos, cada uno apoyándose en el otro en función de lo que cada uno puede soportar todavía [...]”. Para éste, en los cuidadores en Portugal es frecuente el “Exceso de cansancio, fatiga general, dolo-

Tabla 8. Apoyos sociales que de los cuidadores informales ancianos, distribuidos por unidades de salud

Unidad de salud	Feteiras	Santo António	Capelas	Arrifes	Matriz	São José	Total
Apoyo social	Número de casos						
No disfruta	18	2	5	13	8	6	52
Disfruta: cuidados de higiene, limpieza de la casa	4	—	—	—	2	1	7
Disfruta: apoyo monetario para comprar medicamentos/ infraestructuras	—	1	—	—	—	1	2
Disfruta: cuidados de higiene	—	—	2	—	2	1	5
Disfruta: apoyo a 3ª persona	—	—	—	3	—	—	3
Total	22	3	7	16	12	9	69

Tabla 9. Historial clínico de los cuidadores informales ancianos, distribuidos por unidades de salud

Unidad de salud	Feteiras	Santo António	Capelas	Arrifes	Matriz	São José	Total
Historial clínico	Número de casos						
Ansiedad	1	—	—	—	—	3	4
Bocio	1	—	—	—	—	—	1
Cardíaco	5	1	—	6	1	1	14
Cataratas/ptosis palpebral	—	—	—	1	—	1	2
Circulatorio	3	0	—	2	—	—	5
Depresión	4	—	1	1	—	—	6
Diabetes	4	2	2	5	1	2	16
Digestivo	4	1	2	5	—	—	12
Ginecológico	2	0	2	5	—	—	9
Hematológico	1	0	—	—	—	—	1
Hemorroides	—	—	1	—	—	—	1
Hernia inguinal	—	1	—	—	—	—	1
Hipercolesterolemia	1	—	1	—	—	—	2
Hipertensión arterial	18	2	3	5	1	2	31
Hipertiroidismo	—	—	—	1	—	—	1
Insomnio	2	—	—	1	—	—	3
Mastectomizado	—	1	—	—	—	—	1
Neurológico	1	0	1	—	—	—	2
Osteomuscular	9	2	3	9	3	2	28
Renal	0	0	2	1	—	—	3
Respiratorio	3	0	—	2	1	—	6
Sinusitis	—	1	—	—	—	—	1
Urológico	2	1	—	3	—	—	6
Total	61	12	18	47	7	11	156

res de espalda, agotamiento físico y mental, disminución de las fuerzas y de la resistencia, nerviosismo, irritabilidad, ansiedad, insomnio, estado depresivo [...]”. Hace referencia también a que son varios los sentimientos que podrá originar el hecho de cuidar a ancianos: cul-

pa; ternura, compasión; tristeza o impotencia; angustia por la muerte, ante la suya y la del otro y el *efecto espejo*. También el hecho de que el cuidador sea anciano provoca que se pregunte acerca de quién continuará cuidando al otro anciano en el caso de que muera primero



Tabla 10. Actividades de la vida cotidiana de los cuidadores informales ancianos, distribuidos por unidades de salud

Unidad de salud	Feteiras	Santo António	Capelas	Arrifes	Matriz	São José	Total
Actividades de vida cotidiana	Número de casos						
Cuidados de higiene y conforto totales	16	2	2	9	4	6	39
Cuidados de higiene y conforto parciales	3	0	3	5	2	1	14
Alimentación	15	1	7	11	5	8	47
Eliminación	7	2	4	9	5	8	35
Movilidad total	7	2	5	9	4	7	34
Movilidad parcial	0	0	0	0	1	1	2
Movilidad supervisión	4	0	0	2	2	—	8
Total	52	7	21	45	23	31	179

Tabla 11. Actividades de la vida social cotidiana de los cuidadores informales ancianos, distribuidos por unidades de salud

Unidad de salud	Feteiras	Santo António	Capelas	Arrifes	Matriz	São José	Total
Actividades de la vida social cotidiana	Número de casos						
Cocinar	20	2	6	11	6	7	52
Limpieza de la casa	18	3	6	9	4	6	46
Lavandería	17	3	6	12	5	7	50
Gestión doméstica: pagos de cuentas de la casa	19	3	7	16	9	7	61
Gestión doméstica: compras de alimentación	19	3	7	16	9	7	61
Gestión doméstica: compras de medicación	19	3	7	16	9	7	61
Preparación de medicación	16	2	4	11	3	8	44
Administración de medicación	17	2	4	11	4	8	46
Otros cuidados (evaluación de la tensión arterial, glicemia capilar, realización de curas)	1	1	—	—	—	—	2
Total	146	22	47	102	49	57	423

o si enferma o pierde autonomía y es incapaz de continuar cuidando.

Contribuciones del enfermero a la relación con el cuidador informal anciano

Para que podamos cuidar verdaderamente tenemos que reconocer en el anciano la fragilidad de donde surge la necesidad de cuidar y la capacidad de este anciano para participar en los cuidados. La clasificación de Soldevilla Agreda (3) caracteriza a los destinatarios de la enfermería geronto-

lógica clasificándolos en personas ancianas sanas: individuos independientes y capaces de satisfacer sus necesidades dentro de sus limitaciones, impuestas por el factor de la edad; y las personas mayores frágiles o de riesgo: ancianos con alto riesgo de perder su autonomía, sufrir complicaciones, ingresos en instituciones o morir, y los enfermos geriátricos.

Para conseguir una evaluación cabal del cuidador anciano, como agente que cuida, es necesario evaluar de una manera sistemática y global las diferentes dimensiones del cuidador anciano porque, como afirman Morris in Phipps,

Sands y Marek (10), “[...] en los cuidados gerontológicos y geriátricos, el enfoque de la valoración es el nivel funcional del anciano. [...] cualquier pérdida de capacidades funcionales pueda afectar, de una manera notable, la calidad de vida y el bienestar de los mayores.” Como la práctica de la enfermería se debe guiar por principios científicos, surgen las escalas de valoración de la capacidad funcional del anciano [la de Lawton y la de Katz, citadas por Yuaso y Sguizzatto en Netto (11); la de Barthel, referida por Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, citados por Imaginário (12), y las escalas de valoración del estado mental y nivel de pensamiento cognitivo [Blessed, citada por Ventura y Bottino in Netto (13)]. Éstas permiten una valoración de las diferentes realidades del anciano, lo que nos permite una valoración multidimensional tanto del anciano cuidador como del anciano que recibe cuidados, teniendo un valor diagnóstico y terapéutico. De acuerdo con Lage (14), ellas “Valoran la función indirectamente a través de las consecuencias derivadas de su pérdida [...] y [...] deben evaluar en función de lo que el sujeto realiza habitualmente y no según las posibilidades teóricas de que pueda realizar determinada tarea”. El diagnóstico de enfermería con la respectiva elaboración del plan de cuidados puede y debe ser auxiliado por el uso de escalas. Sobre las intervenciones de los cuidadores, Brodaty (15) defendió que éstas deben basarse en tres grandes pilares: apoyo psicológico, educación/información y sistemas sociales de apoyo.

El apoyo psicológico y la intervención terapéutica tienen el objeto de promover y mantener la salud mental del cuidador informal anciano, dándole estructuras psicoemocionales para cuidar del otro y de sí. Según Brodaty (15), ese apoyo se consigue a través del intercambio de experiencias y sentimientos (*unburdening*), del aprendizaje que se realizará con los cuidadores ancianos, del *counseling*, de la terapia de comprensión, de la terapia cognitiva, de la relajación, de la gestión del estrés y de la promoción del autocuidado. Este apoyo, para Fennel, citado por Brito (16), implicará una definición de las cogniciones del cuidador a través del descubrimiento de nuevas maneras de pensar, nuevas estrategias de *coping*. Al intervenir se pretende que en el acto de la enseñanza-aprendizaje se consigan desarrollar estrategias que ayuden al anciano a mantener las capacidades cognitivas existentes, nuevas formas de ser y de estar.

Bruto (16) dice que las dificultades más frecuentes del cuidador son la falta de información general y el sentimiento de falta de capacidad para realizar diversos procedimientos relacionados con los cuidados diarios del familiar anciano, pudiendo afectar, de manera significativa, su trabajo de cuidar. En este sentido, la educación/información es la segunda intervención terapéutica. Brêtas y Yoshitome, in Duarte y Diogo (17), defienden que será com-

petencia de las enfermeras capacitar a los cuidadores para la prestación de cuidados, supervisando periódicamente tales actividades. Esta capacidad del cuidador, a través de la educación, implica, según Brodaty (15), mejorar las aptitudes del cuidador a domicilio en la práctica de los cuidados desarrollando competencias terapéuticas para la resolución de los problemas hasta la planificación, como actuar en situaciones de emergencia, recurrir a apoyos financieros y jurídicos. Según el Consejo Económico y Social (9), los cuidadores necesitan adquirir conocimientos sobre la enfermedad y la dependencia y la enseñanza práctica.

El último aspecto en la intervención terapéutica consiste en informar al cuidador sobre los sistemas sociales de apoyo. El Artículo 84 (Obligación de informar) del Código Deontológico de los Enfermeros (18), en el párrafo d), hace referencia a que los enfermeros asumen el deber de “Informar sobre los recursos a los que la persona puede tener acceso, así como la manera de obtenerlos”. Wellman, citado por Paúl (5), define sistema de apoyo como “[...] una red de apoyo social: un conjunto de personas relacionadas con un conjunto de lazos, por ejemplo, relaciones de apoyo emocional, formando una red social, limitada desde el punto de vista analítico, que sólo tiene en cuenta lazos de apoyo y que asume que estos lazos sólo pueden formar una única estructura integrada”. Para Berger y Mailloux-Poirier (19), las redes de soporte se clasifican en formales e informales y tienen como fin la ayuda a las personas mayores. “La red de soporte formal [...] está compuesta por organismos de ayuda de servicios gubernamentales, mientras la red informal (o red natural de ayuda) está constituida por el compañero, parientes, amigos y vecinos”. Según Paúl (5), esas redes prestan apoyo psicológico, relacionado con el bienestar y apoyo instrumental, es decir, la ayuda física en momentos en que el anciano presenta una deficiencia en sus capacidades funcionales o una pérdida de autonomía, temporal o permanente.

Cuidador informal anciano de Ponta Delgada

Siguiendo la tendencia nacional, la RAA también ha estado asistiendo a un envejecimiento gradual de la población. Para tener una visión más amplia de este fenómeno hemos elaborado un cuadro (nº 1) que tiene como base los censos de 2001 del SREA (20), donde hemos discriminado el número de ancianos por isla y su respectivo porcentaje teniendo en cuenta la población residente en la isla. Pensamos que no podíamos estudiar al cuidador anciano sin conocer, en líneas generales, su perfil. Por eso, decidimos caracterizar al cuidador anciano en el municipio de Ponta Delgada. El municipio de Ponta Delgada, con un área total de 231,90 km², está subdividido en 24¹ *freguesias*.² Este municipio, según los censos de 2001 del

¹Datos recogidos en http://pt.wikipedia.org/wiki/Ponta_Delgada en julio de 2006.

²*Freguesia* es la división administrativa del municipio o *concelho*, cuya traducción literal sería “feligresía” (N. de la T.).



133 SREA (20), tiene una población residente de 65.854 habitantes, con una densidad de población de 284 habitantes/km², con una población de edad igual o superior a 65 años de 7.110 habitantes, que corresponde al 10,8% de la población.

Decidimos usar tan sólo una manera de recoger la información pretendida, a través del centro de salud de Ponta Delgada (que cuenta con seis unidades de salud y 10 extensiones) por medio de los registros de visitas a domicilio, en los meses de junio y julio de 2006, con el

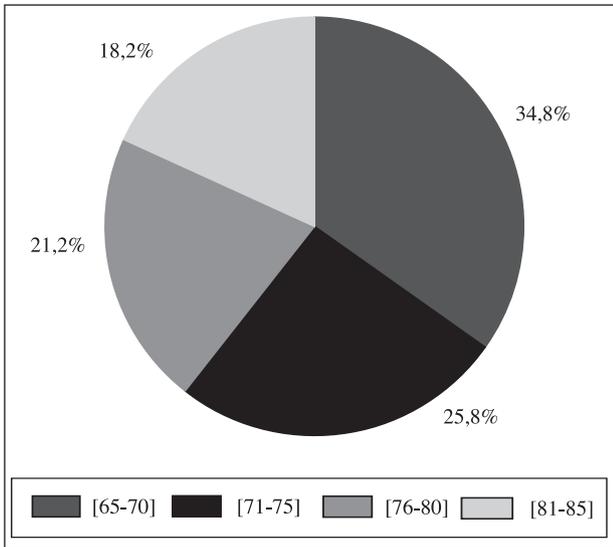


Fig. 1. Edad (años).

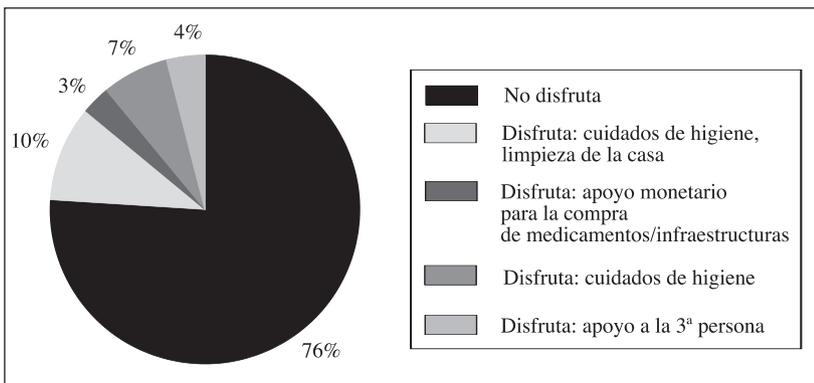


Fig. 2. Apoyo social.

objetivo de identificar a los ancianos objeto de cuidados de enfermería. Con la ayuda de los equipos de enfermería se identificó a los ancianos que tenían como cuidador a otro anciano. Usamos tres criterios de selección para llegar al cuidador anciano: el cuidador tiene una edad igual o superior 65 años; aquel que, sin información específica, presta cuidados al anciano en su ambiente, promoviendo su bienestar y comodidad e intentando mejorar el desempeño de las actividades de la vida cotidiana así como las actividades de la vida social

31 cotidiana y, de acuerdo con la clasificación de Agreda (1999) (3), ser una persona mayor sana o una persona mayor de riesgo que cuida a otra persona mayor de riesgo o de un enfermo geriátrico. De los datos recogidos identificamos 66 casos de cuidadores ancianos como está descrito en el Tabla 2.

Para conseguir nuestro objetivo de trazar en líneas generales el perfil del cuidador informal anciano elaboramos un esquema que nos sirvió como orientación durante el análisis de los datos, donde constaban los criterios de caracterización de la muestra (edad, sexo, grado de parentesco, profesión, escolaridad e historial clínico), así como las dimensiones relacionadas con el hecho de ser cuidador (cobertura social, realización de las actividades de la vida cotidiana y relación del anciano cuidado). Nuestro cuidador informal tiene una edad comprendida entre los 65 y los 70 años, y representa el 34,8% de la muestra, teniendo un grupo de edad de los 81 a los 85 años o más que supone un porcentaje que, creemos, no podemos dejar de destacar por lo que supone para la condición del cuidador anciano, el 18,2% (Fig. 1). En el género, el sexo femenino es el predominante con el 77,3% y el grado de parentesco es el de esposa, con el 63,6%. La profesión que predomina es la de ama de casa con el 62,1%, y se verifica en la muestra, en lo que se refiere escolaridad, que predominan el primer ciclo completo y la ausencia escolaridad con un 40,9%. En las historias clínicas aparece la hipertensión arterial, las enfermedades osteomusculares y la diabetes con porcentajes del 19,9%, 17,9% y 10,3%, respectivamente.

En la gran mayoría, el 75,4%, el cuidador no tiene ayudas sociales (Fig. 2). En la realización de las actividades de la vida cotidiana, el cuidador anciano tiene bajo su responsabilidad los cuidados de alimentación (26%), los de higiene y conforto totales (22%) y los de eliminación (20%) (Fig. 3). En la realización de las actividades de la vida social cotidiana se verificó una cierta homogeneidad de los resultados obtenidos sobre la gestión doméstica, en sus tres puntos, con un 14,4%. El acto de cocinar ocupa el segundo lugar con un 12,3% y la lavandería junto con la administración de medicamentos ocupan el tercer lugar con un 11,8% (Fig. 4).

CONCLUSIÓN

Cuidar a un anciano es siempre una misión que conlleva una serie de vivencias y sentimientos, a veces contradictorios, y de gestión delicada que requiere, por parte del profesional de enfermería, un conocimiento profundo de las diferentes dimensiones que están asociadas al hecho de dar sin recibir, muchas veces.

En este trabajo se ha presentado una reflexión sobre el fenómeno del cuidador informal anciano que cuida a otro anciano, se han intentado analizar las diferentes dimensiones asociadas a él y cuáles son las contribuciones que el enfermero puede desarrollar para que el anciano pueda cuidar manteniendo su espacio para continuar viviendo su envejecimiento de una manera activa y autónoma. Berger y Mailloux-Poirier (19) afirman que para ayudar a los ancianos a conservar su autonomía funcional y emotiva hay que favorecer la salud mental y que “Mantener y promover la salud mental exige un tratamiento más preventivo que de curación, y la búsqueda de soluciones de intervención debe tener en cuenta el aspecto emotivo y cognitivo de la persona”. En este proceso de búsqueda de un tratamiento preventivo entendemos que tanto el apoyo psicológico como la educación/información son fundamentales en la actividad del enfermero, y que está de acuerdo con lo que el Colegio de los Enfermeros divulga en el Código Deontológico de los Enfermeros (18), en su Artículo 80 (Deber para con la comunidad), que el enfermero es responsable para con la comunidad en la promoción de la salud.

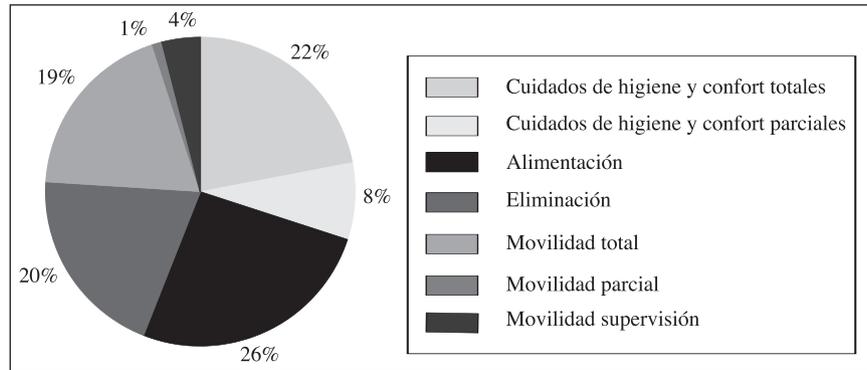


Fig. 3. Actividades de la vida cotidiana.

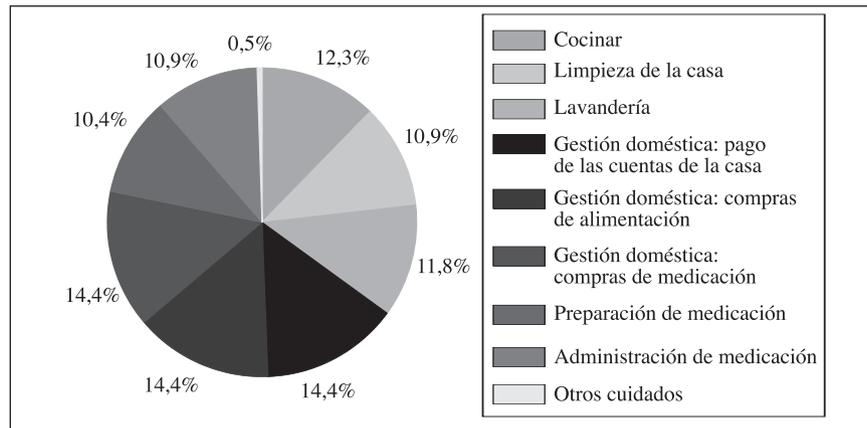


Fig. 4. Actividades de la vida social cotidiana.

Esto presupone “[...] mejorar la información, educación para la salud y destacar estilos de vida saludables”.

BIBLIOGRAFÍA

- Costa M. Questões Demográficas: Repercussões nos Cuidados de Saúde e na Formação dos Enfermeiros. In O Idoso: Problemas e Realidades. Coimbra: Formasau, 1999; 7-22.
- Moniz J. A Enfermagem e a Pessoa Idosa: a Prática de Cuidados Como Experiência Formativa. Loures: Lusociência, 2003.
- Soldevilla Agreda J. Passado, Presente e Futuro da Enfermagem Gerontológica. In O Idoso: Problemas e Realidades. Coimbra: Formasau, 1999; 23-39.
- Portugal. Serviço Regional de Estatística dos Açores. Estatísticas da Saúde de 2004. Angra do Heroísmo: SREA, 2004.
- Paul M. Lá Para o Fim da Vida. Coimbra: Livraria Almedina, 1997.
- Collière M. Promover a Vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- Zimerman Guite. Velhice: Aspectos Biopsicossociais. Porto Alegre: Art-med Editora, 2000.
- Lurdes S, Storani M. Demência: Impacto para a Família e a Sociedade. In NETTO, M. Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Atheneu, 1999; 146-59.
- Conselho Económico e Social. Responsabilidade Familiar Pelos Dependentes Idosos Nos Países das Comunidades Europeias. Lisboa, 1994.
- Morris D. A Prática de Enfermagem Junto do Idoso. In Phipps W, Sands J, Marek J. Enfermagem Médico Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. 6ª ed. Vol. I Loures: Lusociência, 2003; 81-105.
- Yuaso D, Sguizzatto G. Fisioterapia em Pacientes Idosos. In NETTO, M. Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Atheneu, 1999; 331-47.
- Imaginário C. O Idoso Dependente em Contexto Familiar: Uma Análise da Visão da Família e do Cuidador Principal. Coimbra: Formasau, 2004.
- Ventura M; Bottino C. Avaliação Cognitiva em Pacientes Idosos. In Netto, M. Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Atheneu, 1999; 174-89.
- LAGE I. Aproximação ao seu estado de saúde. Nursing 2005; 195; 6-12.
- Brodaty H. Interventions with caregivers. [online]. Disponible en: <http://www.malattimetabolice.it/articoli/vol4no4a.htm>.
- Brito L. A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos. Coimbra: Quarteto Editora, 2002.
- Brêtas A, Yoshitome A. Conversando Com Quem Gosta de Cuidar de Idosos no Domicílio. In Duarte Y, Diogo M. Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu, 2000; 111-3.
- Ordem dos enfermeiros-Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários. 2003.
- Berger L, Mailloux-Poirier D. Pessoas Idosas-uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta, 1995.
- Portugal. Secretaria Regional de Estatística dos Açores. Recenseamento da População e Habitação. Angra do Heroísmo: SREA, 2003.