



EL ADULTO MAYOR EN CHILE, UN DESAFÍO PARA ENFERMERÍA

Mercedes Concha F. (*)

El número de personas adultas crece en forma considerable como resultado del avance tecnológico y medidas preventivas en Salud que disminuyen el riesgo de morir y aumentan las expectativas de vida. Esta situación incrementa las demandas de atención en salud originando otras necesidades que para el anciano, son muy particulares las que tienen un fuerte impacto socio-económico a nivel nacional.

Enfermería como profesión, debe participar en la búsqueda de alternativas que promuevan estilos de vida favorables, para conservar, mantener la salud o contribuir a recuperarla en caso de enfermedad. Identificar estrategias para apoyar las actividades cotidianas o limitaciones funcionales del anciano a fin de integrarlos a su ambiente habitual, favoreciendo su autovalencia y bienestar que mejore la calidad de vida de la población.

Enfermería tradicionalmente se ha centrado en el cuidado de los enfermos, dedicando el ejercicio profesional a las actividades dirigidas a la recuperación de la salud, lo que beneficia a un pequeño porcentaje de la población.

María Figueroa (1) plantea: que para ser considerada profesión, una ocupación debe ser capaz de ofrecer un servicio significativo a la sociedad, o sea ofrecer algún tipo de ayuda que mejore la calidad de vida futura, resolviendo los problemas actuales que afectan esa calidad de vida. Enfermería tiene un aporte significativo por desarrollar actividades destinadas a mejorar la salud y el bienestar de los seres humanos. Otro criterio que una profesión debe satisfacer tiene relación con que el servicio que presta debe ser único, definido, esencial y diferente al que ofrecen otros, lo que supone que los practicantes manejan conocimientos peculiares que le permiten emitir juicios correctos y tomar decisiones para el logro de resultados deseados y objetivamente basados; esto ha impulsado el desarrollo de enfermería como disciplina.

Mirando la profesión bajo ese aspecto, enfermería juega un rol importante en la atención del adulto mayor; problema emergente como causa de una serie de factores resultante de algunas medidas de salud aplicada en estos últimos años.

Existen preconcepciones en relación a la

vejez enferma, invalidada, pasiva, enmarcadas más que nada por la sociedad actual que vive en forma acelerada en función de la juventud y competencia. De acuerdo al estudio de necesidades de la población adulta mayor (Oscar Domínguez, 1987) encontró que en autodependencia el 66,7% es normal, en relación a las actividades de la vida diaria; el 30% es frágil, con invalidez leve a relativa y el 3,3% es terminal; o sea invalida o postrada (2).

Las cifras en sí son elocuentes e invitan a gestar cambios en la concepción de la vejez, participando directamente por medio de programas, estudios o estrategias que contribuyan a comprender e integrar al anciano como un ser valioso y productivo en su grupo familiar o comunitario.

Fundamentación y descripción

Chile es una nación con una tradición censal reconocida en América Latina; sus registros permiten hacer estudios de la evolución de la salud de la población y compararlos con los países más desarrollados del continente.

Las características de salud de la población chilena, son muy distintas a las observadas hace tres décadas, lo que ha traído como consecuencia cambios en la estructura demográfica. Chile se ha convertido en un país con gran

número de adultos, como resultado de medidas sanitarias que promovieron; mejoramiento del saneamiento ambiental, disminución de las tasas de natalidad a raíz de las políticas abiertas, de la regulación de la fertilidad (1965), disminución de la mortalidad por enfermedades transmisibles, atención profesional del parto, disminución de la mortalidad infantil, etc.

El impacto de los programas materno-infantil justifican su permanencia; el aumento de la expectativa de vida y con ello la progresiva prevalencia de enfermedades crónicas, desencadenan consecuencias muchas veces no deseables. Estas, a menudo contribuyen a decrecer la población productiva por aumento de: incapacidades, aumento de pensiones de invalidez, de costos en recuperación y deterioro de la calidad de vida; relacionadas con inadecuados estilos de vida por ausencia de actividades de promoción en salud (1 y 2).

Hans Thoma se refiere a la vejez como un destino social; las características de la sociedad son las que condicionan tanto la cantidad de vida o el promedio de años que vivirán sus habitantes, como la calidad de vida o cómo vivirán los años de su vejez (4).

La vejez además tiene una connotación social asociada intimamente a las características culturales imperantes; la prolongación de la vida hasta edades avanzadas es producto del nivel de desarrollo de las sociedades (3).

El envejecimiento es un proceso biológico; el ponerse viejo se inicia en la etapa fetal y culmina con la muerte (1).

El potencial biológico de la especie humana se desarrolla en mayor o menor grado de acuerdo al medio ambiente en que se vive (2).

Aspectos demográficos

Para efectos legales el grupo de 65 años y más es el que tiene derecho a acogerse a jubilación, hecho que marca una etapa importante en la vida de las personas. Si se analiza en forma retrospectiva, en 1970 alcanzaba un porcentaje de 4,7%; 5,8% en 1982 y 6,0% en 1989, estimándose superar el 10% en el año 2025; cifra que para muchos, indica una población envejecida (4).

En la década del 50, el 55% de los nacidos vivos llegaban a los 60 años; entre 1980-1985 el 74% y en el período 2020-2025 se estima que alrededor del 80% superaran la edad señalada (3).

El promedio de años de vida ha aumentado; entre 1950 y 1955 quienes llegaban a los 60 años tenían 15,4 años más de vida y en 1980 y 1985 la probabilidad se incrementa en 2,4 años más.

De acuerdo al censo de 1982 el 65% se concentra en edades de 65-74 años y el 17% es población mayor de 80 años, donde los varones están en minoría. Por lugar de residencia el 81% se encuentra en área urbana. En relación al estado civil, el 47% casado, siendo mayor el porcentaje en hombres que mujeres. Viudos 35% teniendo mayor importancia el grupo de mujeres, 12% soltero y el resto separado o conviviente (3).

La relación de dependencia menores de 15 años y mayores de 65 años (población 15-64 años) disminuye a partir de 1982, manteniéndose hasta el año 2010, o sea que la población productiva no disminuiría porcentualmente, pero habría un cambio en la composición de la población económicamente inactiva entre personas menores de 15 años por mayores de 65 años; es decir se cambian niños por ancianos=índice de vejez, el que crece en forma sostenida. Esta proyección se debe tener presente por la repercusión a nivel de políticas de salud, educación, previsión social y otros, porque son grupos con necesidades distintas.

Tabla Nº 1

Evolución de la población total y de la mayor de 65 años, 1920-2025

AÑO	POBLACION				
	TOTAL	TASA CRECIM.	Nº	%	TASA CRECIM.
1920 (1)	3.731.573	—	125.435	3,4	—
1930 (1)	4.287.445	1,4	147.627	3,4	1,6
1940 (1)	5.023.539	1,6	175.858	3,5	1,7
1952 (1)	5.932.995	1,5	236.746	4,0	2,6
1960 (1)	7.374.115	2,5	316.745	4,3	3,4
1970 (1)	8.884.768	2,0	446.711	5,0	3,6
1982 (1)	11.329.736	2,0	659.517	5,8	3,2
1990 (2)	13.173.347	1,7	792.913	6,0	2,3
1995 (2)	14.237.280	1,5	907.193	6,4	2,7

2000	(2)	15.271.965	1,4	1.027.328	6,7	2,5
2005	(2)	16.245.518	1,2	1.148.222	7,1	2,2
2010	(2)	17.182.253	1,1	1.324.928	7,7	2,9
2020	(2)	18.973.125	0,9	1.816.205	9,6	3,4
2025	(2)	19.773.694	0,8	2.149.943	10,9	3,4

(1) 1920-1982 cifras censales

(2) 1990-2000, Instituto Nacional de Estadísticas-CELADE «Proyecciones de población, por sexo y grupos de edad, 1950-2025», Fascículo F/CHI. 1, abril 1987.

Los cambios demográficos justifican la creación de programas que promocionen estilos de vida que agreguen más vida a los años y no tan solo años muchas veces no deseados.

Los antecedentes epidemiológicos muestran a través de sus indicadores un avance en los problemas de salud. La tasa de mortalidad general es de 5,8% en 1989 y de ella el 55,5% corresponde a personas de 65 años y más, siendo las causas de tipo circulatorias las de mayor importancia, lo que no nos diferencia de otros países más desarrollados.

El 10% de la población es portadora de una enfermedad crónica y en el adulto mayor se supera esta cifra acompañada de una polipatología que contribuye a aumentar las complicaciones, promedio días cama en hospital y costos de atención poco exitosos.

En la actualidad, era de los rápidos cambios tecnológicos la gran preocupación de la sociedad se orienta hacia la juventud y la productividad y en relación con la salud, hacia la curación como consecuencia de las prioridades y recursos económicos otorgados a los servicios.(5)

Los ancianos y enfermos crónicos y particularmente los que reúnen estas dos condiciones, reciben una atención que en general no satisface por su calidad. El personal de salud trabaja para reestablecer la funcionalidad de estas personas; lo que le permite una estabilidad suficiente para reincorporarlo a su hogar. En algunos casos bastan semanas para que dichas personas reingresen a los centros asistenciales por falta de apoyo que complementa las necesidades propias de su edad o emanadas de su condición, lo que encarece y agota los recursos de la atención en salud.

Si se analiza la calidad de la atención que

ellos reciben, no es la óptima; por falta de capacitación del personal de salud para otorgar los cuidados específicos que conduzcan a mejorar la eficacia de la intervención. Para lograr esta eficacia es necesario enfocarlo en forma interdisciplinaria, a fin de mejorar la calidad de vida del anciano.(6)

Enfermería juega un rol esencial en velar por la salud de estas personas, pero no se aprecia esta responsabilidad en su real dimensión. La desvalorización y escasez de recursos hace que se delegue la atención en otros sujetos que prestan un servicio en instituciones, cuyo objetivo es conservar a los ancianos «como están» o servir de simples «vigilanes» (Carnevali, D.)(7)

La influencia de la tecnología, competencia, presión social hacen gozar de mejor posición y prestigio a aquellas enfermeras que se ubican en unidades con pacientes agudos o de alto riesgo como diálisis, urgencia, cardiología, otros. El mejorar la condición física, se considera como la mejor parte de enfermería (Carnevali, D.)(7)

Como integrante de un equipo de salud, es fundamental que el profesional de enfermería colabore en la búsqueda de estrategias que atenúen los problemas derivados de «un estilo de vida»; entendiéndose como tal, a la «conducta individual incluyendo la de la salud, la que está condicionada por los grupos sociales a los cuales pertenecemos» (Horwitz, N.)(8)

Enfermería es una de las disciplinas que ha intervenido en forma activa en este proceso de cambio por medio de la educación en salud; siendo innegable su influencia en la evolución de los índices ya mencionados. Es por ello que ante las evidencias, no puede sustraerse de continuar participando en la solución de problemas relevantes, adaptando el curriculum de la carrera a las necesidades reales a fin de formar profesionales acordes a los requerimientos del país.

Carnevali, D. identifica una disciplina en términos de sus áreas de intereses: enfoque de sus conocimientos y su práctica. Enfermería como disciplina, la describe en término de las dos categorías centrales de fenómenos y las relaciones que guardan entre si, que constituyen el cuerpo de conocimientos y la estructura para su práctica. Las dos principales categorías de

fenómenos que se ocupa en enfermería en la atención de enfermos son: actividades de la vida diaria y estado funcional de salud.. Estas dos categorías se han vuelto el foco de atención para llegar al diagnóstico y tratamiento y para la estructuración de los conocimientos que los apoyan.

El enfoque de enfermería, tiene como fin equilibrar las actividades de la vida diaria relacionadas con la salud, con las capacidades funcionales disponibles para realizar las actividades diarias en las condiciones óptimas en un grupo de circunstancias definidas.

En el adulto mayor, son comunes las complicaciones del cuadro clínico originado por múltiples factores; falta de adherencia a los controles y tratamiento dado sin el adecuado conocimiento de su condición de salud y desinformación de las medidas preventivas. Esto repercute en mayor demanda de atención, elevando los costos de recuperación con fuerte impacto socio-económico a nivel del presupuesto nacional (2/3 de la atención es absorbida por organismos del servicio de salud).

Mary Carrol refiere que el 60% de sujetos que sobrepasan la edad de jubilación son autónomos y pueden vivir con independencia social, económica, física y psíquica. Cualquier problema que surja si el individuo carece de recursos o capacidad para resolverlos, precisará de ayuda externa (9).

A pesar de estar alerta y llevar a cabo actividades dirigidas a mantener las capacidades y habilidades que le permitan relacionarse con los demás y adaptarse a las limitaciones que conlleva la edad, es muy posible que aparezcan problemas de salud, haciendo necesaria la hospitalización o transferir de institución de corto plazo a otras más complejas y de larga estada. Las enfermedades del anciano tienen las características de las modificaciones fisiológicas, funcionales y de la disminución de la capacidad de adaptación y reserva de sus órganos y sistemas.

Las condiciones biopsicosociales obligan a ofrecer opciones alternativas que deben estar articuladas entre si (red) y formar parte del sistema de atención al resto de la población. Los modelos de atención deben tener como base la atención primaria con énfasis en la promoción de

salud y la prevención de incapacidades (10).

El cuidado integral debe incluir los aspectos físico, psíquico, social y funcional, siendo este muy importante porque va a determinar el grado de dependencia de la sociedad. Es fundamental incluir a la familia para evitar el deterioro progresivo y la rehospitalización. Después del alta, es aconsejable un sistema de seguimiento para mantener lo logrado; de lo contrario se pierde el 80% de su eficacia. (11)

Cuando los problemas de salud impiden que el anciano desarrolle las actividades básicas de la vida diaria en forma autónoma, en el domicilio o la institución donde se encuentra ingresado, la enfermera debe intervenir en consideración al cuerpo de conocimientos y habilidades que la amerita como profesional. Para ello se precisan conocimientos básicos y específicos de los cuidados y necesidades de los ancianos y los métodos para cubrirlas. Saber valorar los problemas; identificar los reales y prevenir los potenciales, implementar un plan de cuidados específicos, personalizados, ejecutar técnicas y procedimientos adecuados; estudiar la evolución de la persona como parte de las actividades profesionales.

Por último vale la pena destacar que en el Primer Encuentro Latinoamericano de Gerontología (PELAG - Acapulco, México en junio de 1989) se intercambiaron experiencias en el área del envejecimiento y la atención de las personas mayores en los países de habla hispana y portuguesa de América Latina, llegando a un pronunciamiento de concenso que dice:

«...Se debe profundizar en el conocimiento de la situación de los ancianos en América Latina desde el punto de vista social, económico y estructural para facilitar el fomento y la promoción de la planificación y ejecución de políticas integrales de atención a los ancianos.

Se identifica a la familia como elemento fundamental en la atención, la cual debe propender al mantenimiento de las capacidades del anciano, mediante su integración a la familia y a la comunidad, estableciendo como niveles operativos el autocuidado, la prevención médico-social y la atención de necesidades en el seno de la comunidad a la cual pertenece.

Se reconoce que la privación económica de la población de 60 años y más de América Latina constituye un factor de desventaja que debe ser abordado a través de planes y programas novedosos de ayuda a esa población, tomando la autogestión un papel relevante.

Se recomienda usar técnicas sencillas que permitan identificar las necesidades de los ancianos según sus riesgos médico-sociales y sus niveles de independencia».

Bibliografía

- 1) Figueroa María. Enfermería Profesión Disciplina y Ciencia. Documento de estudio 1991.
- 2) Dominguez Oscar. Estudio de las necesidades de población adulto mayor Documento OPS.1987.
- 3) Barros Carmen . «Envejecer en Chile», Estudios Sociales Nº60, 1989 2º trimestre.
- 4) Kirschbaum A. El envejecimiento de la población chilena- Cuadernos chilenos de cirugía 1981-25:13
- 5) Quinteros, Marialcira. Censo Internacional de Gerontología. Documento de trabajo. Avances de la enseñanza de enfermería gerontológica. Maracaibo Ud. de Zulia. 1990.
- 6) P. Villaseca. Sistemas integrales de atención del anciano. Proyecto salud familiar. 1990.
- 7) Carnevali, Doris. Patric, Marcel. Tratado enfermería geriátrica. 2da. Ed. 1, 2, 3, 4:3-46 Interamericana Mac Graw-Hill. 1986.
- 8) Horwitz, Nina. Informativo CEAP (Comisión de estudios en aspectos psicosociales de la atención primaria. Ed. Ag 188.
- 9) Carrol Mary R.N. C.M.A. Bue C. Gane R.N, Med M.S.M. Cuidado de enfermería individualizada en el anciano. Edit. Doymer. 1989.
- 10) Anzola E. Alternativas a la institucionalización de los ancianos en A.L. Versión preliminar OPS. Programa de Promoción de la Salud 1991.
- 11) Salvador Sarrá. Medicina Interna en Geriatria. Edit. Mediterráneo 1989.

12) Exton-Smith A. Wekster M. Tratado de Geriatria. Edit. Pediátrica. Barcelona 1988.

13) R.D. Venn M.D. Escala de valoración clínico geriátrica. Sandoz. Depto. Investigación Clínica Sandoz, East Hanover N.J. USA.

Mayor información
Mercedes Concha
Vicuña Mackenna 4686
Casilla 6177 Correo 22
Stgo - Chile.