



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

López Medina, M^a Dolores; López Araque, Ana Belén. Satisfacción de las mujeres mayores institucionalizadas con los cuidados de enfermería. Biblioteca Lascasas, 2015; 11(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0810.php>

**SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES MAYORES INSTITUCIONALIZADAS
CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

M^a Dolores López Medina. Diplomada en Enfermería. Enfermera especialista en Obstétrico-Ginecológica. Máster en Gerontología Social: Longevidad, Salud y Calidad. Universidad de Jaén.

Ana Belén López Araque. Diplomada en Enfermería. Máster en Investigación e Innovación en Salud, Cuidados y Calidad de vida. Gerencia de Atención Integrada de Valdepeñas, hospital de Valdepeñas, Ciudad Real, España.

RESUMEN

Es evidente, que España envejece. Actualmente nos encontramos con una de las poblaciones más viejas de Europa y del mundo. El significado social de la vejez está claramente marcado por el género, por este motivo nos planteamos el objetivo de describir la opinión de las mujeres mayores sobre la atención recibida por el personal de enfermería, para ello planificamos una investigación de metodología cuantitativa, observacional, descriptiva y transversal a mujeres mayores de 65 años institucionalizadas al menos 2 años en centros socio-sanitarios públicos y privados de la provincia de Jaén. El método de muestreo será en múltiples etapas o bietápico. Para conocer el grado de satisfacción de las mujeres mayores con la atención recibida utilizaremos el cuestionario CARE- Q y para conocer la calidad de vida en la mujer anciana utilizaremos el instrumento MGI-CALIDAD DE VIDA, además de recoger una serie de variables socio-demográficas; se va a hacer un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de las variables que miden la satisfacción de la atención de en enfermería y de la calidad de vida. Además de una regresión múltiple del grado

de satisfacción de la atención recibida con relación a la calidad de vida, saber leer y tiempo que llevan viviendo en el centro. El análisis de datos será llevado a cabo mediante el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences, SPSS versión 19.0

Palabras clave: satisfacción del paciente, mujeres, anciano y centros para personas mayores.

SATISFACTION OF ELDERLY WOMEN INSTITUTIONALIZED WITH NURSING CARE

ABSTRACT

Spain is one of the oldest populations in Europe and the world. The social significance of aging is clearly marked by gender, which is why we set ourselves the aim to describe the opinion of older women on the care provided by nurses, for it planned a quantitative research, descriptive, cross-sectional study to women over 65 years institutionalized at least 2 years in public and private social and health centers in Jaen. The sampling method is multi-stage. For the satisfaction of older women with the care we use the CARE-Q questionnaire and to determine the quality of life in elderly women use the MGI-QUALITY OF LIFE questionnaire. It is going to make a descriptive analysis of the socio demographic variables and variables that measure satisfaction in nursing care and quality of life. Also we will do a multiple regression of satisfaction with the care about the quality of life, ability to read and how long they have lived in the center. Data analysis will be performed using the statistical program SPSS version 19.0

Keywords: patient satisfaction, women, aged and senior center.

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo diario que desempeña la enfermera de cualquier “residencia de ancianos o centro sociosanitario”, en lo que se refiere al cuidado de los mayores, abordando todas y cada una de las necesidades humanas básicas, demuestra de manera tangible y legítima la importancia de nuestro trabajo.

Es evidente, que España envejece. Actualmente nos encontramos con una de las poblaciones más viejas de Europa y del mundo, cuya evolución imparable tiene fiel reflejo en el aumento, tanto en número de ancianos, como en la longevidad de los mismos.

Hablar de opinión es difícil en cualquier área, por ser términos subjetivos que al final deben tener un valor para hacerlos medibles. Se le ha dado poca importancia a este aspecto por la idea que se tiene de que el paciente no sabe lo que quiere ni lo que es mejor para él, y quien puede saber más lo que le conviene o debe hacerse en caso de enfermedad es el profesional de la salud, el cual con su conocimiento y experiencia, le aconsejará o guiará sobre lo que es mejor para él. ¹

La opinión individual acerca de los servicios de salud depende de varios factores, entre los que destacan las características de los servicios recibidos. Entre los adultos mayores se ha encontrado que los aspectos de la calidad en la atención, considerados como prioritarios fueron el trato amable, la mejoría del padecimiento y el corto tiempo de espera. Es necesario saber qué interesa a los mayores para cumplir sus expectativas. ²

La OMS, al referirse a la capacidad de respuesta de un sistema de salud, menciona que “este concepto tiene que ver con la satisfacción o insatisfacción del usuario, de las expectativas de la población con respecto al trato que debería recibir, haciendo particular referencia al respeto de los derechos humanos, a la dignidad del paciente y al respeto de su idiosincrasia”. ³

El concepto de la atención incluye dos dimensiones: la técnica, consistente en seguir la mejor estrategia de atención que la ciencia actual hace posible y la interpersonal, consistente en lograr la mayor satisfacción posible del usuario respetando su autonomía y sus preferencias. La atención de enfermería requiere tener un contacto directo, íntimo

y constante con los adultos mayores, así como con sus convivientes y familiares, por consiguiente la atención de enfermería deber tener un balance perfecto entre lo humanística y lo científico, sólo puede ser sustentado al ofertar servicios de enfermería de alta calidad que se vean reflejados a través de la confianza que las personas depositan en nosotros como responsables del cuidado de su salud.³

La calidad en la atención de enfermería se puede evaluar a partir de nueve componentes que en su conjunto permiten realizar una evaluación integral: cortesía, participación de la enfermera durante el diagnóstico y el tratamiento, idiosincrasia, trato amable, información sobre el padecimiento, educación para el cuidado, intimidad y pudor, seguridad y confianza, satisfacción con el equipo y las instalaciones. Para conocer la percepción que tienen las personas del trabajo que desarrolla enfermería es indispensable conocer la opinión que ellos tienen acerca del cuidado enfermero. Considerando que la calidad de atención en enfermería se basa en crear las condiciones necesarias, suficientes y acordes a las posibilidades del adulto mayor para proporcionar cuidados que satisfagan sus expectativas y que la percepción es el proceso mediante el cual la conciencia integra los estímulos sensoriales sobre objetos, hechos o situaciones y los transforma en experiencia. Se construye la calidad sobre elementos subjetivos y éstos se tornan objetivos a partir de la percepción de las acciones intrínsecas del cuidado que proporcionamos, adicionalmente tenemos la influencia de las políticas institucionales en las que todos estamos inmersos.³

Los elementos que influyen en la percepción de la calidad de la atención de enfermería son: sus creencias, conocimientos y actitudes, nivel de calidad de vida, la severidad del problema de salud que originó el acto del cuidado, las políticas de contratación del personal, ya que cuando la contratación es insuficiente, o carece de la preparación profesional necesaria, en lo primero que se verá reflejada esta carencia, será en un déficit de la calidad de atención de enfermería.³ También va a influir en la percepción del mayor, la imagen social de la enfermería, ya que la persona mayor está en la sociedad y tiene una opinión creada, sobre esto habrá que influir para que también cambie el prisma con el que los mayores ven a la enfermería.

Los medios de comunicación influyen en la percepción ya que contribuyen a la formación de las identidades profesionales, así como a los estereotipos en torno a ellas,

la enfermería aparece en los medios de comunicación con señas de identidad que no se corresponden con los atributos identitarios que ese colectivo reconoce como suyo. Aparece ejerciendo un papel subordinado al médico y presentando estereotipos que están ligados al género. A esto hay que sumar que los resultados de la intervención enfermera han permanecido invisibles, ya que la evaluación y el seguimiento han estado basados en sistemas con un claro sesgo biomédico y que han servido para atribuir resultados globales del servicio, pero no para discernir el efecto de la intervención enfermera, así cuando se pretende describir la práctica enfermera, se reduce a una mera descripción de tareas y poco más, pero el cuidado emplea la reflexión, el pensamiento crítico, la integración de creencias y valores de la persona, el juicio clínico, la intuición y la aplicación de conocimientos. A lo que también le debemos de añadir “el género” siendo la mujer menos frecuente en los medios, y cuando lo hace con menor estatus y poder que el hombre, con lo que conlleva a la profesión de enfermería.⁴

Según el director de la revista *Tempus Vitalis*, la enfermería es una profesión sistemáticamente ignorada y su imagen distorsionada por parte de los medios de comunicación, el problema está en que si la imagen que los medios ofrecen de las enfermeras responde a un reflejo de la percepción de la sociedad o si ésta última construye su concepción de nuestra profesión a través de las informaciones que ofrecen los medios. De todos modos, los medios modelan de forma importante la construcción del conocimiento que los ciudadanos poseen de los diferentes colectivos profesionales. Los medios han potenciado el perfil de la profesional que realiza tareas rutinarias de importancia limitada, siempre bajo la supervisión de una mente más diestra y capaz, siempre dispuesta a obedecer.⁵

La imagen social de la enfermería ha ido cambiando a lo largo de las diferentes etapas de su historia y ha estado condicionada, entre otros factores, por la forma en que han sido reproducidos en los diferentes medios de comunicación.⁶

El uniforme que llevamos también es capaz de hacer visible el estatus y el poder de un individuo y representa lo que hacemos, además es una garantía de legitimidad, al igual que suprime la individualidad, haciéndose construcciones cognitivas sobre la propia imagen, valía y poder de los profesionales. Influyendo también en las dinámicas personales y del conjunto de la organización respecto a la identificación con los roles, la legitimación de los empleados por parte de los usuarios, la imagen de la organización y la gestión de los recursos humanos. El uniforme implica capacidad de inspirar profesionalidad y reforzar el poder del grupo. Observamos como la imagen social que se

tiene de la enfermería, bien por los medios o por el uniforme, influye en la autoimagen y esto a su vez en el comportamiento profesional. Y esto se proyecta en la opinión de los usuarios, como la opinión de los usuarios se proyecta en la autoimagen.⁷

Esto a su vez influye en la percepción que se tiene sobre la enfermera, ya que si el estigma social no es positivo la autoimagen de los profesionales de enfermería se ve afectada, comprometiendo la confianza en sí misma, la capacidad de superación y sus valores. Por otro lado, dado que los ciudadanos son al mismo tiempo consumidores de medios de comunicación y de servicios de salud, el rol presente y futuro de las enfermeras puede verse seriamente comprometido por una demanda pública construida artificialmente bajo la influencia de los medios.⁵

Lo que debemos hacer es crear una firme identidad, que debe huir de estereotipos basados en un conocimiento sesgado de la realidad y abofar por representar a la opinión pública la realidad verídica de la relevancia de los cuidados.⁴ Y poseer una firme decisión para mejorar la imagen de nuestra profesión, cualquier demanda dirigida a un aumento de las competencias y responsabilidades profesionales carecerá de éxito. Restaurar y mejorar la percepción que las enfermeras merecen debe convertirse en una de nuestras prioridades. La demanda de la igualdad académica e investigadora, la base científica del cuidado, la determinación por la demanda de mayor responsabilidad y la denuncia de la desigualdad ante los medios de comunicación serán instrumentos útiles para este propósito.⁵

La literatura no refleja gran cantidad de investigaciones relacionadas con el tema que nos compete, pero existen algunos estudios que reflejan la percepción que tienen sobre la enfermería los usuarios, encontramos con que los ancianos mexicanos opinan que el desempeño de la enfermería es bueno, la imagen social que se tiene de la mujer y de la enfermera es de buenas cuidadoras, hábiles, eficientes y con buen trato personal; no obstante, consideran que la orientación es deficiente, lo cual es conveniente reflexionar. También opinan que la enfermera se preocupa más por la realización de técnicas, procedimientos y órdenes médicas que de los pacientes como personas, lo cual se contrapone con la respuesta del grupo encuestado, pero no hay que perder de vista que la opinión del paciente se basa en el grado de satisfacción o insatisfacción por la atención recibida, la actitud del personal de salud, de cómo percibe los roles de quien lo

atiende y en la medida en que se cumplen sus propias expectativas de salud. Los niveles sociales y demográficos son importantes en el nivel de satisfacción, así como edad, sexo, educación, clase social y estado civil, por sus efectos directos en los servicios de salud. Aun cuando existen investigaciones en las cuales el grado de escolaridad no influye en la opinión de los usuarios sobre la atención, es este grupo con características específicas, la escolaridad resulta significativa al momento de calificar el trato personal, habilidades y eficiencia de la enfermera.¹

Otros aspectos como factores de índoles cultural, jubilación redes sociales de apoyo formal e informal, dinámica familiar, aspectos de salud-enfermedad, autopercepción de la salud, influyen en la manera de percibir y por tanto en la opinión sobre los servicios que les brinda el personal de enfermería. El conocimiento de la opinión de los mayores, dará la pauta a conjuntar lo que ellos necesitan con lo que la institución le puede ofrecer.¹

Otro estudio realizado en Cuba y Belice, refleja que la sociedad identifica a la enfermería como una actividad de ayuda, de servir a las personas y de cuidar su salud. Aunque aún no se conoce, en estas comunidades, muy bien en qué consiste la labor enfermera, pero consideran haber recibido de enfermería cuidados adecuados. La población reconoce a la enfermería como una profesión independiente, ya que espera de sus miembros que ejecuten tareas especiales y bien definidas. Un porcentaje elevado identificó como actividad fundamental de sus miembros la de ofrecer cuidados, basándose en las necesidades y problemas de los pacientes. También en este estudio se manifestó respeto y admiración por los profesionales enfermeros y no se dejaron influir por los conceptos tradicionales y se situó a la enfermería en el tercer puesto en Cuba y segundo en Belice, sobre las profesiones más importantes.⁶

La población de Cuba y Belice tiene una apropiada imagen de la enfermería y la reconoce como una profesión independiente, esperando de sus miembros la ejecución de tareas especiales y bien definidas, ofreciéndoles una ayuda valiosa a la humanidad e inspirando sentimientos de respeto y admiración. Dándoles un elevado estatus.⁶

Otro estudio realizado en la población del Policlínico Docente “José Martí Pérez “de Gibara, sobre la percepción de la imagen de la enfermería llega a las siguientes

conclusiones: aún predomina el concepto de que el personal de enfermería debe ser del sexo femenino, más de la tercera parte de la población encuestada está satisfecha con la atención que le brinda el personal enfermero, se consideran como actividades fundamentales de la enfermería: ayudar a los enfermos interesándose por sus problemas, poner inyecciones y hacer curas, realizar examen físico y ayudar al médico. La imagen social de la enfermería merece: admiración y respeto, según la importancia social se reconocen como las profesiones principales: médico, enfermera, trabajador social, arquitecto y maestro, se reconoce que la profesión de enfermería es tan importante como cualquier otra profesión.⁸

La percepción que los mayores tienen sobre la enfermería sea positiva va a estar relacionada con la calidad, es necesario para ello conocer su opinión y su grado de satisfacción al respecto para ajustar en todo lo posible el servicio ofertado a sus necesidades reales, expectativas y prioridades. Sin embargo los criterios de calidad son establecidos por los profesionales, cuyas prioridades pueden o no coincidir con las de los pacientes. Se hace por tanto necesario el análisis periódico de la opinión del usuario, ya que su estudio ayudará a evidenciar actitudes y situaciones que de otra forma, serían difícilmente conocidas. Las enfermeras somos uno de los pilares fundamentales y la calidad del servicio profesional que prestan influye significativamente sobre la calidad global del sistema de salud. Por tanto el conocimiento del grado de satisfacción del usuario sobre los servicios de atención enfermera, adquiere una relevada importancia de cara a la optimización de una futura asistencia.⁹

Igual de importante es conocer cuáles son los factores de los que depende la calidad, para poder evaluarla y actuar sobre ellos, estos son: relación interpersonal, competencia profesional, accesibilidad y disponibilidad, tiempo dedicado al usuario, eficacia, continuidad, entorno físico, información administrada, así como las características personales, sociales, económicas y culturales de cada persona, como puede ser sexo, religión, raza, nivel de estudios, religiosidad, estado civil o problemas depresivos.⁹

También la opinión de nuestros mayores va a depender de la calidad de vida (CV) de cada uno de ellos. La CV es un indicador de envejecimiento satisfactorio, el aumento de la longevidad no está necesariamente asociado a una mejor CV.¹⁰ El concepto de calidad de vida es subjetivo, pero con indicadores objetivos como lo son el nivel socioeconómico, la edad, el medio ambiente, nivel de salud o los ingresos. De acuerdo

con algunos autores el bienestar subjetivo o la satisfacción con la vida en la vejez; es el principal criterio de un envejecimiento exitoso. La CV refleja la percepción que tienen los individuos de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien de que se les están negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorrealización, con independencia de su estado de salud físico, o de las condiciones sociales y económicas. La CV en la vejez adquiere importancia porque independientemente de la edad, en esta etapa se producen una serie de circunstancias que la hacen prioritaria y que son entre otras, el aumento de las situaciones de dependencia y el incremento de enfermedades crónicas en particular.¹⁰ Según la prueba piloto realizada en Abril de 2009 por Maldonado y Mendiola sobre la autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores las conclusiones a las que se llevó a cabo fueron: que los adultos mayores de la población sobre la que realizaron el estudio presentaban una CV baja, los adultos mayores específicamente en edades entre los 60 y 70 años presentaban una CV baja, las mujeres presentaron CV más alta que los hombres, las patologías crónicas no influyeron sobre la autopercepción de la CV, quizá porque se encontraban controlados médicamente, la mayoría de las personas mayores presentaron un elevado nivel de autonomía para el cuidado personal y de independencia funcional y el aspecto social es el que presentó mayor afectación.¹¹

Es fundamental que las personas mayores conozcan en qué consiste el servicio enfermero, y su opinión y percepción esté fundada.

Razones para realizar esta investigación: La investigación que proponemos es muy importante desde el punto de la gerontología. El envejecimiento demográfico es un hecho contrastado, es un gran sector sobre el que se abre un abanico amplio de intervención teniendo en cuenta tanto el número, como el nuevo concepto de persona mayor, ya que los mayores de hoy no son iguales que los de antes, cada vez tienen más conocimientos y formación por lo que ya no hay tanto conformismo, sino que reivindican sus derechos y están inmersos en el movimiento denominado “envejecimiento activo” definido por la OMS como “el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”, es decir ahora las personas mayores tienen y juegan un papel activo y fundamental en la sociedad y esto se verá acentuado cuando las numerosas generaciones de los años del baby-boom se apoderen de esta

franja de edad, esto sucederá en la segunda década del SXXI y es importante saber que opinan este gran sector de la población sobre nuestros cuidados ya que aportará información sobre sus necesidades y expectativas, las cuales se convierten en requisitos y objetivos de actuación que sirven para reorientar los servicios y avanzar en la mejora de los mismos, así como modificar conceptos erróneos sobre nuestra profesión, indicando hasta donde podemos llegar, ya que al no conocer todo lo que se puede hacer por ellos, su percepción y opinión están sesgadas, y cuáles son nuestras limitaciones. Del mismo modo, contribuye a detectar las fallas en el cuidado, logrará que se realicen oportunamente las recomendaciones específicas para mejorar los procedimientos de atención.

Con esta investigación también pretendo sacar conclusiones sobre la relación que existe entre el nivel de conocimientos específicos sobre mayores por parte de la enfermera y una percepción positiva del mayor institucionalizado con respecto a ella, es decir, descubrir la cualificación del personal que trabaja en los centros socio-sanitarios y cómo esto influye en la imagen social y profesional de la enfermería gerontológica.

1.1 Cambios demográficos y proyecciones futuras

Según Julio Pérez Díaz ¹¹ el envejecimiento demográfico es un cambio en la estructura de las pirámides de la población, que pasa de tener su ancestral forma de pirámide a una estructura que no podrá llegar a ser invertida pero que sí se reduce mucho en su base y se ensancha en la cúspide. Pero ¿qué hay de cierto en eso de que las poblaciones envejecen?, se ha usado este término para asustar, aprovechando la connotación negativa que aún tiene este término en la sociedad, pero la historia no confirma que esto sea así.

Lo que está ocurriendo es que existen altibajos en lo que respecta a migraciones, mortalidad y natalidad, llevando como consecuencia, la actual estructura demográfica. Desde siempre ha pasado, pero ahora no es un acontecimiento coyuntural, sino que estamos ante una transformación de gran calado en las dinámicas poblacionales de toda la especie. Esto es debido a la democratización de la supervivencia hasta la madurez, es decir de la eficiencia global del sistema reproductivo. Ya que existen dos opciones para que la especie siga adelante “madurez de masas” o que las mujeres que sobrevivan y

alcancen la edad reproductiva tengan muchos hijos. En la actualidad hay menos niños, pero estos niños alcanzan la madurez y tendrán niños, estamos ante una exitosa dinámica poblacional y una pirámide nueva.

De lo que referimos anteriormente no existen precedentes y no ha sido un proceso gradual y acumulativo, sino de un auténtico salto cualitativo, y va más allá, ya que el envejecimiento aún no ha tocado techo, por la mejora de la supervivencia a edades avanzadas. Y la consecuencia fundamental del envejecimiento demográfico es que han cambiado los pesos relativos a las distintas edades, los actos vitales y la significación social de cada edad.

Nos encontramos con que las ciencias avanzan poco en su predicción, siempre vejez ha ido asociado a dependencia, escasez de recursos, mala salud, poca valoración social...y ahora con la revolución vital y reproductiva asociada al envejecimiento demográfico no hace más que deparar sorpresas.

Para abordar la previsión de las consecuencias del envejecimiento demográfico es mejor la óptima transversal que la generacional, porque las características de la población de cierta edad son resultado de su vida anterior.

Se ha observado en los dos últimos siglos un cambio brutal, donde en 1900 no se llegaba a más de 35 años y 100 años después se llega a los 80 años de forma muy frecuente. Encontrándonos a abuelos con estudios superiores, carné de conducir, cuidando a personas más mayores y nietos o avales para emancipar a los hijos.

Estamos ante una realidad dinámica, de transformación profunda. Los mismos factores que nos han hecho sobrevivir, son características de los abuelos de ahora (más fuertes, con menos secuelas traumáticas, buenos niveles de salud y supervivencia...)

Los cambios en la medicina, la salud materno-filial garantizada y nueva reorientación en la investigación médica y farmacológica a las patologías de la vejez, así como las vacunas, ATB, cuidados de madres a hijos... nos llevará a garantizar la salud y supervivencia de los mayores, sumado al desarrollo en la investigación de la biología molecular, obtenemos como resultado un futuro inimaginable.

Vemos por tanto como la población mundial está envejeciendo a un ritmo considerable en gran parte, en Europa se espera que el porcentaje de personas de 60 años o más aumente cerca de un tercio de 1996 al 2025, según el país. En algunos países en vías de desarrollo, se piensa que el porcentaje de personas de 60 años o más aumentará en un 200% durante el mismo período. Se prevé que, en el 2025, en Italia y en Japón alrededor de un tercio de la población tendrá 60 años o más. China e India, que son países en vías de desarrollo, tienen las poblaciones más grandes y, por lo tanto cuentan, y seguirán contando, con el mayor número de personas mayores. Para el 2020, se piensa que la población mundial tendrá más de mil millones de personas de 60 años o más, y la mayor parte estará en los países en vías de desarrollo, más que en los países desarrollados.¹²

Tan importante como la situación actual de la población, es proporcionar una visión futura de su posible evolución, que permita evaluar los efectos demográficos que estas transformaciones tendrán sobre aspectos sociales y económicos de la población. No es difícil adivinar el comportamiento global de la evolución futura de la población, pues su propia inercia hace que los cambios demográficos se lleven a cabo con gran lentitud y seguridad. Un gran paso será identificar los parámetros de este futuro demográfico, para ello están “las proyecciones de población”.¹³

Los fenómenos demográficos que intervienen en este caso son mortalidad, fecundidad y los movimientos migratorios. La población de España ha gozado de una importante reducción de la mortalidad a lo largo del SXX. A comienzos de siglo la esperanza de vida al nacer no alcanzaba los 40 años, sin embargo en la actualidad, España para por ser uno de los países con menos mortalidad del mundo. Según las últimas cifras publicadas, España alcanzaba en 2002 una esperanza de vida de 83,1 años para las mujeres y de 75,7 años para los hombres, superior a la media europea, sobre todo la de las mujeres. La esperanza de vida no ha dejado de crecer ni siquiera en los últimos años, superando, en cinco años las que presentaba en 1975 y en dos años la alcanzada en 1990. Las ganancias en esperanza de vida han pasado de ser la disminución de la mortalidad infantil a la disminución de las tasas de mortalidad en las edades más elevadas. En cuanto a la fecundidad española, se caracteriza por un fuerte descenso del número de hijos y un aumento en los últimos años de la edad media con que se tienen. Ha habido un descenso rápido e intenso, pasando de los 2,8 hijos en 1975 a 1,3 hijos en

2001. Uno de los países con el nivel más bajo de fecundidad. Los datos apuntan a una posible estabilización. Esta situación refleja la nueva actitud de las mujeres, que tienen menos hijos de los que les gustaría, por temas socio-económicos.¹³

En cuanto a las migraciones, son un componente importante del crecimiento de la población europea, pero éstas son cambiantes y son las más sujetas a cambios rápidos y las que más directamente dependen de la evolución económica y de las decisiones políticas. España es puerta de entrada de muchos extranjeros favoreciendo el tránsito de población, en diferentes estados de legalidad. El estudio de las migraciones exige un gran esfuerzo dirigido a mejorar las fuentes, de forma que permitan recoger adecuadamente la información de base necesaria para realizar las proyecciones. Existen también diferencias regionales. En cuanto a mortalidad: en el norte viven más que en el sur, en cuanto a fecundidad: en el norte tienen menos hijos que en sur, y en cuanto a migraciones se reparten por la geografía española, pero están más presentes en lugares de fácil acceso y donde más posibilidades laborales hay, como son las islas, la costa mediterránea y grandes urbes como Madrid y Barcelona.¹³

La demografía del futuro se prevé del siguiente modo: disminución de la población, por el déficit de nacimientos en los últimos 25 años, no compensado con altos niveles de fecundidad o una inmigración suficiente. Las personas que nacieron en este periodo, ya de por sí menos numerosas, no se espera que tengan un número de hijos suficientes para sustituir el déficit poblacional de estas generaciones, y disminuirá el número de jóvenes. La población en edad de trabajar, 16-65 años, sigue la misma dinámica anterior, los nacidos después de 1975 empiezan a formar parte de la población activa en los próximos 25 años. La situación contraria se espera en la población mayor, las generaciones numerosas de los años del baby-boom, comenzarán durante la segunda década del SXXI a tener un importante peso específico en la composición de la población de más de 65 años, y la disminución del número de jóvenes por la base de la pirámide de población, acrecienta aún más el peso de este colectivo sobre el total poblacional.¹³

1.2 Futuro de la ancianidad

La reducción de la mortalidad por enfermedades crónicas conlleva a que cada vez haya más ancianos, y éstos vivan más tiempo. Lo que genera preocupación acerca de la capacidad de la sociedad para sostener el crecimiento de la población anciana. Porque aunque el aumento del número de personas vivas durante toda su vida laboral hasta la edad de 65 años beneficia financieramente a la Seguridad Social, vivir más de 65 años aumenta las cargas financieras de ésta, ¿cómo solucionar este problema? Una posible solución sería prolongar la edad normal de jubilación de los 65 a los 67, o incluso a los 70-72 años, ya que la respuesta política y social al envejecimiento va a depender de los cambios en la salud media de los ancianos.

Se ha observado en los mayores, disminuciones significativas en la prevalencia de la discapacidad crónica y de la morbilidad en la población anciana, también está cambiando la percepción social y económica de la vejez. Una dificultad para anticiparse a las futuras mejoras en la salud a las edades de 85-95 años, es que estos cambios dependan en parte de las condiciones históricas y futuras.

Los puntos clave en el futuro de la ancianidad se encuentran en: el envejecimiento de la población, prevalencia de condiciones mórbidas en las edades avanzadas, centenarios y crecimiento de la ancianidad extrema, suplementos nutricionales y ejercicio como modificadores del envejecimiento, aportaciones de la biología al envejecimiento y a las terapias medicamentosas, medicina regenerativa: la modulación hormonal, transición epidemiológica, declive de la prevalencia de discapacidad y la disminución de la mortalidad en la segunda mitad del SXX.¹⁴

1.3 Personas mayores y sociedad

Antes la ancianidad era un estadio homogéneo, ahora es un universo pletórico de tipos de viejos en diferentes condiciones sociales y ocupando diversas posiciones sociales. Hoy la vejez es un período de expansión porque la esperanza de vida a los 60 años de edad puede oscilar entre 18-25 años más de vida según sean sus condiciones sociales, y la posibilidad de vivir 100 o un poco más de años es real para unos cuantos.¹⁵

Las políticas sociales tienen un reto con respecto al cambio social que se ha producido en torno a la vejez, que requiere nuevos instrumentos.¹⁶

Envejecer es un proceso de sucesivos eventos que la definen como una etapa en sí misma y la diferencia de las previas en el ciclo de la vida. El hecho de que la vejez sea un proceso implica mirar sus cambios, su ritmo y su dirección para construirla como tal. La edad está dividida en la vejez como tercera y cuarta edad, siendo ésta última una condición con mayores desventajas tanto biológicas como sociales en comparación con la tercera edad.¹⁵

Hay evidencias empíricas que muestran la participación activa de los viejos en la sociedad a través de los intercambios generacionales, porque además de receptores de bienes y servicios provenientes de las generaciones jóvenes, ellos también los otorgan a estas generaciones, principalmente a sus hijos y nietos. Existen dos ideas en torno a la vejez, una sostiene que es un período de oportunidad y liberación; la otra, preocupada por la marginalización de los viejos y la falta de significado y propósito en sus vidas. Son la decrepitud y el éxito. El punto de partida es como los individuos sobrevivientes y “exitosos” de alcanzar la vejez, no son vistos con admiración por ser longevos, por el contrario, son ubicados en las escalas menos valoradas de la sociedad, es la paradoja de la vejez, la clave está en las situaciones de dependencia. Teniendo en cuenta que un mismo anciano pasa por situación de independencia y dependencia a lo largo de su vejez, pero no está en las dos situaciones a la misma vez. Saber esto permitirá identificar el número de fases, sus rasgos más sobresalientes y las necesidades biológicas y sociales que son enfrentadas en cada una de ellas, pero también el tipo de cuidado atención que se otorga para aliviarlas, y el tipo y naturaleza de políticas sociales para responder a las necesidades de este tipo de sujeto dependiente e independiente al mismo tiempo.¹⁵

1.4 Nuevos modelos de familia

Otros cambio es el de la vida familiar, los nuevos tipos de familias, unipersonales, de homosexuales, de segundas o terceras nupcias, también las encontramos entre la población anciana, como ancianas que viven solas. La longevidad origina la extensión del parentesco, tanto en el aumento de tipos de parentesco que coexisten, como en su

duración, las familias de cuatro generaciones son cada vez más frecuentes y los vínculos se conciben más como un centro de apoyo bidireccional.¹⁵ Es por este motivo que el concepto de solidaridad intergeneracional cobra fuerza.¹⁶

En la actualidad se ha reducido el contacto con familiares mayores como abuelos, tíos, tías, ya que la familia nuclear ha adquirido prioridad a nivel nacional. De ahí que mucha gente joven no haya disfrutado del enriquecimiento que supone la relación con una persona mayor y siga pensando que “lo joven es bello y lo viejo feo y repulsivo”, existiendo una actitud generalizada de que sólo los jóvenes son importantes para la sociedad y su crecimiento.¹⁷

La estructura social en España ha experimentado fuertes cambios, a la par que la economía, el mercado de trabajo o los sistemas normativos. La mayor parte de las mujeres cuidadoras de hoy son amas de casa. Las tasas de actividad económica femenina en España son las más bajas de la Unión Europea, pero la población universitaria española representa en el conjunto de la población joven un porcentaje más alto que en muchos otros países económicamente desarrollados. Entre las jóvenes y los jóvenes universitarios las chicas representan algo más del 50%. Por tanto las mujeres jóvenes irán incrementando su presencia en el mercado de trabajo, y se producirá un choque entre los valores interiorizados de apoyo a los miembros necesitados de la familia y aquellos acerca de la necesidad de autorrealización personal, y más hedonistas e individuales.¹⁶

Es muy probable que surjan conflictos y que la principal fuente tradicional de cuidado se debilitará. Se entiende que la crisis del sistema de bienestar será la crisis en la provisión de cuidados. Puede también incrementarse la demanda de servicios sociales públicos, y puede llegarse a un reparto más equitativo entre géneros de las responsabilidades familiares. Lo cierto es que puede predecirse con seguridad que el estado de la situación no será igual en el futuro, pero también puede pronosticarse que las mujeres seguirán durante mucho tiempo sintiéndose las más responsables y las más obligadas. Se produce así una paradoja, que para conseguir la inclusión social de una parte de la población, se produce la exclusión social de otra parte de la población: las cuidadoras.¹⁶

1.5 La dependencia

Al estar alcanzando cada vez edades más avanzadas en mejor estado de salud, conlleva a mayores probabilidades de tener enfermedades crónicas e invalidantes. Aumenta la invalidez, la discapacidad y la minusvalía. A pesar de las amenazas al Estado de bienestar, el análisis de costos no puede realizarse únicamente desde una perspectiva de mercado. Se considera que el envejecimiento de la población anciana amenaza el sistema de salud, pero el número de medicamentos que se consumen no es homogéneo para todo el grupo de mayores de 65 años, sino que se concentra en las edades más avanzadas y en el período previo a la muerte. Y el uso cada vez más alto de servicios por parte de las personas mayores se combina con un alto costo de los servicios médicos.¹⁶

El impacto en el sistema de salud del notable volumen previsto de personas ancianas será consecuencia de las condiciones de vida de la población y del alcance de la dependencia. Se prevé que aumente el índice de dependencia y que cambie su estructura, recayendo el mayor peso sobre las personas mayores, al tiempo que disminuye el de las más jóvenes. Pero si se prolonga la edad de jubilación la definición del concepto y los resultados de la relación variarán y puede que en las próximas décadas el cambio no resulte significativo proporcionalmente. Sin embargo, no se alterará el hecho del incremento potencial del período de dependencia en las persona ancianas previo a la muerte.¹⁶

La dependencia es la condición social de un sujeto incapaz de satisfacer sus necesidades por sí mismo, quien pierde el control sobre la propia vida al grado de que no es capaz de cuidar de sí mismo y es forzado a confiar en el cuidado de otros. Para la vejez, además de la declinación como causa de dependencia, está la enfermedad crónica, que a su vez añade más dependencia a la vejez porque produce incapacidades de tipo biológico y funcionales progresivas e irreversibles, y finaliza también con la muerte.¹⁵

Existen dos hipótesis fundamentales y contradictorias, una hace referencia al incremento considerable del gasto sanitario debido al aumento de la población anciana y sobre todo a la de más edad, dado que es el grupo con mayores probabilidades de experimentar invalidez y enfermedades crónicas. La otra se refiere a la consideración de

la mejora de salud de las personas, que envejecen cada vez más, pero en mejores condiciones. Se estima así que los factores sociales que han influido en esa situación pueden influir también en la reducción de las tasas de dependencia retrasándola hasta el último tramo de la vida previo a la muerte.¹⁶

Son necesarias políticas económicas, fiscales, laborales y sociales que promuevan el bienestar a lo largo de toda la vida, y por tanto de la prevención que conlleva ahorro económico.¹⁶

De las investigaciones existentes se desprende que la mayor parte de las personas longevas viven en un buen estado de salud relativo y una buena parte de ellas son total o casi totalmente autónomas para realizar las actividades de la vida diaria.^{14,16}

1.6 Las cuidadoras

La aparición del cuidado es debido a la condición de vulnerabilidad de los dependientes y su incapacidad de cuidar de sí mismo, haciendo inevitable que otros se hagan cargo de resolver sus necesidades. El cuidado sólo existe en la medida de la existencia de necesidades en un dependiente, en este sentido, existe interdependencia entre la dependencia y el cuidado. No siendo una práctica social esporádica y siendo de forma ascendente.¹⁵

El Estado de bienestar entiende que la cuestión de la provisión de cuidados a las personas más ancianas es de vital importancia. Es por lo que se apela ansiosamente a la familia y a los amigos para que asuman responsabilidades adicionales en el cuidado de las personas ancianas. Existiendo una interdependencia entre los sectores informal y formal. Siendo el sector formal apenas notorio, sintiendo las familias “el deber” del cuidado de sus familiares. Poniendo de manifiesto el “amor VS la técnica”. Alterando la vida familiar, en pareja y la salud de la propia cuidadora. A lo que se le suma el tamaño actual de las viviendas, que al ser reducido no facilita la atención a la persona discapacitada. El cambio social pone en peligro la continuidad de dichos cuidados y es fundamental tenerlo en cuenta a la hora de hacer las políticas para hacer frente a “la crisis de los cuidados”. Vemos como en España los recursos no son suficientes para ayudar a las familias a ocuparse de las personas con problemas de dependencia.

La familia continúa siendo el principal sistema de bienestar, pero que las familias no pueden ser forzadas a ocuparse de un enfermo o una enferma discapacitado; que las relaciones interpersonales son complejas y el conflicto está presente en ellas; que los servicios sociales deben proporcionar soluciones racionales a las personas enfermas y a sus cuidadoras, tanto por medio de la institucionalización del enfermo, como del apoyo exterior a la familia cuidadora; que las personas que deseen cuidar en casa de una persona enferma deben recibir apoyo intra y extrafamiliar en su trabajo, al igual que es necesario un apoyo emocional. Si se asume con cierta voluntariedad, se permite hacer frente a la situación de forma menos dañina. Las personas cuidadoras se sienten abandonadas por parte de los sistemas de salud y servicios sociales, y ni siquiera solicitan su ayuda, porque entienden que los servicios formales son escasos y los privados, cuando existen son caros, y en la mayor parte de los casos no pueden hacer frente a ellos. Otra razón importante es la idea de asumir naturalmente el cuidado del familiar enfermo. Las razones expresadas son que se trata del padre, madre, cónyuge, como razón suprema. Otras veces se habla de reciprocidad, también se habla de obligación de la familia a cuidar de sus familiares enfermos, y el afecto conjuntamente, raramente se habla de amor, pero sí de cariño y afecto. Finalmente se negocia y se asigna cuidadora, se observa una construcción social del rol de cuidadora, basada en creencias tradicionales acerca de las funciones protectoras de la familia, y sobre todo de las mujeres como las proveedoras naturales de cuidados. Ya que lo hacen sientan o no amor por la persona, existan posibilidades materiales adecuadas o no, sentimientos de reciprocidad o no, hayan sido las relaciones previas buenas o malas, tengan o no disponibilidad de tiempo, sean como sean las condiciones de la vivienda. Las personas cuidan por una suerte de imperativo social ¹⁶. Donde la cuidadora siempre es del género femenino, siendo la mujer, hija, la nuera, la sobrina y ampliación del parentesco. Una vez que se adquiere el rol de cuidador es permanente y no se sustituye, no hay posibilidades de abandonarlo, no es negociable. Las feministas han debatido mucho sobre quién tiene la responsabilidad de cuidarlos, por qué se elige a mujeres y bajo cuales condiciones sociales otorgan dicho cuidado y han luchado por una respuesta social basada en la igualdad de género.¹⁵

1.7 Las demandas políticas y personas mayores

Cualquier acción destinada a los mayores será mucho más eficaz si se realizan estudios que permitan profundizar en la necesidad real de los subgrupos de este colectivo dinámico y cambiante, donde la heterogeneidad será, cada vez más, su principal característica.¹⁸

En nuestra sociedad moderna y democrática-liberal, creemos, como una noción bastante poderosa, que todos somos individuos autónomos e independientes, y nos ubicamos en la categoría de iguales, de tal forma que cualquier vestigio de incapacidad o dependencia pasa de inmediato a la categoría de alguien que no puede hacer o no hace nada, es decir, de seres sociales inútiles. Además de que el dependiente no es saludable, tampoco es alguien con una participación total y activa en la sociedad, no cumple adecuadamente con sus roles sociales, ni puede ser recíproco con los beneficios recibidos.

En conclusión, no es un ser cooperativo a lo largo de toda su vida porque cuando la dependencia es permanente ya no se cumple con este requisito. Es por tanto que se desvalora la vejez y el ingreso a la categoría de marginado social por carecer de todos los atributos para funcionar plenamente en la sociedad. Se valora la independencia y se niega la dependencia como evento propio de la naturaleza humana y en cambio es inherente. Hay que organizar la sociedad también para individuos dependientes, recordando que todos somos dependientes en algún momento de la vida y también interdependientes durante toda la vida. Por tanto hay que llevar a cabo políticas que reconozca la existencia de individuos tanto independientes como dependientes, y de dependientes en diferente grado, y la sociedad debe responder a las necesidades de todos, no sólo de algunos. Se trata de incluir la dependencia como un fenómeno propio de la naturaleza humana y como un asunto de interdependencia permanente a lo largo de la vida.¹⁵

Los viejos participan más en política que los grupos jóvenes en EEUU y sur-América, cada vez se ve más el movimiento emergente a medio plazo, aliándose con otros grupos. Los movimientos se están gestando tanto a nivel microsocioal y macrosocioal. Hay que admitir que los viejos también estructuran la agenda política sobre la vejez, y si bien aún

se involucran en espacios de naturaleza fragmentada, no implica que no reivindiquen su participación en la toma de decisiones y enfrenten a la autoridad en materia política.¹⁵

Es indiscutible la obligatoriedad del cuidado como alivio en la dependencia, pero ¿de quién deber ser la responsabilidad de llevarlo a cabo? ¿Es responsabilidad pública o privada?

Una posible solución es considerar que la familia en su espacio privado es la encargada del cuidado y dejar al estado en caso de que no tener familia o abandono.

Otra solución es considerar que el cuidado es un asunto de interés público y deben diseñarse políticas sociales para garantizar un cuidado a largo plazo para todos los miembros de la sociedad. Si bien, la familia y el individuo dependiente hacen su parte, el Estado debe jugar un papel más activo a través de apoyar a los cuidadores de la familia, especialmente a las mujeres cuidadoras, para todo el que lo necesite independientemente de su estatus financiero y posición en la sociedad. Ello significa pasar la carga de la familia hacia la sociedad, y con ello aliviar a las familias de tener que soportarla a solas, bajo esta perspectiva el cuidado debe ser objeto de políticas sociales.

En este sentido, las políticas sociales deben responder tanto a las necesidades del dependiente como de la familia, otorgando servicios permanentemente de cuidado de largo plazo con el fin de garantizar la sobrevivencia del individuo dependiente.¹⁵

1.8 El papel social de los ancianos

¿Cuál es el papel social de los nuevos viejos en la sociedad moderna? Al parecer hay una desatención de la importancia de reconstruir un sitio para los viejos a partir de una falsa suposición de que la vejez es para gozar lo logrado a lo largo de la vida u ocuparse en acciones de lúdicas y recreativas. Hay que debatirlo porque le quitan su sitio en la sociedad. En el pasado, se reconocían papeles sociales y por supuesto tenían un sitio en la sociedad, pero dichos roles y posición social se perdieron o reconfiguraron con el paso del tiempo a causa de los cambios sociales en el ámbito global, sin embargo ni la reconstrucción de los viejos roles ni las nuevas ideas sobre la vejez han sido suficientes para la construcción de un nuevo sitio social.¹⁵

En la sociedad moderna predominan los valores asociados a lo joven y bello, con lo cual en muchos casos las personas mayores se sienten marginadas, o cuando menos, poco valoradas.¹⁸

También hemos de tener en cuenta los ancianos incapacitados, o los que tienen autoridad sin el poder de actuar que se le compromete su autonomía. Que no deciden sobre sus derechos.

Tampoco se les pregunta a los ancianos “cómo les gustaría vivir” influyendo de manera decisiva en su papel social.

Los mayores del mañana no serán iguales a los de hoy, los procesos sociales y las experiencias de vida de la generación actual de mayores, comparten algunos rasgos, pero estos mismos están ausentes entre las actuales generaciones de niños y adolescentes, quienes serán los viejos en el futuro mediato. Sólo una diferencia, los viejos de hoy vivieron varias eras al experimentar las grandes transformaciones del SXX y las grandes catástrofes humanas y naturales; por el contrario, los niños y jóvenes viven y vivirán solamente en la era de la información, desconocen otras expresiones de sociedad y cultura, porque la dominante es ésta. Por tanto el conocimiento generado para la actual generación de viejos deberá rápidamente transformarse, teórica y empíricamente, para las siguientes generaciones de viejos, porque se requerirán distintas herramientas analíticas al tener rasgos totalmente diferentes. Hay que llevar a cabo una mirada sociológica de la vejez en el futuro próximo, por sus dinámicas de convivencias, tensiones y reemplazos generacionales.¹⁵

1.9 La desigualdad social en la vejez

El significado social de la vejez está claramente marcado por el género. Debido a factores estructurales que influyen en las condiciones del envejecer como las pensiones, servicios sociales...y también aspectos personales que hacen que la vivencia de la vejez sea distinta según el género como el nivel educativo, salud, ingresos... por tanto la desigualdad social en la vejez también va a influir en la percepción que los mayores tienen de las enfermeras.

Sólo teniendo en cuenta los procesos de socialización que han vivido los mayores de hoy, se puede comprender su realidad vital y social que fomentaba la desigualdad.¹⁸

Se han construido a lo largo de la historia una serie de restricciones culturales y de obligaciones femeninas que finalmente se impusieron como rol social.

Al definir a la mujer como esposa y madre, dependiente de un sustentador masculino, el papel doméstico de la mujer se ha utilizado para denegarle el acceso a los recursos educativos y a la formación profesional. Así, el trabajo en el hogar, junto al cuidado familiar en sentido amplio, ha recaído históricamente sobre la figura femenina. En el caso de trabajar fuera del hogar, la mujer sufre una doble carga, puesto que aportación a los servicios familiares es muy superior a la del cónyuge. Además, ellas suelen interrumpir su presencia en el mercado de trabajo cuando las necesidades familiares así lo precisen. Es por ello que las mujeres mayores de hoy, han cotizado menos a la Seguridad Social y sus sueldos han sido más bajos, lo que explica que presenten más situaciones de pobreza relativa en la vejez e infravaloración social.¹⁸

Los logros conseguidos con respecto a la igualdad, han dejado fuera a las mujeres mayores, por ejemplo en los Planes de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres, porque no se ha contado con ellas, no se ha tenido en cuenta qué es lo que estas mujeres piden, ya que antes no había tanta igualdad. Debe tenerse también en cuenta las diferentes formas de envejecer según género. Hombres y mujeres envejecen distinto. Las experiencias vitales de los hombres están muy relacionadas con la edad cronológica, tanto en la esfera familiar como laboral. En las mujeres, sin embargo, la vida adulta implica una mayor variabilidad de roles no tan vinculados a la edad cronológica. Las mujeres ofrecen mayor probabilidad de combinaciones entre profesión, matrimonio, hijos, labores domésticas y con diferente temporalización, en el hombre prevalecen los efectos de lo público y en las mujeres de lo privado. El hecho de influir diferentes variables y más numerosas, hace que las mujeres sean más susceptibles a la dependencia, la inseguridad y al sacrificio personal o profesional. Las mujeres viven la trayectoria vital con otras características y etapas, les afectan otros acontecimientos adicionales a la jubilación, como son: el nido vacío, precoz aparición de deficiencias físicas o la mayor propensión a la viudez. Así pues, es importante no homogeneizar las actuaciones sociales hacia las personas mayores sin tener en cuenta la variable género y las circunstancias personales.

Según este estudio el principal problema de las mujeres mayores es el dinero, aunque también les preocupa la mejora de la valoración social y las necesidades de tipo asistencial, pero entienden la posible insuficiencia de los recursos públicos para hacer frente a todas sus demandas. Pese a ello remarcan que es posible llevar a cabo una mejor distribución y asignación de los recursos sociales.

Con lo relativo al cambio del modelo familiar, las mujeres mayores sienten incompreensión, tanto de su realidad personal como del sistema de valores inherente a su generación. La educación percibida y la imposición social les hace no sentirse discriminadas en algunos aspectos, y por otro lado, las desigualdades se reducen por los logros alcanzados por las mujeres de generaciones posteriores. En cuanto a diferencias en los niveles de salud en la vejez, las enfermedades propias de las mujeres mayores aparecen antes en el tiempo que las de los hombres, a la vez que generan mayor dependencia, aunque no sean mortales. Debido a esto la esperanza de vida libre de incapacidad, en cuanto a número de años es igual en mujeres y hombres, cuando la esperanza de vida femenina supera en más de 5 años a la masculina.¹⁸

Las mujeres tenemos más recursos para enfrentarnos a las dificultades de la vida, derivada no tanto de la diferencia biológica como de una cultura ancestral que hemos heredado y gravita sobre nosotras, haciéndonos en general más previsoras. El varón quizá sepa ser más previsor en cuestiones económicas, porque esa ha sido su función, pero los recursos materiales, siendo como son una gran ayuda, no siempre bastan para abordar con entereza de ánimo las fatalidades. Ver la vejez no como un problema -o no sólo como un problema-, sino también como una oportunidad es el gran reto que, a nivel individual y colectivo, nos plantea una sociedad cada vez más envejecida.¹⁹

Se trata de una generación que ha vivido por y para otras: las anteriores (sus padres y abuelos) y las posteriores (los hijos y nietos). Han sido siempre cuidadoras y ahora no tienen quien las cuide. Asumiendo la dificultad de trasladar el modelo familiar aprendido en el seno paterno a los propios descendientes, y demandan a los hijos un apoyo indirecto, más bien afectivo, no siendo requerida su ayuda económica o sus cuidados físicos.

Existe por tanto una contradicción entre los valores sociales en los que han sido educadas (la importancia de la atención a la familia o de las labores del hogar) y los valores sociales imperantes (importancia del trabajo fuera del hogar o la independencia económica de la mujer) que, en ocasiones, dicen compartir. Muestra de ello es que se valora la participación masculina en las tareas domésticas en las parejas jóvenes, al tiempo que no la aceptan en su caso particular. El conflicto entre su deseo de adaptarse a los roles prescritos de género y el de autonomía puede resolverse en la vejez. Para ello es preciso ofrecerle otras opciones que ellas valoren, continuar avanzando en la igualdad de oportunidades e insistir en el beneficio de compartir ciertas actividades con los miembros masculinos de su entorno, sea cual sea su edad.¹⁸

1.10 La vejez como oportunidad

El dolor y el mal no dependen tanto de lo que son las cosas en sí misma, como de nuestra percepción de las mismas. La tristeza que sentimos por la muerte de un ser querido o por nuestro propio deterioro, podemos superarla si caemos en la cuenta de que la muerte y la vejez son inevitables, no dependen de nosotros. Sólo aquello que depende de nosotros, aquello que estamos en condiciones de cambiar, merece ser objeto de nuestra preocupación.

Construyendo un buen ánimo, resignado pero alegre, es posible transformar la mirada sobre la vejez se muestra como la etapa más infeliz de la vida, razones para apreciarla.

Con la vejez la actividad intelectual no decrece, el viejo puede poner al servicio de la sociedad toda su experiencia así como disfrutar de placeres como la amistad y la buena conversación.

Cada vez están más en nuestras manos la posibilidad de prolongar la vida, pero aspiramos a que esa vida más larga no sea la que le correspondería al anciano, sino la de un cuerpo sano y al máximo de sus potencialidades. La clave está en conseguir una “vida de calidad” no simplemente en seguir viviendo. ¿Cómo mantener la calidad de vida en la vejez? ¿Cómo evitar que, con los años, acabe perdiéndose la calidad de vida? Los aspectos básicos son: salud, dinero y amor.

Como es insensato mantener un modelo de medicina dirigido sólo a curar la enfermedad y alargar la vida. Los fines de la medicina están cambiando y deben cambiar si

queremos que nuestra medicina sea sostenible, si buscamos una vejez de calidad, una vejez que no haga de los ancianos un colectivo de excluidos.

La palabra “jubilación” viene de “júbilo”, y debería significar el comienzo de una etapa más tranquila y descansada. No obstante, no todas las contrapartidas de la liberación laboral son jubilosas. No es precisamente un aspecto jubiloso el que tienen nuestros pensionistas, salvo en contadas excepciones, y pese a los esfuerzos de las administraciones públicas para mostrar los lados más lúdicos de la protección de la tercera edad. Que la jubilación sea obligatoria es seguramente algo que el principio de igualdad de oportunidades, defendido por el Estado de Bienestar, tiene que llevarnos a repensar y modificar. Todo ello hace que el paso obligado a engrosar las filas de los pensionistas representa, en la mayoría de los casos, una de esas “nuevas exclusiones” que aparecen en las actuales democracias sociales. El trabajo obligatorio es una maldición, pero asimismo lo es la inactividad forzada, que es la del parado y en bastantes ocasiones, la del jubilado. La inactividad o una actividad nada reconocida, todo ello cierra las puertas a un envejecimiento positivo.¹⁹

El amor, el afecto, la amistad que emana de las relaciones interpersonales, es indispensable para un vejez digna y de calidad, al igual que la gestión de las administraciones públicas más humanizada.

Los cambios que se deben producir en la sociedad son en tres sentidos básicos: en la política, en la medicina y en la educación.

- a) Tiene que haber cambios en las políticas públicas que replanteen la obligatoriedad de la jubilación, que ayuden a las familias para que estas puedan cuidar a sus mayores y que reconozcan el valor de cualquier forma de trabajo sea o no remunerado.
- b) Tiene que haber cambios en la medicina para que el cuidado entre a formar parte de los fines de la medicina como lo ha sido desde siempre el curar.
- c) Tiene que cambiar la educación para que se cumplan las tareas preventivas. Prepararse para la vejez es la forma de prepararse para vivir dignamente y los recursos de que uno puede echar mano en la vejez no se improvisan, sino que se atesoran a lo largo de toda la vida.

1.11 La enfermería y los mayores

La sistematización del cuidado enfermero en el adulto mayor resulta prioritaria para los profesionales de la enfermería en los tres niveles de atención. (20). En la primera parte del SXX la enfermería tuvo poco efecto en la asistencia de los mayores, ya que su principal objetivo había sido la juventud en la sociedad orientada precisamente hacia este sector social. Pero fue necesario un cambio social, dando relevancia a los ancianos, para que la comunidad de enfermeros empezara a centrarse en este sector de población. Tradicionalmente se pensaba que las personas que practicaban este campo no necesitaban formación ni conocimientos especiales. Muchos enfermeros, conscientes de las actuales tendencias de población, advirtieron la importancia que la formación especializada tenía.¹⁷

Las enfermeras ofertamos acciones integrales e integradoras para atender este proceso gradual de cambios propios de la edad que es el envejecimiento, con los objetivos de conservar la salud y prevenir las enfermedades a partir de la educación para el autocuidado. Para ello la enfermera además de los principios disciplinares, considera elementos de juicio crítico relacionados con la sociología, la ética, la filosofía y la psicología que le lleve a construir un marco de referencia propio de la trascendencia de sus intervenciones y la aplicación de estos conocimientos en su propio proyecto de vida. La planeación del cuidado preferencia el enfoque individual a partir de las experiencias y conceptos del adulto mayor, en donde el sentimiento de logro y reto parten de las experiencias personales; con alto sentido de respeto hacia la plenitud de las capacidades de la persona en su aquí y ahora, las dimensiones del tiempo y espacio adquieren un sentido propio. Partir de una valoración objetiva que considere el estado de salud física y emocional, la capacidad de autosuficiencia para realizar las actividades de la vida diaria, su relación con la familia como principal red de apoyo y su núcleo social primario proporciona a la enfermera un panorama del alcance, profundidad y trascendencia de sus intervenciones a corto y mediano plazo. Intervenciones que no sólo involucran a la persona mayor, sino también a su familia o cuidador primario. En la interacción con este usuario la enfermera considera sobre todo facultarlo para el control de riesgos, la limitación al daño, el apego terapéutico y la integración de redes de apoyo, tanto para su estancia hospitalaria, como en consulta, o en sociedad en su domicilio, donde convive y se desarrolla como adulto mayor; considerando los siguientes puntos:

- Promover la independencia, al máximo nivel a través de un estilo de vida saludable.
- Detección oportuna de enfermedades crónicas.
- Ayudar a prevenir, controlar o retardar las limitaciones propias de la declinación biológica.
- Integrar a la familia, como principal red de apoyo para el cuidado.
- Apoyar al adulto mayor y la familia, cuando la muerte sea inminente.²⁰

Siempre aplicando principios éticos, honestidad profesional, una buena comunicación, decir la verdad, no dañar y considerando a todos los seres humanos como semejantes. La enfermería es humanista, la persona es la esencia de la vida, como el fin de cada una de nuestras acciones y no como el medio. Son los mayores un grupo vulnerable que requiere atención preferencial, analizando siempre las necesidades y expectativas del adulto mayor sobre el cuidado enfermero, las características y condiciones de plan de cuidados y la trascendencia de sus resultados, permitirá transferir las acciones de promoción y prevención a la práctica de salud de cada enfermera como individuo en proceso de envejecimiento.²⁰

La actitud enfermera es la base del comportamiento, por tanto, el comportamiento mostrado por el enfermero que puede inferir la actitud que va a mantener en cualquier circunstancia dada o hacia cualquier persona.¹⁷

Es fundamental que la sociedad y los enfermeros en particular tengan experiencias positivas con las personas mayores y la vejez, para así evitar una actitud estereotipada hacia ellos.

El rol de la enfermera debe ser el de un profesional autónomo en el cuidado de la salud que coordine la atención compleja a los ancianos y sus familias, y que asuma el rol de líder en el equipo multidisciplinario de atención sanitaria. La enfermería gerontológica se sitúa entre las áreas más especializadas de la práctica de la enfermería. Muchos de los problemas del anciano están asociados con el funcionamiento diario, y son más sensibles a los modelos de cuidado de enfermería que al tratamiento médico. Estos modelos de enfermería gerontológica se basan en los siguientes principios:

- Los pacientes tienen el derecho a la autodeterminación y a una toma de decisiones independiente.
- Los pacientes son holísticos por naturaleza, y su salud y bienestar son afectados por la interacción de factores fisiológicos, patológicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales.
- La enfermería desempeña un papel importante ayudando a los pacientes a optimizar su salud, mejorar su calidad de vida, lograr su bienestar y facilitar su desarrollo personal.

El diseño de las actuaciones de enfermería para el anciano puede ser complejo ya que están complicadas por las muchas dimensiones del envejecimiento. La enfermera necesita de conocimientos suficientes, creatividad e ingenio para implementar un plan de cuidados, aprovechando las capacidades del anciano y facilitando su desarrollo a lo largo de su adaptación. Requiere para ello una valoración y habilidades de intervención sofisticadas, coordinación y manejo del cuidado, y una relación íntima entre la enfermera y el anciano. Es la enfermera la que tiene más posibilidades para contactar con el anciano que cualquier otro profesional del cuidado de la salud. Así posee también habilidades de valoración, asesoramiento, apoyo, educación y coordinación necesaria para cuidar del anciano desde diversos ámbitos. Somos las enfermeras las que mejor podemos ayudar al anciano a desarrollar sus potenciales en lugar de abocar en un deterioro lento o rápido. La enfermera proporciona valoración, guía, formación y apoyo; cuida de los ancianos en sus domicilios, en la comunidad; les dirige a otros tipos de cuidado cuando es necesario, y cuida de ellos cuando están sometidos a tratamientos sofisticados si es necesario. Las enfermeras deben dar una respuesta global a los problemas de salud de la persona mayor. La educación del cuidador y el desarrollo del programa seguirán constituyendo una gran parte del rol de la enfermera gerontológica. Conociendo las necesidades y el espacio vital de la persona anciana.²¹

El objetivo de la asistencia de la enfermería gerontológica es ayudar a que las personas mayores comprendan su gran potencial, desarrollando el mayor grado posible de funcionalidad, así como mejorar su calidad de vida, ayudar a superar las dificultades de la vejez.¹⁷

Es fundamental formar a los enfermeros en este campo, la especialización en gerontología. Nos encontramos con frecuencia con poco personal en el sector y poco cualificado, de manera que las necesidades de los mayores pasan inadvertidas. A medida que se disponga de especialistas en enfermería más cualificados, crecerá la práctica clínica de la enfermería gerontológica para satisfacer los retos de la asistencia a los mayores. La enfermera debe seguir adquiriendo conocimientos, destrezas y experiencia en el trabajo con los mayores. Es en ese nivel de competencia y entrega por alcanzar el punto más alto donde se encuentran las bases del futuro de la enfermería.

1.2 Teorías escogidas sobre enfermería para mayores

Las teorías sobre la enfermería proporcionan un marco de referencia, en la actualidad se está poniendo énfasis en una teoría que sirva para formular un modelo de práctica que ayude a evaluar los resultados de sus intervenciones para diferenciarla de la práctica enfermera. Existen tres teorías aplicables a aquellas personas mayores que se encuentran en centros:

1. Teoría de la asistencia individualizada de Orem. Adelanta el concepto de que el personal de enfermería no debería emitir juicios sobre la asistencia sanitaria ni sus prácticas, ni tampoco imponerlos a los pacientes, antes bien, el enfermero profesional, valiéndose de sus conocimiento y destreza al valorar el estado de salud del paciente, interpretará los datos que éste le proporcione y proyectará con él un plan de asistencia que sea realista, posible y que sea cuantificable desde la perspectiva de la persona mayor. Al seguir las prácticas de asistencia individualizada del paciente, la atención sanitaria adopta un enfoque más integrado basado en las creencias culturales del mayor, en sus prácticas sanitarias y en los aspectos medioambientales, encajando así más fácilmente en el estilo de vida de estas personas. La enfermería gerontológica promueve el bienestar de los ancianos. Por consiguiente, la teoría de la asistencia individualizada proporciona una base excelente de operaciones.¹⁷

2. Teoría de la Adaptación de Roy. Describe la vida de una persona como una serie de adaptaciones positivas o negativas a ambientes internos y externos. Hay cuatro modelos de adaptación: a las necesidades fisiológicas, al concepto que tiene el individuo de sí mismo, a la función realizada y las relaciones de interdependencia que existen cuando el

mayor está sano o cuando está enfermo. Cuando las personas son conscientes de las tensiones que agitan sus vidas pueden adaptarse y llevar una vida más sana. Conocer los sucesos que pueden ser estresantes, y por tanto estar en condiciones de ayudar a los mayores mediante la valoración de enfermería y la guía preventiva. El objetivo de esta teoría es salvar así los peligros que puedan dañar al anciano, planificando la atención basándose en un conocimiento de las áreas potencialmente problemáticas. La teoría de Roy es aplicable a la enfermería gerontológica puesto que los ancianos y sus cuidadores son interdependientes, si existe un lazo afectivo se torna más fuerte que si el cuidador es obligado.¹⁷

La enfermería tiene como único objetivo ayudar a la persona en su esfuerzo adaptativo mediante la manipulación del entorno. El resultado es conseguir un nivel óptimo de bienestar para la persona. Como sistema vivo y abierto, la persona recibe estímulos procedentes del entorno y de sí misma, el nivel de adaptación lo determina el efecto combinado de los estímulos focales, contextuales y residuales. La adaptación tiene lugar cuando la persona responde positivamente a las modificaciones del entorno, las respuestas ineficaces a los estímulos conducen a la desorganización de la integridad de la persona.²⁴

3. Teoría de los sistemas de asistencia sanitaria de Neuman. Esta teoría insiste en la importancia de la aproximación total y personal a los problemas del paciente, aumentando el nivel de asistencia mediante la acción de la enfermería. Esta tarea se lleva a cabo identificando los factores que producen estrés en la vida de una persona y reduciéndolos mediante las intervenciones apropiadas. Estos agentes estresantes pueden ser interpersonales, intrapersonales o extrapersonales. Cuando se valore al paciente, un enfermero profesional será el encargado de explorar cada una de estas esferas y de planificar la asistencia partiendo de una base completa. Según Neuman, la salud holística es la salud total. Esta teoría se puede aplicar directamente a los ancianos que tienen síntomas de enfermedad pero que se preocupan principalmente por su economía. Mientras que el personal de enfermería no ayude a resolver ese tema prioritario, que puede ser económico o de cualquier otro tipo, será vano cualquier intento por su parte de lograr un nivel más alto de bienestar y de funcionalidad en el paciente.¹⁷

En el modelo de Neuman, se describe al enfermero como alguien “relacionado con todas las variables que afectan a la respuesta del individuo a los factores estresantes” en paciente se encuentra en relación recíproca con el entorno e interacciona con él, “ajustándose al entorno o ajustándose éste a él”, Neuman asocia los cuatro conceptos esenciales de persona, entorno, salud y enfermería en sus enunciados relacionados con la prevención primaria, secundaria y terciaria.²⁵

4. Teoría de la interacción de Imogene King. Se centra en cómo los adultos mayores interactúan con su entorno y con el enfermero para establecer y conseguir los objetivos de de la asistencia sanitaria. King percibe a la persona mayor, como un sistema abierto, integrado por sistemas sociales, sistemas interpersonales y sistemas personales.²⁶

5. El concepto de hombre unitario de Marta Rogers. Se resalta la interacción entre los adultos mayores y su entorno con el objetivo de conseguir el máximo de salud posible. Algunas de las opiniones de Roger aplicadas al cuidado de los adultos mayores incluyeron los conceptos de que cada persona es única, que cada ser humano y su entorno se ven envueltos en un proceso interactivo continuado y que todos los seres humanos son algo más que la suma de sus partes y diferentes a dicha suma. Rogers resalta la importancia de la práctica de la enfermería en muchos marcos e identifica el papel del enfermero en ayudar a las personas a evitar la enfermedad y a obtener una salud óptima.²⁶

6. El concepto interpersonal de Watson. Dirige el enfoque de la enfermería a cubrir las necesidades de la persona mayor a través de una relación de asistencia interpersonal, donde se promociona la salud y acepta a los pacientes dondequiera que puedan estar en cuanto a su salud y sus actividades sanitarias, creando un entorno que permite a los pacientes elegir lo que consideran mejor para ellos. Watson considera la toma de decisiones como parte de la responsabilidad del mayor. La actuación de enfermería es percibida como una actividad legítima basada en un enfoque científico-humanista, utilizando la asistencia como un marco para la actividad directa. Se aconseja a los enfermeros que traten a adultos mayores de una forma positiva, con un enfoque integral, utilizando la fe y la esperanza de manera liberal. Watson opina que sin estos conceptos no sería posible establecer una relación interpersonal. A través de la relación positiva, el

enfermero y el paciente pueden desarrollar la docencia y el aprendizaje, la ayuda y la confianza, y la aceptación de los sentimientos.²⁶

7. La teoría de la necesidad humana de Helen Yura y Mary Walsh. Contempla a la persona mayor como un todo integrado y organizado, cuya conducta dirigida al objetivo lleva al individuo a satisfacer las necesidades humanas. Cuando el enfermero apoya y estimula los intentos de los adultos mayores por satisfacer sus necesidades, se practica una asistencia holística y se reconoce la integridad de la persona mayor. Con la guía y la dirección del profesional de la asistencia sanitaria que respeta la capacidad del paciente es razonable esperar que una determinada persona alcance estos objetivos para satisfacer la necesidad exclusiva de cada ser humano.²⁶

Estas teorías demuestran cómo pueden llevarse a efecto estos modelos destinados a la práctica de la enfermería en centros clínicos donde los ancianos sean los principales destinatarios de este tipo de asistencia. Mediante la aplicación de tales teorías se están identificando los problemas y las soluciones de forma más científica, mejorando así la calidad de esta práctica.

1.13 La institucionalización del mayor

El hecho de que una persona mayor no se encuentre en su hábitat natural también va a influir en la percepción que la persona mayor tenga de todo lo que le rodea, incluida la enfermera que lo cuida. La residencia geriátrica ha sido durante varias décadas concebida como el elemento base para un sistema asistencial centrado en el concepto de beneficencia; surge así la figura del “asilo”, como macrocentro de acogida y retiro para personas de edad avanzada que necesitando cuidados o anticipando la necesidad de los mismos, se acogen a una solución que supondrá, inevitablemente, la ruptura con su entorno natural.²²

En nuestro país, es a mediados de los 70 cuando empieza a elaborarse un sistema público de servicios sociales, será en los 80 cuando cristalizará bajo el soporte de una elemental ecología social, en soluciones asistenciales tales como la ayuda a domicilio, estancias diurnas y temporales, el acogimiento familiar, o más recientemente la teleasistencia y las viviendas tuteladas.²²

Sin embargo, pese a las numerosas críticas vertidas contra la institución geriátrica, el progresivo envejecimiento de la población y concretamente el incremento del número de personas mayores de ochenta años, hace que la residencia geriátrica se mantenga en la actualidad como la menos mala de las soluciones posibles par un grupo muy concreto de ancianos caracterizado por una edad especialmente avanzada, alto nivel de dependencia funcional, necesidad continuada de cuidados y déficit de recursos de apoyo informal. La institucionalización tiene efectos sobre la persona mayor, conlleva un gran número de connotaciones sociales, familiares e individuales, que en todo caso suponen un importante cambio que va a marcar indudablemente la vida diaria tanto del anciano como de su familia incluso antes de que tal acontecimiento se produzca.²²

Los efectos de la institucionalización comienzan a dejarse sentir con anterioridad al instante mismo de la admisión, desde el momento en que su materialización es considerada como “una amenaza” para el anciano, amenaza que se ciñe a su entorno físico, social y familiar, y en definitiva sobre la propia imagen de sí mismo, sus afectos y la nueva realidad que se le plantea. Después del denominado “síndrome del primer mes”, donde los residentes recién admitidos sufren un proceso confusional, comportamientos extravagantes e incluso una dinámica de progresivo deterioro, muchos de ellos recuperan su estado previo a la admisión mientras otros siguen con el proceso de deterioro. Uno de los factores que más va a influir es su voluntariedad al ingreso. Sufren desde depresión a deterioro cognitivo e incluso la muerte.²²

Estudios realizados demuestran que lo que más le afectan a los mayores institucionalizados es la tristeza diaria que sienten, probablemente ocasionada por la falta de cultura con respecto a la previsión de un plan de vida para la vejez durante su juventud, tanto económica como social. Y tampoco están satisfechos con las actividades que se realizan en estos centros.²³

Las atenciones institucionalizadas de tipo monográfico acaban con demasiada frecuencia desviándose de la función para la que han sido concebidas en un principio. Es imprescindible que existan unos canales de cooperación bien establecidos con otros niveles asistenciales, sanitarios y sociales, racionalizando los recursos y promoviendo formas de atención alternativas a la institucionalización permanente.²⁷

Las instituciones de cuidado y albergue para los viejos están diseñadas para responder a necesidades de individuos con alto grado de dependencia, y se espera que lo utilicen quienes se ajusten a esta definición, pero no siempre es así, donde nos encontramos con mayores no dependientes con limitaciones de interactuar con los demás.¹⁵

Partiendo de un estudio de calidad de vida realizado por Fernández-Ballesteros, R; Zamarrón, M.D.; y Maciá, A. Publicado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales:²⁸

1. Las personas mayores que habitan en su propio domicilio y las que habitan en residencias tanto públicas como privadas no difieren en cuanto a la mayor parte de indicadores de salud. Por el contrario, los hombres frente a las mujeres, los jóvenes frente a los más viejos y las personas de posición social alta respecto a las de posición más baja, tienen significativamente mejor salud.
2. Las personas que viven en su domicilio y las que viven en residencias públicas consideran que pueden valerse por sí mismas en mayor medida que las personas que viven en residencias privadas y, así mismo, dicen que tienen menor número de dificultades en el cuidado personal que en este último grupo de sujetos. Los mayores más jóvenes, los hombres y las personas de posición más alta informan tener mejores habilidades funcionales.
3. Las personas que viven en su domicilio tienen más amplias redes de apoyo y están más satisfechas que las personas que viven en residencias.
4. Por lo que se refiere a las actividades de la vida diaria y al ocio y tiempo libre, las personas que viven en su propio domicilio y las que viven en residencias públicas y privadas presentan múltiples diferencias en cuanto al patrón de actividad a favor de las personas que viven en residencias públicas. Sin embargo, podemos decir que las que viven en su domicilio, están mucho más satisfechas de las actividades que realizan que las que viven en residencias. Asimismo, las personas más jóvenes y las de clase media alta y media están más satisfechas de cómo ocupan su tiempo libre que las más mayores y las de posición social baja.
5. Por lo que se refiere a la calidad de los servicios sociales y de salud, existe un gran desconocimiento en los tres contextos. Diferenciándose con un mayor conocimiento los que habitan en residencias públicas.

6. La calidad ambiental de la vivienda, habitación o apartamento, es significativamente mejor en las personas que habitan en residencias que en las que viven en su propio domicilio.
7. Por último, si se considera una medida combinada de calidad de vida subjetiva se puede decir que no existen diferencias entre los tres contextos. Sin embargo, las personas mayores más jóvenes respecto de las más viejas, los hombres frente a las mujeres y las personas de posición social más alta respecto a las de posición más baja, informan de una mayor calidad de vida.

Encontramos por tanto un espacio no natural que produce efectos negativos en el mayor, lo que influye en la percepción de todo cuanto hay en el medio.

1.14 Calidad de vida en la vejez

La calidad de vida en la vejez desde el punto de vista social, tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir experiencias a los más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a ella a aprender a envejecer. La calidad de vida en la vejez dependiente implica necesariamente el apoyo social y familiar de las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, siendo cuidadas en familia, para que puedan seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento. Esto conlleva el apoyo material y afectivo a las familiares que participan en la acción de cuidar.¹⁶

El grado de autonomía con que la persona mayor desempeña sus funciones representa el grado de dependencia dentro de su contexto socioeconómico y cultural. Por lo que la autonomía actualmente se ha convertido en un indicador de salud en el adulto mayor y por lo tanto también de calidad de vida.³

La calidad de vida en el adulto mayor debe ser entendida como el estado biológico, psicológico-social y económico en el que se encuentra la persona. Desde el punto de

vista integral en su valoración intervienen necesariamente diversos aspectos como la propia experiencia, las creencias, las actitudes y perspectivas que las personas generan con relación a su vida, no obstante, cuando el adulto mayor cursa con un problema serio de salud que amenaza su vida y le genera dolor, tienden a catalogar su calidad de vida de forma disminuida.³

Lograr unificar criterios objetivos para medir la calidad de vida es un problema bastante complejo, ya que muchos de los elementos que constituye la calidad de vida se basan en la autopercepción del adulto mayor, por consiguiente, los componentes subjetivos son muchos, aspectos tales como vitalidad, satisfacción, logros y salud son cuestiones en las que la objetividad es difícil, sobre todo cuando se utiliza como fuente la autopercepción. Sin embargo, la calidad de vida puede definirse y ser evaluada de manera objetiva aun cuando incluimos componentes subjetivos tales como el bienestar, la satisfacción y componentes objetivos como la presencia de síntomas, el funcionamiento físico y el apoyo social. La medición de la calidad de vida, deberá incluir seis dimensiones: bienestar global, aspectos físicos, psicológicos, sociales, funcionales y económicos. En síntesis se puede decir que “la calidad de vida es la percepción subjetiva del individuo con relación a su incapacidad incluyendo los aspectos de la vida y de la función humana, considerados esenciales para la vida plena”. La calidad de vida de una persona es una variable que interviene directamente en la percepción de la calidad de los cuidados de enfermería, es por esto que siempre lo debemos tener en cuenta al realizar cualquier tipo de evaluación en donde se considere la opinión de los mayores. Así como tener presente que la severidad del problema salud que presente el mayor impactará también en la percepción de la calidad de atención de enfermería.³

Uno de los aspectos situacionales que mayor incidencia tienen a la hora de proporcionar una vida de calidad es el económico. En este sentido, en un estudio realizado por Sáez Navarro se ponía de manifiesto que el problema que más preocupaba a la tercera edad era el económico, pronunciándose en este sentido el 74,2% de la muestra evaluada. Este mismo estudio pone de manifiesto que hace una década, eran otros los problemas que se valoraban como más importantes. Esta nueva percepción está fuertemente determinada por el importante cambio de valores que ha sufrido la sociedad española en los últimos años que ha reivindicado a un primer puesto del ranking de éxito social, la posesión de bienes materiales. Coincidiendo con esto, al jubilado se le priva precisamente de la

capacidad de trabajar, único modo de ganar dinero que le grupo social reconoce y aplaude.²⁸

Todo esto viene a marcar la precariedad económica en la que viven los mayores, unido a los escasos servicios que se les ofrece; factores éstos que van en detrimento de la calidad de vida de este grupo de edad.

Las soluciones no son sencillas y pasan por realizar lo que Guillermand denomina una “política de edades” que propicie:

- La posibilidad de actualización constante del trabajador durante su vida activa, de tal forma que la edad de jubilación no llegue por quedar el sujeto obsoleto y no servir a las necesidades de la empresa.
- Un merecido reconocimiento social, que requiere actuaciones de índole educacional que permitan la revalorización del anciano como alguien con un papel importante en la sociedad. Ello requeriría un trabajo de largos años, ya que lo que se está proponiendo es un proceso de reelaboración de valores, con todo lo que ello implica.
- Programas serios de preparación a la jubilación. La seriedad de los programas deberá medirse por el hecho de que vivan la jubilación como una nueva etapa en su vida que puede ser tan gozosa como otras de la juventud.
- Políticas que propicien el aprovechamiento de recursos. Planteamiento de las empresas de asesorarse por trabajadores cualificados, ya jubilados a cambio de determinadas prestaciones o gratificaciones, de carácter voluntario.
- Voluntariado de aquellos que estando jubilados, estén en condiciones de prestar ayuda a la comunidad.
- Políticas de ocio, no sólo en tareas lúdicas en sentido estrictos, sino que le permitan de acuerdo a sus aspiraciones y deseos, completar su formación cultural y personal.
- Una cuestión importante es no desarraigar al jubilado de su entorno habitual. Permitiendo la ayuda en domicilio y adecuación de viviendas.
- Políticas que permitan vivir una vejez más saludable, donde las demandas del anciano no se resuelvan una vez los problemas estén instaurados, sino antes de que se hayan producido.²⁷

Estos cambios influirían de forma directa y positiva en la calidad de vida de los mayores en sociedad, al igual que afectaría a la percepción que los mayores tienen de los servicios que se les presta, entre ellos el de enfermería.

2. OBJETIVOS

- Describir la opinión de las mujeres mayores sobre la atención recibida por el personal de enfermería.
- Describir la calidad de vida de las mujeres mayores institucionalizadas.
- Determinar si existe relación entre la percepción de calidad de vida de las mujeres mayores institucionalizadas y su satisfacción con los cuidados de enfermería recibidos.

3. DISEÑO Y MÉTODOS

- Tipo de diseño: el diseño elegido para realizar esta investigación es cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal.
- Población de estudio: mujeres mayores de 65 años institucionalizadas en centros socio-sanitarios públicos y privados de la provincia de Jaén.
- Método de muestreo: la razón principal para estudiar la muestra y no toda la población es el ahorro en tiempo, dinero y recursos. Es una cuestión de eficiencia.

El método de muestreo será en múltiples etapas o bietápico. En la primera etapa se determinarán los centros en los que se toma la muestra y en la segunda etapa determinaremos la muestra en cada centro seleccionado ²⁹.

La selección de las unidades se realizará al azar, evitando así la parcialidad del investigador, lo que no evita que la muestra esté exenta de error, pero el uso de este método probabilístico permite la aplicación de técnicas estadísticas capaces de cuantificar este error aleatorio ^{29,30}.

- Criterios de inclusión y exclusión: como criterio de inclusión se tendrá en cuenta que las residentes lleven viviendo en el centro un mínimo de 2 meses. Como criterio de exclusión: se apartará de la investigación a aquellas residentes que presenten problemas de deterioro cognitivo.

- Cálculo del tamaño de la muestra: no conocemos el tamaño total de la población institucionalizada en los centros socio-sanitarios de Jaén y aún menos el total que cumplen los criterios de inclusión. Es de especial importancia conocer el dato del tamaño total de la población finita, para así hacer un cálculo de la muestra de residentes que viven en residencias de mayores.
- Método de recogida de datos: se procederá al desplazamiento a los centros socio-sanitarios, y se pasará los siguientes cuestionarios a la muestra. Lo llevará a cabo la investigadora mediante entrevistas personales.
- Para conocer el grado de satisfacción de las mujeres mayores con la atención recibida utilizaremos el siguiente cuestionario: CARE- Q ³¹.
- Para conocer la calidad de vida en la mujer anciana utilizaremos el instrumento: MGI-CALIDAD DE VIDA ¹⁰.

- Definición de las variables: Variables socio-demográficas: edad, tipo de residencia, enfermedades actuales, nivel de escolarización, tiene pareja, redes sociales de apoyo, dinámica familiar, nivel económico, saber leer y tiempo que llevan en la residencia. Variables sobre la atención de enfermería: calidad de vida sería la variable independiente y la satisfacción de los cuidados de enfermería sería la variable dependiente.

- Estrategia de análisis: se va a hacer un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas (mediante porcentajes y media). Además de un análisis descriptivo de las variables que miden la satisfacción de la atención de en enfermería y un análisis descriptivo de las variables que miden la calidad de vida. Regresión múltiple del grado de satisfacción de la atención recibida con relación a la calidad de vida, saber leer, tiempo que llevan viviendo en el centro. El análisis de datos será llevado a cabo mediante el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences, SPSS versión 19.0

Consideraciones éticas:

- Se obtendrá la autorización del comité de ética provincial, del centro y el consentimiento informado por parte de cada una de las personas que participen en el estudio, de forma verbal y escrita.

- Se recogerán los derechos humanos que requieren protección durante una investigación incluyen los derechos de: autodeterminación, intimidad, anonimato y confidencialidad, tratamiento justo y protección frente a molestias y dolor³⁴.
- Este estudio es considerado sin riesgo para los sujetos.

4. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS DEL ESTUDIO.

Uno de los principales inconvenientes de los estudios sobre la satisfacción es la tendencia de los usuarios a emitir respuestas positivas y altas. Otra cuestión que puede influir sobre los resultados es la forma en la que ha sido cumplimentada la encuesta. En las entrevistas, la persona puede expresarse con mayor libertad, utilizando su propio lenguaje y tiene la oportunidad de plasmar todas sus opiniones. Por el contrario, en los cuestionarios tiene que limitarse a aproximar su opinión a unos parámetros establecidos y este hecho conlleva interpretaciones erróneas que no corresponden con la satisfacción real de los usuarios. Asimismo, la ausencia de respuesta sesga las distribuciones de las puntuaciones, dando lugar a valoraciones más positivas⁹.

Otra limitación que se puede dar es la posibilidad de que exista un conocimiento deficiente por parte de los encuestados sobre la verdadera labor de la enfermera, por tanto su opinión y satisfacción está sesgada.

La diferencia de edad entre la persona entrevistadora y los informantes, pues según Hernández-Sampieri et al.³³ destacan la importancia de que el entrevistador y el entrevistado sean lo más similares posible en cuanto a edad y nivel socioeconómico para hacer más probable que la comunicación entre ambos sea productiva.

5. PLAN DE ACCIÓN

Plan de trabajo:

El desarrollo de este trabajo se llevará a cabo en 12 meses divididos en cuatro etapas:

- 1ª Etapa: fase conceptual: con una duración de dos meses en la que se lleva a cabo una revisión de la literatura para desarrollar el marco conceptual, se delimita el campo de estudio y se describe la metodología del trabajo. Una vez terminado el documento será enviado al comité de ética provincial.

Presupuesto:

| | | |
|----------------------|--|---------------|
| Personal | Enfermeras para realización de entrevistas, análisis y aplicación de resultados. | 0€ |
| Inventariable | 1 Impresora | 100€ |
| | 1 Ordenador portátil | 600 € |
| | 2 grabadoras | 200€ |
| Fungible | Material de papelería | 100€ |
| | Gastos de reprografía | 100€ |
| Otros gastos | Movilidad y dietas del equipo de investigación | 300€ |
| | Divulgación, asistencia a congresos y eventos relacionados con el proyecto | 500€ |
| | TOTAL AYUDA SOLICITADA | 1900 € |

6. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos permitirán determinar los aspectos a mejorar en la atención de enfermería a mujeres institucionalizadas, de este modo se contribuirá a mejorar la satisfacción de las ancianas, así como su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vargas-Daza ER, Reyes S, García-Peña C, Martínez-González L, Mendoza-Martínez A. Opinión del anciano sobre la atención de enfermería. Rev Enferm. IMSS 2000; 8(2):91-94.
2. Campos-Navarro R, Afganis-Juárez EN, Torrez D. Calidad de los servicios de medicina familiar según adultos mayores del sureste de la ciudad de México. Archivos en Medicina Familiar. 2006; 8(1):131-136.
3. Salcedo- Álvarez RA, Zárate-Grajales RA, Zarza-Arizmendi MD, Reyes-Audiffred V, Rubio-Domínguez S, Fajardo-Ortiz G. La percepción de los adultos mayores de la calidad de la atención de enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2007; 15(1):19-23.

4. Rodríguez Camero ML; Rodríguez Camero N; Azañón Hernández R. La construcción mediática de la Enfermería. *Index de Enfermería [Index Enferm]*. 2008; 17(2). [Consultado el 8 de Junio de 2009]. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermería/v17n2/6579.php>.
5. Muñoz Ronda FJ. Imagen de la enfermería en los medios de comunicación: reflejo de una realidad social. *Tempus Vitalis. Revista electrónica internacional de cuidados*. 2007;7(2):32-37.
6. Hernández Vergel LL, Miranda Guerra AJ. Imagen social de la enfermería en Cuba y en Belice. *Rev Cubana Enfermer*. [en línea] 2006 [fecha de acceso 15 de Junio de 2009]; 22(2): extensión 11 páginas. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_2_06/enf206su.htm.
7. Muñoz Ronda FJ, Moreno López JM, Jiménez Rodríguez D, Hernández Garre JM. La imagen física de las enfermeras y su influencia en la dinámica de las instituciones sanitarias. *Tempus Vitalis*. 2008; 8 (1): 5-16.
8. Rodríguez Ramírez R, Escalona Aguilar JR. Percepción de la imagen social de la Enfermera. *Educare21*. 2007; 38. [Consultado el 8 de Junio de 2009]. Disponible en: http://www.enfermeria21.com/educare/secciones/aprendiendo/detalle_index.php?Mg%3D%3D&MTM1&Mjc%3D&MjE5OQ%3D%3D.
9. López Palenzuela A. La satisfacción de los usuarios: un determinante de la calidad asistencial. *Metas de Enferm*. 2005; 8(1):53-56.
10. Maldonado Guzmán G, Mendiola Infante SV. Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores. *Contribuciones a las Ciencias Sociales [en línea]*. 2009 [fecha de acceso 10 de Junio de 2009]; Abril: 1-15. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm.
11. Pérez Díaz, J.El envejecimiento de la población. Problemática. En: Arroyo Pérez, A., Manzanera Díaz, E., Pascual Acosta, A. *Estadísticas demográficas y sociales. Difusión estadística*. Jaén: Universidad de Jaén.p. 149-157.
12. Jones TV. Envejecer hoy. En: Beers MH. *Manual Merck de información médica. Edad y salud*. Barcelona: Océano; 2004.p.28-33.
13. Hernández Rodríguez JA. La población futura según las últimas proyecciones. Extraído el 20 de Abril de 2009 del Word Wide Web: http://www.cica.es/aliens/canp/frame_cursos/demograficas_sociales/2.html
14. Manton KG. Futuro de la ancianidad. En: Tallis RC, Fillit HM. *Geriatría*. Madrid: Marbán; 2005.p. 21-29.

15. Robles Silva. La vejez: nuevos actores, relaciones sociales y demandas políticas. *Relaciones*. 2006;27(105):140-175.
16. Bazo MT. Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. *Papers* 1998; 56: 143-161.
17. Bahr RT. Visión general de la enfermería gerontológica. En: Hogstel MO. *Enfermería geriátrica. Cuidado de las personas ancianas*. Madrid: Paraninfo; 1998.p. 3-40.
18. Hernández Pedreño M. Vejez y desigualdad social.Extraído el 20 de Enero del Word Wide Web: http://www.praxissociologia.org/_Praxis/documentes/Revista_n6.pdf.
19. Camps V. La vejez como problema y como oportunidad. *Rev Mult Gerontol*. 2003; 13(4): 267-270.
20. Tafolla-Rangel AM. Transcendencia del cuidado enfermero en el adulto mayor. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2007; 15(1): 1-2.
21. Staab AS, Hodges LC. El anciano. En: Staab AS, Hodges LC. *Enfermería gerontológica*. México: McGraw-Hill Interamericana; 1998.p.3-15.
22. Buendía J, Riquelme A. Residencias de ancianos: ¿solución o problema? En: Buendía J. *Gerontología y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1997.p.233-246.
23. Becerra-Martínez D, Godoy- Sierra ZL, Pérez- Ríos NS, Moreno-Gómez M. Opinión del adulto mayor con relación a su estancia en un asilo. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2007; 15 (1): 33-37.
24. Blue CL et al. Sor Calista Roy. Modelo de adaptación. En: Marriner-Tomey A. *Modelos y teorías de enfermería*. 3ªed. Madrid: Mosby/Doyma Libros; 1994.p. 246-268.
25. Beckman SJ et al. Betty Neuman. Modelo de los sistemas. En: Marriner-Tomey A. *Modelos y teorías de enfermería*. 3ªed. Madrid: Mosby/Doyma Libros; 1994.p.269-304.
26. Dicknson E. Enfermería gerontológica. En: Burke MM, Walsh MB. *Enfermería gerontológica. Cuidados integrales al adulto mayor*. 2ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1998.p. 51-75.
27. García Hernández M, Torres Egea MP, Ballesteros Pérez E. *Enfermería Geriátrica*. Barcelona: Masson; 1997.
28. Mayán Santos JM. *Gerontología Social*. Santiago de Compostela: Segal; 2000.
29. Argimon Pallás JM. *Métodos de investigación clínica y epidemiología*. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2006.
30. Polit DF, Hungler BP. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 6ªed. México: McGraw-Hill Interamericana;2000.

31. Sepúlveda GJ. Estudio piloto para la validación del cuestionario care q para medir la satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería. Extraído el 7 de Julio de 2009 del Word Wide Web:

<http://www.unbosque.edu.co/files/Archivos/Facultades/Enfermeria/TrabajosGrado/Mayo2008/estudiopilotodela%20validaciondelcuestionario%20careqparamedir%20satisfacciondelpaciente.pdf>

32. Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Alonso J, López-García E, Graciani Pérez-Regadera A, Gutiérrez-Fisac JL. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. Med Clin (Bar). 2003; 120(15): 568-573

33. Hernández- Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la investigación. 4ªed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006.

34. Burns N, Grove SK. Investigación en enfermería. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.

Anexo I

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Ana Belén López Araque y M^a Dolores López Medina. El objetivo de este estudio es describir la opinión de las mujeres mayores sobre la atención recibida por el personal de enfermería.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas en la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcrita la información las grabaciones se destruirán. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Ana Belén López Araque y M^a Dolores López Medina. He sido informada de que el objetivo de este estudio es describir la opinión de las mujeres mayores sobre la atención recibida por el personal de enfermería. Me han indicado también que tendré que responder a preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a M^a Dolores al teléfono o al correo electrónico.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar por vía mail o al teléfono.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha