

De la discapacidad a la dependencia: Aspectos sanitarios

María José Calero García / Jesús López Ortega
Laura Isabel Sánchez Jurado / Pascual Carretero Moral

La recomendación del Consejo de Europa aprobada en septiembre de 1998 define la dependencia como *«la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana»*, o, de manera más precisa, como *«un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal»*.

Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que se pueda hablar de una situación de dependencia: en primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria; en tercer lugar, la necesidad

de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

Las enfermeras tenemos un papel irremplazable en la atención de las necesidades de las personas con discapacidad, minusvalía o en situación de dependencia, ya que *la función propia de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud, o a su restablecimiento a evitarle padecimientos a la hora de su muerte, actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. La función propia de la enfermera es asistirle en estas actividades para que él recobre su independencia lo más rápidamente posible.*

Intentaré mostrar las tres vías principales de nuestra actuación en este campo:

- La atención de las personas dependientes y la continuidad de sus cuidados.

Palabras clave: Discapacidad. Dependencia.

Fecha de recepción: Diciembre 2008.

Seminario Médico

Año 2008. Volumen 60, N.º 2. Págs. 93-100

- La atención a los cuidadores principales.
- La prevención de la dependencia.

Esta finalidad *la atención y cuidado de las personas* fundamenta gran parte de la enfermería como disciplina científica.

Cuando hablamos de autonomía, dependencia, actividades de la vida diaria, cuidados, estamos profundizando en la esencia misma de la enfermería. Son numerosos los autores de modelos y teorías de cuidados que citan estos mismos términos:

PEPLEAU (1952): cuidar significa interactuar con la persona a través del establecimiento de una relación interpersonal terapéutica.

HENDERSON (1955): el proceso de cuidar está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

OREM (1959): el autocuidado es el conjunto de actividades para mantener la vida, la salud y el bienestar.

LEINNINGER (1978): el cuidado es un acto de apoyo y asistencia a un individuo con necesidades para mejorar su condición humana y su modo de vida.

WATSON (1979): La acción de cuidar al sujeto que sufre y padece y tratar de ayudar a quienes lo acompañan son objetivos de la enfermería.

PARSE-RIZZO (1981): cuidados; acciones centradas en la participación cualitativa de la persona. A través de estas acciones la persona puede des-

cubrir el significado de la situación que vive.

Todos entienden como cuidados de enfermería, la acción de detectar, valorar, diagnosticar y solucionar las alteraciones y necesidades, que le impiden a una persona desarrollar una vida armoniosa consigo misma y con el entorno que le rodea. Pero fuera de estos conceptos teóricos y como afirma la Sra. Ruiz Legido, Secretaria General de la FACUA, los usuarios no tienen un conocimiento pleno de los servicios y prestaciones que están bajo la responsabilidad de los profesionales de enfermería, respecto a las personas dependientes.

Por lo tanto, el primer reto que tenemos es informar y capacitar a la ciudadanía para que pueda responder a la pregunta ¿Con qué recursos y ayudas cuento? ¿Qué me puede resolver el sistema sanitario?

Los ciudadanos nos demandan una atención integral y continua a sus problemas de salud, que garantice la necesaria continuidad asistencial, mediante la coordinación de los distintos niveles. Pero también quiere que desde este sistema se le oriente, se les apoye y se resuelvan sus dudas. En Andalucía, la reorganización del papel de enfermería en Atención Primaria se ha fijado nuevas estrategias de cuidados que intentan responder a estas demandas, así nos encontramos con la enfermera gestora de casos o enfermera comunitaria de enlace que cohesionan la asistencia al enfermo entre todos los niveles de atención, sirviendo de puente entre el domicilio, el hospital y el centro de salud.

También contamos con la enfermera domiciliaria o la enfermera de referencia familiar, experta con reconocimiento legal para valorar, planificar, organizar, ejecutar y evaluar los cuidados ante las necesidades básicas del ser humano; pero en el hogar, en el mismo hábitat de la persona con necesidades, siendo un gran apoyo para enfermo y familia.

Es esta enfermera referente la que realiza actualmente el Informe de condiciones de Salud para lo que denominamos Ley de promoción de la autonomía personal y atención las personas en situación de dependencia, o más resumido Ley de Dependencia. Esta Ley recoge que para el reconocimiento de la situación de dependencia es preceptivo un informe de las Condiciones de Salud de la persona, cuya elaboración recae en el sistema sanitario. Este informe es demandado al sistema sanitario exclusivamente desde la consejería para la igualdad y bienestar social, en donde se solicita la prestación, al Centro de Salud, mediante un soporte informático, denominado Soporte Sanitario a la Dependencia. El Director del Centro de Salud facilita a la enfermera referente del solicitante estos impresos para su realización. La enfermera realiza una valoración de las necesidades de cuidado del paciente, según taxonomía NANDA, (que es un sistema de clasificación profesional de diagnósticos de enfermería), desplazándose al domicilio las veces necesarias para ello. Los datos médicos se obtienen de la historia clínica o en

su defecto se solicita la colaboración del médico de familia o pediatra..

Tanto la figura de la enfermera de enlace o comunitaria como la enfermera referente cuentan con un perfil profesional que cumple con los requisitos para ofrecer una asistencia de calidad, eficiente y eficaz, ante el individuo dependiente.

La enfermera es el principal activo para la atención de las necesidades de las personas en situación de dependencia, pero es además en la actualidad es el profesional que está haciendo frente al cuidado y formación de los cuidadores principales (normalmente familiares). En esta dirección se fomentan acciones como el cuidado del cuidador, la formación del mismo para que realice sus funciones de forma más efectiva, el asesoramiento sanitario y administrativo, la información sobre gestión de recursos, o la tele continuidad de cuidados mediante la comunicación de altas de pacientes frágiles.

Lo que se intenta con estas actuaciones es fomentar una mayor autonomía del núcleo familiar para proporcionar cuidados pero sin la sobrecarga de toda la responsabilidad sobre el cuidador, para que no suponga un menoscabo en la salud del mismo.

Una tercera vía de actuación de enfermería es la de prevención de la dependencia, también recogida por la Ley, en su artículo 19. Como es conocido de todos, aunque es la enfermedad y no la edad la principal causa de dependencia, en todos los estudios publicados se observa una mayor prevalencia de dependencia en secto-

res de la población mayor o muy mayor, debida entre otros factores a:

- La hospitalización.
- Deterioro cognitivo.
- Debilidad muscular, alteraciones de la movilidad y el equilibrio y realización de poco ejercicio.
- Deficiente soporte o condicionantes sociales adversos.
- Otros factores como caídas y polifarmacia.

Todos ellos factores con poder predictivo de deterioro.

Hoy en día existe suficiente evidencia científica para afirmar que es posible reducir de forma significativa la incidencia, la prevalencia y la intensidad de la enfermedad, la discapacidad y con ello la dependencia. Para ello, según la OMS es necesario fomentar el envejecimiento activo, e incidir en la realización de actividades preventivas en la población mayor sin discriminación por razones exclusivas de edad. En este sentido enfermería puede ayudar a la prevención de la dependencia en las personas mayores mediante acciones de:

- Promoción de la salud: Medidas dirigidas a individuos y comunidades, dirigidas a incrementar el control sobre los determinantes de la salud actuando sobre estilos de vida, fomento de la actividad física, alimentación saludable, relación social, ausencia de barreras arquitectónicas, etc.
- Prevención primaria de la dependencia: medidas dirigidas a disminuir la incidencia de dependencia y por lo tanto dirigidas sobre individuos no dependientes, sin afectación de las AVD para

evitar la aparición de dependencia. Incluye medidas como evitar accidentes y factores de riesgo (hospitalización, síndrome geriátrico, deficiente soporte social) pero en personas que aun mantienen funcionalidad íntegra. Incidiendo en personas mayores sanas pero sobre todo en aquellas de riesgo determinado por la existencia de los factores predictivos que hemos mencionado.

- Prevención secundaria de la dependencia: Intervención sobre situación de pérdida de la funcionalidad precoz, cuando aún existen posibilidades de reversión o de modificación de su curso y mejora de su pronóstico. Mediante estudios individualizados de casos.
- Prevención terciaria: Medidas dirigidas a la persona mayor dependiente con el fin de abordar sus problemas, aminorar sus consecuencias o actuar sobre su progresión (Fisioterapia, soporte a cuidadores, tratamiento de la patología derivada del inmovilismo, medidas ambientales de ayuda).

Envejecer con salud y vivir en casa es la fórmula preferida por las personas mayores, aun siendo dependientes. Las recomendaciones de los expertos y de los organismos internacionales defienden la priorización de los sistemas de atención social de aquellos recursos que permitan hacer efectiva esta opción. (Servicios de ayuda a domicilio, estancias diurnas, formación y ayudas a familiares).

TABLA 10.
Resumen de las principales recomendaciones orientativas de estrategias de prevención de la dependencia e intervenciones específicas, según la tipología de las personas mayores

Tipología de persona mayor	Medidas de prevención y de intervención
Persona mayor sana	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la salud y prevención primaria • Atención a los procesos agudos • Prevención secundaria
Persona mayor con enfermedad crónica no dependiente	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la salud y prevención primaria • Prevención secundaria y terciaria
Persona mayor en riesgo y frágil	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la salud y prevención primaria • Prevención secundaria y terciaria • Prevención y abordaje de síndromes geriátricos • Prevención de la iatrogenia • Prevención del deterioro funcional • Realización de Valoración Geriátrica Integral o Global
Persona mayor dependiente de carácter transitorio o carácter permanente	<ul style="list-style-type: none"> • Individualizar las medidas de prevención primaria y secundaria • Prevención terciaria • Manejo de síndromes geriátricos • Prevención de la iatrogenia • Prevención del deterioro funcional • Realización de Valoración Geriátrica Integral o Global
Persona mayor al final de la vida	<ul style="list-style-type: none"> • Individualizar las medidas preventivas • Atención específica según necesidades

La OMS define el envejecimiento activo como el proceso que se produce a lo largo del curso de la existencia y que lleva consigo la optimización del bienestar físico, social y mental con

el fin de extender las expectativas de salud, la participación y la seguridad y, con ello, la calidad de vida en la vejez. Es decir, es el proceso de optimización de las oportunidades de

salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Al mismo tiempo, la OMS considera una serie de elementos causales, entre los que se incluyen factores sociales (educación, apoyo social, etc.), personales (biología, genética, adaptabilidad, etc.), ambientales (medio rural o urbano, etc.), económicos (renta, trabajo, protección social, etc.), servicios de salud y sociales (protección a la salud, prevención de la enfermedad, etc.), conductuales (actividad física, alimentación, consumo de tabaco y alcohol, etc.).

En resumen, el concepto de vejez con éxito, activa, incluye básicamente tres componentes de salud íntimamente relacionados (salud física, mental y social) que producen como resultados principales: una baja probabilidad de padecer enfermedades e incapacidad, una elevada capacidad funcional física y cognitiva y el mantenimiento de una vida activa en la sociedad. En este contexto, la promoción de la salud de las personas mayores ha de constituir un propósito explícito del sistema sanitario en particular y de las políticas sociales en general.

Los programas e intervenciones de promoción de la salud diseñados y ejecutados por los servicios del sistema sanitario deberían plantearse coordinadamente, por un lado, entre los servicios de salud pública (responsables de las prestaciones proporcionadas colectivamente) y los servicios asistenciales (que las proporcionan básicamente a los individuos) y, por otro lado, entre los distintos servicios asistenciales de

atención primaria, especializada, y sociales.

Si bien son necesarios los dispositivos asistenciales para las personas gravemente dependientes, no debemos dejar en un segundo plano los esfuerzos para evitar la dependencia o para la recuperación cuando la dependencia es reversible, por lo que las intervenciones que tengan como objetivo la actuación preventiva, precoz y rehabilitadora deben ocupar un lugar preferente. Será necesario ampliar el número de enfermeras comunitarias, para mejorar la atención domiciliaria y poder constituirse en los agentes que faciliten y organicen las necesidades de los enfermos crónicos con los diferentes niveles asistenciales mejorando la eficacia y eficiencia del sistema; será también preciso mejorar su formación en enfermería comunitaria, geriatría, pediatría, salud ambiental y ecológica, para que puedan llevar a cabo programas de identificación y evaluación de necesidades de salud de la población y programas que fomenten el autocuidado para cambiar hábitos de vida hacia estilos más saludables.

En este ámbito de actuación, habrá un retorno a la medicina naturista, se fomentará el modelo de cuidados proclamado por Florence Nightingale, que favorece la acción de la naturaleza en el ser humano.

Desde nuestro punto de vista es necesario reforzar y reorientar el sistema sanitario para atender las necesidades de la población mayor en situación de dependencia. Potenciar la atención geriátrica especializada,

e incrementar los recursos en rehabilitación. Los cuidados de larga duración en domicilio deben de ser reforzados, robustecer la asistencia familiar no profesional dotándola de recursos, asimismo contar con camas de convalecencia o larga estancia y todo ello conlleva un aumento de presupuesto destinado a este capítulo.

Por último comentar que en la mayoría de los países de la Comunidad Europea son las enfermeras las que valoran y atienden toda esta red de servicios en torno a las personas dependientes. Protagonismo que en nuestro país, debido a una orien-

tación excesivamente biologicista y dependiente, esta tamizado y diluido entre distintos profesionales. Nuestra formación específica y con una metodología de naturaleza científica, en el cuidado de las personas, nos capacita profesionalmente, sin ninguna duda, a los nuevos retos que se nos plantean desde el conjunto social.

María José Calero García, Jesús López Ortega, Laura Isabel Sánchez Jurado, Pascual Carretero Moral,
Universidad de Jaén.

Referencias bibliográficas

- «Envejecimiento activo: un marco político». Organización Mundial de la Salud. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2002;37(S2):66-72.31.
- Informe del grupo de trabajo «Envejecimiento, salud y dependencia». Consejo Asesor de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Junio 2006. No publicado.
- EBRAHIM, S.; KALACHE, A. editores. «Epidemiology in old age». Londres: *BMJ*. publishing group; 1996.
- HICKEY, T.; SPEERS, M. A.; PROHASKA, T. R. editores. *Public health and aging*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1997.
- Subdirección General de Promoción de la Salud. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Edición adaptada del informe de la Unión Internacional de promoción de la salud y educación para la salud para la Unión europea. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. B.O.E. 299.
- Consideraciones a la ley de la dependencia sindicato de enfermería de UGT. Febrero 2006. Valencia. No publicado.
- 1.ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, Noviembre, 2007.
- *Antropología y vejez*. Libro de ponencias del I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría. La Manga del Mar Menor. Octubre de 1992. Ed. Gráficas del Llobregat, 1995.