

Adulto mayor en estado de fragilidad

Elderly in a very weak state

MSc. Elena Jiménez Betancourt ¹ y Lic. Liorna Írsula Betancourt ²

¹ Licenciada en Psicología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar. Policlínico Docente "José Martí", Santiago de Cuba, Cuba.

² Licenciada en Psicología. Policlínico Docente "José Martí", Santiago de Cuba, Cuba.

Resumen

En muchos casos, el adulto mayor en estado de fragilidad suele no contar con una adecuada red de apoyo formal e informal, que le proporcione afectos y cuidados suficientes para que alcance un armonioso estado de bienestar psicosocial. En tales circunstancias surten muy buen efecto la psicoterapia individual y familiar, el entrenamiento en técnicas de relajación, el tratamiento floral y otras medidas destinadas al logro de una mejor calidad de vida.

Palabras clave: anciano, estado de fragilidad, bienestar psicosocial, calida de vida, atención primaria de salud

Abstract

In many cases, the elderly in a very weak state doesn't usually have an appropriate net of formal and informal support that provides him affections and cares enough so as to reach a harmonious state of psychosocial well-being. In such circumstances the individual and family psychotherapy, the training in relaxation technics, the floral treatment and other measures aimed at the achievement of a better life quality provide very good effect.

Key Words: elderly, frailty state, psychosocial well-being, life quality, primary health care

INTRODUCCIÓN

El ancestral interés de los humanos por vivir el mayor número de años factible, unido al creciente desarrollo de la ciencia y la técnica, sustentan la tendencia actual que

considera que si importante es vivir más años, deviene esencial que estos transcurran con la mejor calidad de vida posible.

La problemática del anciano adquiere primordial trascendencia y constituye un factor decisivo en las investigaciones médicas y sociales. Las indagaciones sobre el tema se dirigen ya no solo a los aspectos relacionados con el proceso "fisiológico" de envejecer, sino a conocer aquellas condiciones que colocan al adulto mayor en estado de fragilidad.^{1, 2}

El término "fragilidad" es usado frecuentemente al referirse a personas mayores, pero su definición ha sido difícil de conceptuar y distintos investigadores usan criterios de diagnóstico diferentes, más o menos estandarizados.³

La mayoría de los estudiosos concuerdan en que la fragilidad es un estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica o lo que se ha dado en llamar un estado de homeostenosis. Este último aumenta el riesgo de incapacidad, pérdida de la resistencia y mayor vulnerabilidad ante factores adversos. Otros autores^{4, 5} lo traducen como una capacidad reducida del organismo para enfrentar el estrés.

Conviene señalar que aunque la edad constituye un elemento importante, se considera insuficiente como criterio aislado para evaluar, cuantificar y definir las necesidades de una persona anciana enferma. En el adulto mayor, las habilidades ya no deben ser obligatoriamente analizadas como simple sucesiones de acciones relacionadas con la eficacia de la personalidad y sus procesos, sino como unidades complejas, en cuya orientación intervienen valores, conceptos, emociones sentimientos, preferencias y otros, que se amalgaman entre sí para dar lugar a las vivencias encaminadas al logro de dicha eficacia.⁶

Todo lo antes expuesto fue el acicate para llevar a cabo esta modalidad de intervención, dirigida a identificar las características psicológicas de un adulto mayor (como un ejemplo específico) en estado de fragilidad con respecto a los indicadores: proceso histórico, redes de apoyo y expresión de afectos, con vista a establecer estrategias que coadyuvaran a mejorar su estado de bienestar biopsicosocial.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, que respondió a un paradigma cualitativo. El método utilizado fue el fenomenológico, el cual se centró en el estudio de las realidades vivenciales poco comunicables, pero determinantes para comprender la vida psíquica de cada persona. Teniendo en cuenta la estrategia de diseño de la investigación, se analizó el caso único de un adulto mayor en estado de fragilidad.^{8, 9}

Para concretar el objetivo se aplicaron las siguientes técnicas:

- Observación participante: Es un método interactivo de recogida de información, que requiere una implicación del observador en los acontecimientos o fenómenos que está observando. Se utilizó para obtener información del fenómeno tal y cómo este se produjo en la casa del adulto mayor cada vez que era visitado.

- Entrevistas a profundidad: El objetivo principal de esta técnica cualitativa es construir el sentido social de la conducta del individuo mediante la recopilación de un conjunto de saberes privados. Se aplicaron al adulto mayor, a su hermana y a la vecina que le lleva el almuerzo al anciano.
- Técnica de los 10 deseos: Se empleó porque permitía lograr información acerca de jerarquía motivacional, intereses, proyecto de vida, aspiraciones y posibles conflictos del sujeto. Se le aplicó al adulto mayor.
- Técnica de completamiento de frases Rother: Se utilizó con vista a obtener información sobre las vivencias, necesidades o esferas más importantes de su vida (actitudes, conflictos, necesidades, motivaciones, frustraciones, intereses, rasgos del carácter y autoestima). También se le aplicó al adulto mayor.
- Inventario de depresión rasgo-estado (IDERE): Posibilitó valorar los niveles de depresión del adulto mayor.

DESCRIPCIÓN DEL CASO ESPECÍFICO

Paciente de 64 años, sexo masculino, raza blanca, soltero. No tuvo hijos. Nivel escolar: universitario. Jubilado. Situación económica: Regular. Fumaba e ingería café, pero no así bebidas alcohólicas. Manifestó no tener creencias religiosas.

Se hallaba deprimido, lo cual atribuía a su discapacidad adquirida. Había seguido tratamientos y mejorado; pero desde hacía más menos 2 años se deprimió nuevamente y con mayor intensidad, pues ha envejecido, está solo y sin deseos de nada. Padece diabetes sacarina, hipertensión arterial y cardiopatía. A los 34 años sufrió un accidente vascular encefálico isquémico, del cual quedó como secuela una hemiplejía izquierda con discapacidad motora.

RESULTADOS POR TÉCNICAS

Observación

Desde el primer contacto se observó una actitud cooperativa por parte del anciano. En las sesiones de la mañana se encontraba solo, vestido adecuadamente y limpio. Fumaba ansiosamente y ante determinadas preguntas se quedaba pensativo, tomaba aire, se le humedecían los ojos y la facies se tornaba deprimida. En las visitas de la tarde y noche se le vio algo sucio y descuidado en su aspecto. Se relacionaba armoniosamente con su hermana y una vecina que le llevaba almuerzo al medio día.

Entrevistas a profundidad

Durante la realización de las diferentes entrevistas, el adulto mayor se mantuvo dispuesto a cooperar, respondió todas las preguntas formuladas, algunas con respuestas rápidas, otras con réplicas pensadas, con voz entrecortada, apagada, conteniendo las lágrimas; no obstante, en todo momento fue evidente su estado emocional depresivo, sentimiento de soledad, sufrimiento, frustración, angustia, inconformidad con el proceso morboso por el cual estaba transitando, así como necesidades de cambios en su vida (caminar, amar, ser amado y sentirse feliz, entre otras).

El anciano es graduado de Ingeniería eléctrica. Según refirió, su vida como educando se caracterizó por adecuado rendimiento académico, dinámica participación en las

actividades estudiantiles y armoniosas relaciones interpersonales, por lo que en ocasiones sentía nostalgia de esa etapa de su vida. Comenzó a trabajar una vez graduado y mantuvo una buena disciplina laboral; su labor le agradaba y se lleva muy bien con el colectivo de su centro de trabajo.

A los 12 años de servicio sufrió un accidente vascular encefálico isquémico, que al dejarle como secuela una hemiplejía izquierda con discapacidad motora, fue jubilado; sin embargo, aún no se ha recuperado, pues era muy joven cuando aquello y se encontraba en plena capacidad productiva.

Su familia, constituida por madre, padre y hermana, era armónica. Luego del fallecimiento de los padres quedó al cuidado absoluto de la hermana (57 años, soltera, sin hijos y nunca tuvo pareja). Mantiene buenas relaciones, pero al estar trabajando, él se quedaba solo el día entero y en su estado depresivo apenas se alimentaba; en ocasiones no se levantaba de la cama el día entero y tampoco se bañaba. Comenzó a bajar de peso, así como a descompensarse de la diabetes y tensión arterial, razón por la cual una vecina de 70 años, que lo conoce desde hace más de 4 décadas, lo visita de favor desde hace 2 meses en horario del mediodía para garantizarle el almuerzo.

Por esa situación, la hermana está solicitando una cuidadora a través del Estado para que se ocupe de atenderle todo el día. A veces no tomaba todos los medicamentos prescritos, pues ya estaba cansado de ingerir tantos, según su opinión al respecto. Afirmó sentirse mal en su casa, sobre todo cuando se encontraba solo, porque se deprimía; que necesitaba la compañía de alguien y que extrañaba mucho a sus padres, por la atención y el amor que recibía de ambos.

Hasta los 34 años tuvo relaciones con parejas no estables, de las cuales no tuvo hijos y nunca se casó ni tuvo. Al quedar discapacitado decidió no buscar más compañeras en la vida, pues consideró que nadie le iba a querer en ese estado; luego se arrepintió de haber tomado esa decisión, pero continuó soltero. Admitió que le hubiese gustado haber formado su familia, de manera que pensar en ello también le entristecía.

Siempre ha mantenido buenas relaciones con vecinos y compañeros de trabajo. Aseguraba haber contado con 2 grandes amigos: uno fallecido y otro residente en La Habana, lo cual dificultó la comunicación entre ellos. Recibía apoyo desde hacía alrededor de 2 meses de una vecina que le llevaba el almuerzo, como ya se dijo.

Opinaba que antes del accidente era una persona divertida, respetuosa y con buena conducta social; pero luego de hallarse en ese estado, había perdido la alegría, pues su vida se "truncó" y generalmente estaba deprimido.

Técnica de los 10 deseos

Aquí el adulto mayor reconocía la necesidad de cambio: "curarme", "caminar"; auto aceptación "aceptarme como soy"; afecto: "ser amado", "ser feliz"; además de poder contar con redes de apoyo: "tener a otra persona que me acompañe todo el día", lo cual revelaba la insatisfacción del anciano con su estado actual y su descompensación psicológica.

Test de completar frases

Se evidenciaba directamente la creencia, por parte del paciente, de que se hallaba psicológicamente enfermo; en este sentido quedaban explícitos su deseo de recuperarse y la falta de seguridad personal para lograrlo. Expresaba vivencias de frustración vinculadas con la esfera matrimonial y de temor en la esfera familiar, motivado por su preocupación acerca de que la hermana falleciera y se quedara completamente solo. Sus principales aspiraciones estaban relacionadas con la mejoría de su salud, sentirse bien, caminar, ser feliz...

La aplicación de esta técnica permitió constatar cómo el adulto mayor experimentaba una gran insatisfacción emocional, que en este caso podría estar indicando que sufría un estado depresivo.

Inventario de depresión rasgo-estado (IDERE)

Los resultados derivados de la aplicación de la técnica mostraron altos niveles de depresión como estado y rasgo, en este caso dados por valores de 58 y 72 puntos, respectivamente.

INTEGRACIÓN DE LAS TÉCNICAS

El adulto mayor en estado de fragilidad presentaba un inadecuado proceso histórico en relación con su estado de salud, puesto que en plena capacidad productiva, como consecuencia de un accidente vascular encefálico, se encontró en un estado de discapacidad que le limitó en la realización de sus actividades en sentido general: no trabajó más, no consiguió pareja, no tuvo hijos, no desarrolló vida social y contó con poca red de apoyo formal e informal, lo cual hizo que presentase vivencias subjetivas negativas, relacionadas con la nueva situación en que se hallaba, que le tenían insatisfecho emocionalmente, frustrado, con sentimientos de soledad y depresión.

El conocimiento de estas alteraciones permitió establecer estrategias de intervención, basadas en psicoterapia individual y familiar, entrenamiento en técnicas de relajación, tratamiento floral y valoración de su incorporación a la Universidad del Adulto Mayor, destinadas a proporcionarle un mejor estado de bienestar psicosocial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrasco García MR. Usted puede lograr una buena longevidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 2005.
2. Suárez Gómez C. Libro VII. Psicogerontología y envejecimiento saludable. Bibliografía complementaria. Maestría Virtual de Longevidad Satisfactoria [versión en CD-ROM] [consulta: 18 de septiembre de 2009].
3. Carrasco García MR. Fragilidad: Un síndrome geriátrico en evolución <<http://escuela.med.puc.cl/deptos/MedInterna/PDF/Fragilidad.pdf>>[consulta: 12 octubre de 2009].
4. Delgado Hernández W, Obando Hidalgo IM. Riesgos biopsicosociales en el adulto mayor <<http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/65/art3.htm>> [consulta: 12 de octubre de 2009].

5. Lluís Ramos GE, Llibre Rodríguez JJ. Fragilidad en el adulto mayor. Un primer acercamiento. Rev Cubana Med Gen Integr 2004; 20(4) <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_4_04/mgi09404.htm> [consulta: 18 septiembre de 2009].
6. Núñez de Villavicencio F. Psicología y salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2007.
7. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. Santiago de Cuba: Prograf; 2004.
8. Alonso Álvarez A. Estudio de caso. Selección de lecturas. La Habana: Editorial "Félix Varela", 2006.

Recibido: 14 de octubre de 2009

Aprobado: 21 de septiembre de 2009

MSc. Elena Jiménez Betancourt. Policlínico Docente "José Martí". Bloque L s/n
Centro Urbano "José Martí", Santiago de Cuba, Cuba
Dirección electrónica: bmartinez@medired.scu.sld.cu