

Mujer y envejecimiento. La mujer mayor. La mujer cuidadora

*Esto de los años, yo no lo entiendo;
Que aunque es bueno cumplirlos, no lo es tenerlos*

Isabel Gil Latorre

Jefe de Enfermería
Sanatorio Santa
María de Pontevedra

Tras la experiencia en el sector sociosanitario nos pasa un poco como a los versos de Francisco de Rojas Zorrilla, que nos cuesta entender lo de la edad y el envejecimiento.

Introducción

Cuando intentamos hacer una aproximación en torno al envejecimiento y a la mujer hemos de tener en cuenta los factores y la perspectiva desde la que miramos estos fenómenos. Siempre lo valoramos desde la óptica de la atención sociosanitaria, es decir no formulamos postulados sobre la mujer mayor, sino sobre la mujer mayor que es atendida o que necesita un centro sociosanitario. En segundo lugar y por esta misma razón hacemos valoraciones sobre mujeres que están enfermas o al menos convalecientes de un proceso de enfermedad que ha generado déficits tanto sanitarios con sociales. Y finalmente hablamos casi siempre de mujeres que han iniciado ya de forma inequívoca el proceso de envejecimiento y en muchos casos se encuentran en situaciones terminales del mismo.

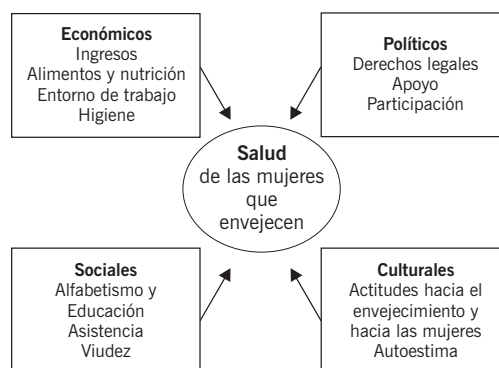


Figura 1.

La Figura 1 representa de una manera gráfica y global los factores que influyen en la salud de las mujeres que envejecen. Se trata de cuatro factores de los que habría que hacer un estudio completo para valorar adecuadamente y de manera multidisciplinar todo el complejo y amplio concepto de envejecimiento y mujer. En nuestro caso hemos valorado y solo de manera muy parcial aspectos de dos de los factores, del social y del económico y como decíamos anteriormente en un ámbito muy concreto.

Objetivos

Con este trabajo se pretende elaborar una aproximación a un posible perfil de mujeres que requieren atención sociosanitaria, para poder hacer previsiones de necesidades de recursos y poder valorar las demandas del tipo de atención requerida. También en el desarrollo de esta posible previsión queríamos ver la incidencia de estos factores en dos comunidades de mujeres realmente distintas que son las que proceden de zonas rurales y las que viven en medios urbanos. Así mismo queríamos dejar al azar posibles datos que surgiesen del cruce de los distintos grupos de mujeres, aunque ya advertimos de entrada que para este último objetivo la muestra es pequeña.

Muestra

125 mujeres, sin límites en las edades, que han sido ingresadas en un centro sociosanitario, en concreto en el Sanatorio Santa María de Pontevedra. El espacio de tiempo ha sido prácticamente de un año y no se han puesto otros criterios de exclusión que los de una estancia excesivamente breve, que podría haber modificado algunos de los datos de participación.

Edad

En la Figura 2, podemos apreciar ya un hecho claro y es que el segmento de población de mujeres que acuden a un centro sociosanitario está entre los 75 y los 90 años y un hecho ciertamente poco común, al menos en otros ámbitos territoriales como es la igualdad de porcentajes entre los segmentos de 65 a 70 y mayores de 90.

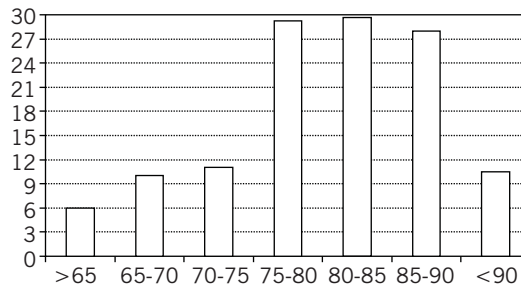


Figura 2.
Edad

Procedencia

Los datos relativos a la procedencia, pese a una mayor proporción de mujeres de origen urbano, están aparentemente igualados, cosa que también es bastante distinta de otros territorios, aunque quizá tenga que ver con datos demográficos distintos.

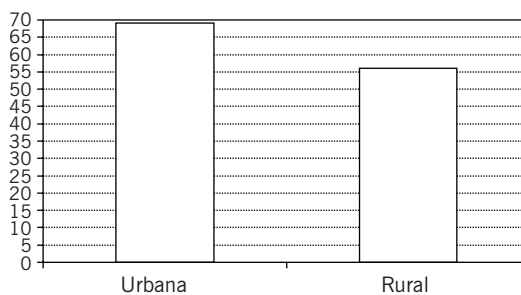


Figura 3.
Procedencia

Convivencia

Los datos relativos a la convivencia previa al ingreso se aprecian en la Figura 4 y sorprende claramente el escaso porcentaje de mujeres que viven con su cónyuge, cosa que es de alguna manera difícil de casar con los tipos de pensión percibidos por estas mujeres y que veremos en la siguiente Figura.

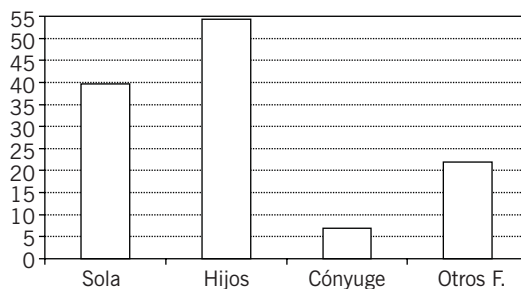


Figura 4.
Convivencia

Pensión

La primera apreciación de la Figura 5 y que hemos querido señalar en la misma diapositiva es la presencia de un 100% de mujeres que perciben pensión del tipo que sea, cosa que en principio aunque muy loable es realmente sorprendente. Por otra parte y haciendo referencia a la anterior diapositiva, sería de esperar que las pensiones de viudedad fuesen significativamente mayores que las otras, aunque obviamente estamos haciendo una especulación respecto a lo que significa el concepto anterior de "vivir con su cónyuge". En cualquier caso lo explicitamos porque de alguna manera también nos sorprende.

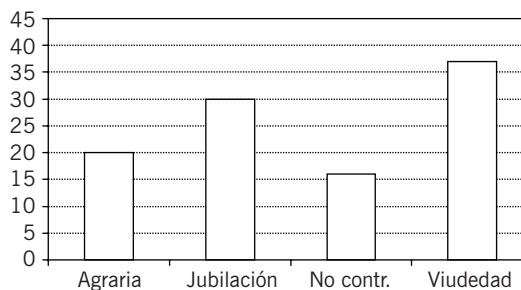


Figura 5.
Pensión

Diagnóstico

En el siguiente grupo de Figuras (de la 6 a la 10) veremos los diagnósticos de las mujeres atendidas, que no separamos entre principal o secundario. Sim-

plemente hacemos un recuento de los diagnósticos sin otras valoraciones. No se aprecian en este caso diferencias significativas con otros grupos de mujeres. Vemos la insuficiencia cardíaca con el porcentaje más elevado, seguido de la insuficiencia respiratoria (Figura 6).

- En este grupo (Figura 7) destaca la incidencia de patología de tipo social como diagnóstico así como de enfermedades y procesos crónicos.
- En este grupo (Figura 8) se puede apreciar el AVC como grupo de mayor incidencia y que a su vez es el diagnóstico más común de todos los grupos, cosa también coincidente con otros grupos de mujeres. Destaca la relativamente baja incidencia de fracturas de fémur, ya que es una patología corriente en la franja de edad de estudio y a veces las recuperaciones o rehabilitación requieren tiempos de ingreso suplementarios difíciles de asumir desde los centros de agudos.
- Destacamos también la escasa incidencia del cáncer en esta franja de edad, aunque también

puede deberse a no disponer de unidad concreta de cuidados paliativos, que generaría una mayor presencia de estas patologías (Figura 9).

- Destacamos en este grupo de diagnósticos (Figura 10) la incidencia también esperable de la demencia senil y de otras enfermedades relacionadas, pero con una mínima presencia.

Destino al alta

A destacar básicamente en este grupo el elevado número de exitus, aunque explicable por la elevada edad del grupo de pacientes que se estudian y probablemente por la gravedad de los procesos que son deriva-

Figura 6.
Diagnóstico
(Izda)

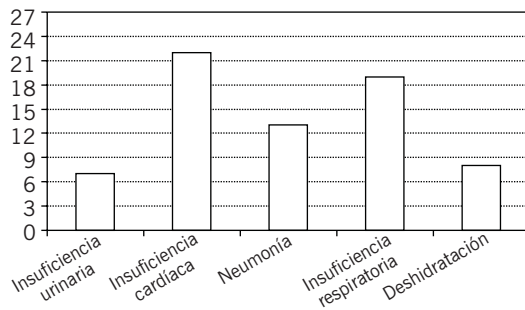


Figura 7.
Diagnóstico
(Dcha)

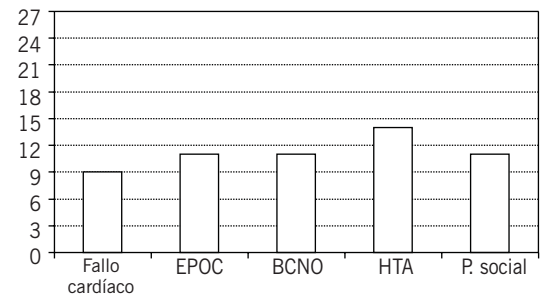


Figura 8.
Diagnóstico
(Izda)

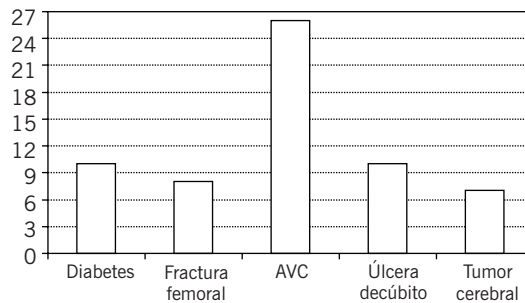


Figura 9.
Diagnóstico
(Dcha)

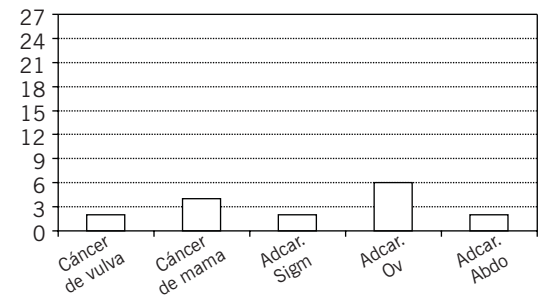


Figura 10.
Diagnóstico
(Izda)

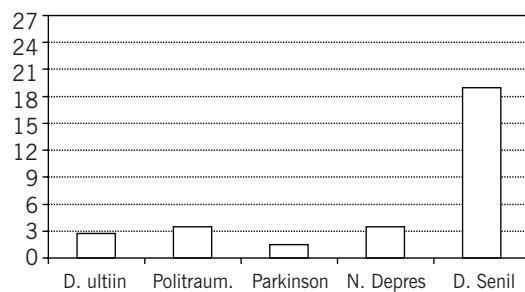
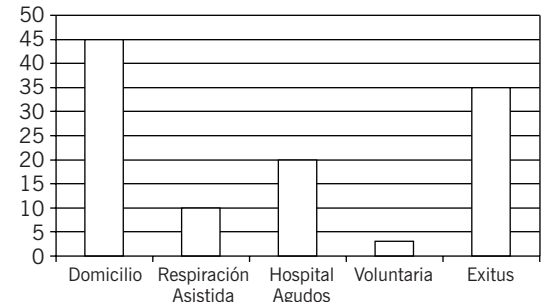


Figura 11.
Destino al alta
(Dcha)



dos desde los hospitales de agudos. Esto explicaría por otra parte el hecho del regreso o derivación ciertamente elevado a éstos hospitales de agudos. En general podríamos reflexionar al hilo de estos resultados de las necesidades o no de unidades en los hospitales de agudos que valoren los ingresos en centros sociosanitarios en función de grados de dependencia, gravedad, etc... No obstante este sería otro debate para otra mesa o simposio (Figura 11).

Actividades rehabilitadoras

En la Figura 12 destaca la elevada participación de las pacientes en actividades rehabilitadoras y sobre todo en fisioterapia, más si se tiene en cuenta que los diagnósticos de fracturas, traumatismos, etc, son pocos en porcentaje. Destaca en segundo lugar la participación en audiovisuales, que es una actividad algo más pasiva que las otras que requieren un mayor esfuerzo de participación.

Perfil

Finalmente y al hilo de los datos obtenidos podemos esbozar un perfil de la mujer del área de influencia del Sanatorio Santa María: tiene una edad entre 80 y 85 años, es decir es de una edad muy avanzada, vive en un ámbito urbano, aunque este es el dato que menos significación tiene en porcentaje de todos los que componen el perfil. Vive con alguno de sus hijos y cobra una pensión de viudedad, aunque también el dato de la pensión esta muy ajustado. Suele padecer una AVC en general aunque complicada con insuficiencia cardíaca y signos de demencia. Suele regresar al domicilio donde vivía antes del ingreso y en contadas ocasiones a otro centro residencial y tiene una cierta posibilidad de no recuperarse. Suele ser muy participativa en las actividades organizadas por el centro, principalmente en fisioterapia.

En la Tabla 1 queremos explicarles lo que nosotros hemos considerado tras el cruce de datos y de grupos de la muestra, como hallazgos con el apellido de significativos entre interrogantes. No hemos aplicado a los mismos ningún tratamiento estadístico porque entendemos que la muestra es pequeña y la territorialidad limitada. No obstante queremos dejarlos en el aire ni que sea para reflexionar un poco y si puede ser discutir sobre ellos. Este primer hallazgo es la longevidad de las mujeres procedentes de zonas rurales. Todas tienen más de 83 años.

- 40 mujeres son el total de mujeres que viven solas del total de la muestra. De éstas, 38 son procedentes de zonas rurales y sólo 2 mujeres de las procedentes zonas urbanas viven solas.
- El total de las mujeres que fueron a una Residencia Asistida después de ser dadas de alta son de origen urbano. Hay que decir que 9 mujeres no son demasiadas para hacer ninguna valoración, pero no deja de ser un dato más.
- Bien, es un dato que no interpretamos de ninguna manera ni tenemos una explicación clara.

Este dato de participación en actividades nos hace pensar que las pacientes procedentes de zonas rurales se adaptan más a trabajos de tipo manualidades, etc., que las procedentes de zonas urbanas.

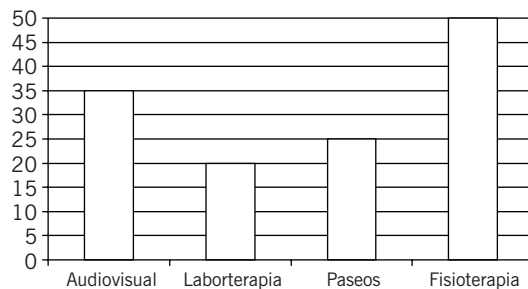


Figura 12. Actividades rehabilitadoras

Hallazgos... ¿significativos...?	
Edad	De las 56 mujeres procedentes del ámbito rural ninguna de ellas tiene menos de 83 años.
Convivencia	De las 40 mujeres mayores que viven solas, 38 son originarias de zona rural.
Destino al alta	Las 9 mujeres mayores que fueron derivadas a una Residencia Asistida eran originarias de zona urbana. Casi el 70% de los Exitus corresponden a mujeres de origen urbano.
Participación en actividades	El 90% de las participantes en Laborterapia son procedentes de zona rural. En contrapartida casi el 80% de las mujeres que salen de paseo por la ciudad son de origen urbano

Tabla 1. Hallazgos

En relación a la anterior diapositiva podríamos decir que los paseos por la ciudad son obviamente patrimonio de las enfermas de origen urbano.

Conclusiones

Ya para concluir podemos decir en primer lugar que es necesario seguir con el estudio durante un tiempo considerablemente más largo por un lado para que la muestra sea mayor y por otro para ver la evolución de la atención sociosanitaria en la zona, pues todos los inicios de una actividad pueden conllevar desviaciones serias en algunos de los factores que hemos sometido a estudio y podrían llevarnos a que esos

hallazgos que entre interrogantes poníamos como significativos, ni tan siquiera los sean así (entre interrogantes). Los grupos de datos a cruzar serán más amplios y por lo tanto se podrían aplicar tratamientos estadísticos adecuados para ellos.

Las patologías de los diversos grupos no ofrecen diferencias, aunque siempre hablamos de grupos cortos que puedan hacer fiables estos datos.

Es posible que las mujeres procedentes de zonas rurales dispongan de cierta mayor autonomía en el desenvolvimiento diario y se intuye una mayor longevidad y sobre todo un índice más bajo de mortalidad al menos por lo que se refiere a nuestro centro. No nos atrevemos a recomendar irse a vivir a zonas rurales, pero...