

ARTÍCULO ESPECIAL

Nuestros ancianos se vuelven itinerantes

L. Sánchez Beiza^a y F. Sánchez del Corral^b

^aEspecialista en Medicina de Familia y Comunitaria. ^bEspecialista en Geriátrica y Medicina de Familia y Comunitaria.

Palabras clave: Ancianos itinerantes; Geriátrica; Relación médico-paciente.

Oímos por doquier que la población española está envejeciendo dramáticamente, en parte como consecuencia de la mayor expectativa de vida de varones y mujeres. Y es así como en algunas comunidades la pirámide de población adquiere una figura invertida a la de hace 30 años y la base sigue estrechándose peligrosamente. Sabemos, sin embargo, que esta evolución demográfica no es sólo debida a la ganancia en años de vida, sino que también es la expresión de profundos cambios en la estructura de la familia española: la mujer va conquistando el mercado laboral y profesional, la nupcialidad se ha retrasado, la edad del primer hijo se ha hecho más tardía, cada familia tiene menos hijos, e incluso hay muchas parejas que deciden no tenerlos. El continuo descenso de la tasa de fecundidad, que no alcanza al recambio generacional, es desde hace algún tiempo motivo de preocupación para algunos políticos.

Por otra parte, en décadas recientes, grandes poblaciones se han desplazado de las zonas rurales hacia las ciudades en busca de trabajo.

La tendencia que estos fenómenos han originado en la estructura socio-demográfica se ha ido acentuando en los últimos 20 años y no parece que vaya a cambiar en los lustros venideros.

El desarrollo de la sanidad española deberá contemplar este envejecimiento de la población, ya que el futuro puede ser especialmente difícil si las previsiones en materia de política sanitaria no se adecuan lo suficiente a esta nueva realidad.

Y mientras se produce la respuesta política y, en consecuencia, de las instituciones públicas, la familia española sigue en la mayoría de los casos

velando por sus ancianos. Sin embargo, existe una pérdida del reconocimiento sociocultural que antaño tenían éstos y las personas que cuidaban de ellos.

Así, hemos visto intensificarse en los últimos años una nueva manera de asistir a los mayores que no pueden valerse por sí mismos para su vida en su domicilio habitual.

Cuando los ancianos pierden su capacidad para vivir solos se ven obligados a hacerlo con sus hijos. Sin embargo, es habitual que la familia, dados los cambios antes mencionados, encuentre dificultades en el momento de hacerse cargo de padres y abuelos. Se produce entonces un desesperado «reparto del anciano» por meses entre los distintos hijos.

El anciano solo o con su pareja debe resignarse a una nueva situación: la de una migración continua dentro de varias familias: un mes o dos en casa de cada hijo.

Y es así como estos ancianos, que presentan problemas de salud severos o que tienen secuelas invalidantes y casi siempre un incremento de los síndromes y trastornos que les ocasionan dependencia y que les hacen perder la capacidad para vivir de forma autónoma, se ven abocados a una nueva condición: la de ser *ancianos itinerantes* o *ancianos golondrina*^{1,2}.

Otras veces las migraciones de los mayores son estacionales; en este caso, mucho menos dramático que los anteriores, suele tratarse de ancianos que acuden al domicilio de un familiar, normalmente un hijo/a, durante los meses de invierno/verano, buscando un clima más benigno o ante el deterioro puntual del estado de su salud o la de su pareja. El resto del año viven en su propia vivienda, a menudo situadas en el medio rural y carentes de las comodidades suficientes para albergarlos confortablemente.

No es difícil imaginar el esfuerzo de adaptación de estos pacientes en cada rotación, ya que este «reparto» agrega a su condición de mayores con alguna invalidez para la vida cotidiana la fragilidad que supone un cambio continuo de domicilio.

Al pasar de la vida independiente a la *vida-dependiente-de-varias-familias*, el anciano pierde muchos de sus puntos de referencia afectivos, emocionales; pierde su pueblo o su barrio, su paisaje y sus amigos. En muchos casos se siente una carga para la familia.

La lista de problemas que se añaden al paciente suele ser larga³: desarraigo de su modo de vida y de su entorno, problemas de adaptación a la familia con que debe convivir y viceversa, dificultad para el profesional sanitario en el seguimiento de la evolución del paciente y de su tratamiento, conflicto entre los hijos por el reparto de atención al anciano, falta de preparación de la familia sobre la manera más adecuada de cuidar de personas mayores dependientes, a menudo las estancias son muy cortas en cada domicilio, en algunos casos sufren agresión en el área afectiva, falta de libertad, no se tienen en cuenta sus deseos, al anciano no se le pide opinión para tomar decisiones en cada casa, la familia que lo acoge puede tener problemas en su situación económica y/o afectiva y las viviendas no siempre reúnen las condiciones necesarias.

Conviene resaltar que no todas son desventajas. Aun en su condición de itinerante, el anciano recibirá cuidados de un familiar y estará más tiempo en el seno de la familia rodeado de hijos y nietos. Por otra parte, la contrapartida más evidente es que se retrasa y a menudo se evita su institucionalización.

El médico y la enfermera que los atienden en cada «cambio de domici-

(Aten Primaria 2000; 25: 331-332)

lio» deben realizar especiales esfuerzos para recomponer una historia clínica que difícilmente es breve y sencilla. Posiblemente, desde la última vez que visitaron a ese paciente, meses atrás, se han producido novedades en su estado de salud y el tratamiento ha sido modificado en otra consulta de atención primaria o en un ingreso hospitalario. No siempre se pueden aclarar las causas de los cambios. La información sobre los antecedentes o problemas de salud puede quedar a la deriva o depender de la memoria del cuidador de turno. Los cuidados sanitarios se vuelven en muchos casos azarosos, como cada uno de nosotros seguramente ha comprobado en su propia consulta.

En algunos casos, en el momento de partir hacia un nuevo y temporal destino, el sanitario rellena buena parte una hoja con el tratamiento que deberá seguir el enfermo, en un intento de garantizar una continuidad de atención en el futuro inmediato. Sin embargo, esto no ocurre en la mayoría de los casos.

Una forma de abordar estos problemas puede ser el proporcionarles un documento sanitario que contenga en forma clara, aunque muy resumida, su valoración geriátrica, sus problemas de salud, los tratamientos y *cuidados* de enfermería que precisen, así como los cambios más importantes que se produzcan en su estado de salud.

Con ese objetivo, un grupo de enfermeras y médicos hemos trabajado en los últimos años en un intento, que esperamos exitoso, de ayudar a estos mayores itinerantes. Para ello hemos diseñado 2 documentos: un «Informe sobre el estado de salud para pacientes con cambio de domicilio habitual» y un tríptico: «Ayudar al anciano que vive en varias casas y a su cuidador», con el que facilitar la educación sanitaria de los familiares de estos ancianos, en especial del cuidador/a principal. Además de ayudar al propio anciano, nos planteamos otros 2 objetivos: facilitar al cuidador/a su tarea, en muchos casos, solitaria y contribuir a mejorar la atención que las enfermeras, los médicos y los servicios sociales puedan prestar a estos frágiles pacientes. Este «Informe de salud» contiene la información mínima que debería siempre acompañar a un paciente mayor que cambia de domicilio y que está contemplada en

la valoración geriátrica integral: *a)* alergias y vacunas; *b)* problemas de salud; *c)* causas de inmovilización domiciliaria; *d)* medicación crónica, y *e)* los tests geriátricos de uso más generalizado en nuestro país que valoran la capacidad funcional y para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel), el deterioro cognitivo (Pfeiffer) y el área afectiva (Yesavage).

El documento mide 18 x 25 cm y está contenido en una carpeta azul, con hojas amarillas en su interior, que facilita su reconocimiento si el enfermo o su cuidador tienen déficit visuales. Se completa con hojas de SOAP renovables según las necesidades.

Los diversos profesionales pueden dejar registrado su nombre y teléfono para facilitar la consulta desde otros centros de salud.

Antes de proceder a su utilización en varias áreas sanitarias de Madrid hemos procedido a realizar 2 pilotajes en varios centros de atención primaria de la zona norte de esta comunidad durante 1997 y 1998. Los resultados del segundo pilotaje fueron presentados en el XVIII Congreso Nacional de la SEMFYC⁴ y en el IX Congreso de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria.

Tras esos períodos de prueba, valoramos también el grado de aceptación y reconocimiento que los ancianos o sus cuidadores hacían del «Informe de salud». Los resultados obtenidos nos impulsaron a seguir adelante con el proyecto.

Las sugerencias de diversos profesionales nos permitieron introducir valiosas modificaciones en ambos documentos con el fin de hacerlos más sencillos, más fáciles de usar, sin perder la información imprescindible que debería siempre acompañar a un anciano en cualquier desplazamiento.

El paso siguiente fue su presentación a los responsables del Programa del Anciano, a los directores médicos y de enfermería, así como a diversos profesionales de las 11 áreas sanitarias de Madrid.

Asimismo, enviamos ambos documentos a profesionales de reconocido prestigio y representativos de la geriatría, la medicina general, la medicina de familia y a las sociedades que engloban a los trabajadores sociales y a las enfermeras que desarrollan

su tarea en atención primaria. De todos ellos nos *interesó* su opinión y de algunos escuchamos valiosas sugerencias.

En enero de este año la Dirección Territorial del INSALUD apoyó el comienzo de su utilización, tras la primera edición de ambos documentos, en todas las áreas de Madrid.

A lo largo de este año el INSALUD proyecta extender su implantación a todo su territorio.

Sabemos que todos los especialistas en geriatría y los gestores del sistema sanitario público coinciden en que es conveniente mantener al anciano en el ámbito familiar con la más alta calidad de vida posible⁵.

Debemos facilitar, por lo tanto, el «apoyo informal» dentro de la familia, favorecer la atención domiciliaria y garantizar la calidad en la asistencia ambulatoria de los ancianos itinerantes.

Estamos convencidos que algunos de los problemas derivados de la condición de desplazados que presentan estas personas se verán así mitigados o solventados.

Esperamos que este proyecto que hemos desarrollado tenga una acogida favorable y que su utilización contribuya, no sólo a proporcionar una mejor atención de estos pacientes, sino a sensibilizar a los profesionales y a la Administración sobre la problemática tan peculiar que entraña la atención a estos pacientes.

Bibliografía

1. Sánchez Beiza L. El abuelo golondrina. *Jano* 1996; 50: 1162.
2. Sánchez Beiza L, Cubero González P, Gutiérrez Teira B, Jolin Garijo L, Garcés P. El anciano golondrina: una propuesta de atención sociosanitaria. *Dimens Hum* 1998; 2 (4): 17-25.
3. Fernández G, Ursúa ME, Martínez A, Buil P. Problemas de los ancianos que se desplazan periódicamente a vivir con diferentes familiares. *Centro de Salud* 1997; 9: 568-572.
4. Sánchez Beiza L, Almeida Quintana L, Uranga Gómez A, Sánchez del Corral F, Selles de Oro B, García Morato S. Informe geriátrico para el anciano golondrina. Valoración de su aceptación en atención primaria (comunicación). XVIII Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria. Zaragoza, 1998.
5. Grupo de Trabajo del Anciano de la semFYC. Atención al Anciano. Madrid: semFYC, 1997.