

Adultos mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado^a

María del Carmen Zea Herrera^b, Berena Patricia Torres Marín^c

RESUMEN

A la luz de la teoría de las transiciones durante la hospitalización: ingreso-estancia-egreso, hay momentos propicios para orientar al enfermo y a la familia sobre el cuidado y su continuidad en casa. **Objetivo:** Describir el proceso de transición del cuidado del hospital a la casa de adultos mayores dependientes. **Metodología:** Etnografía enfocada. Se realizaron 30 entrevistas semi-estructuradas a adultos mayores, familiares suyos y profesionales de cinco instituciones de salud, públicas y privadas. En los municipios de Medellín, Bello y Rionegro, Antioquia-Colombia se llevaron a cabo 25 observaciones participantes en 9 salas hospitalarias y los datos fueron analizados manualmente siguiendo los lineamientos etnográficos. **Resultados:** Se destacó la temática *Adultos mayores enfermos y su familia: mucho más que la enfermedad*. En ella se describieron el sentir de las personas como sujetos que requieren un cuidado integral, y las relaciones que establece el personal de enfermería con los enfermos, la objetivación del sujeto de cuidado por la pérdida de la interacción entre la persona enferma y la persona cuidadora, y la forma como se realiza la transición del cuidado entre el hospital y la casa en estas instituciones de salud. **Conclusiones:** El adulto mayor es dado de alta sin haberle brindado el conocimiento sobre cómo continuar el cuidado en casa. Es necesario que el personal de salud asuma de manera real la transición del cuidado hospital - casa.

Palabras clave: *Adultos mayores, cuidado, cuidado de enfermería, transición del cuidado, dependencia en el cuidado, hospitalización.*

Cómo citar este artículo:

Zea MC, Torres BP. Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado. Invest Educ Enferm. 2007; (25)1: 40-49.

Recibido: 20 de enero de 2006

Envío para correcciones: 14 de febrero de 2007

Aprobado: 14 de marzo de 2007

INTRODUCCIÓN

En el año 2000, la población mundial de personas mayores de 60 años era de 600 millones y la proyección para el año 2050 es de 2.000 millones¹.

En América Latina, en el año 1998, la proporción de grupos mayores de 60 años representaba un 8% del total de la población, mientras se proyecta para el año 2025 que este grupo sea el 15% del total¹.

En Colombia, en el año 2003, eran personas mayores de 60 años² el 7.3% de la población total, y el 7.6% en el Departamento de Antioquia.

En la ciudad de Medellín, según datos de Cardona, Estrada y Agudelo³, la esperanza de vida al nacer, a mediados del siglo xx era de 60 años; para el año 2005

a Este artículo es producto de la investigación: *La transición del cuidado entre el hospital y la casa en ancianos dependientes, financiada por el Comité para el Desarrollo de la Investigación –CODI–, Universidad de Antioquia, iniciada en el año 2002 y terminada en el 2004.*

b *Enfermera, Especialista en Rehabilitación. Docente Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: carmenzea@tone.udea.edu.co*

c *Antropóloga, Magíster en Salud Colectiva. Docente Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: berena@tone.udea.edu.co*

Care transition for hospitalized dependent aged persons

María del Carmen Zea Herrera, Berena Patricia Torres Marín

será de 73.2 años. El índice de dependencia senil para la ciudad era de 11,2%, es decir, por cada 100 personas económicamente activas, existían 11 personas de 65 años y más consideradas población económicamente inactiva.

En el siglo XX se produjo un aumento histórico de la longevidad humana. La civilización ha llevado a adelantos científicos y tecnológicos, que unidos a la disminución en las tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad, han originado el fenómeno actual, donde coexisten tres o cuatro generaciones en buenas condiciones físicas y mentales, como lo planteó el Comité preparatorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, realizada en Madrid en el año 2002 (observaciones no publicadas). Las proyecciones demográficas indican un marcado incremento en el número de adultos mayores en todos los países del mundo para los próximos años. Esto significa el consecuente aumento de las enfermedades crónicas, degenerativas, discapacitantes y, por ende, el aumento en consultas y hospitalizaciones de este grupo de población.

Adulto mayor y envejecimiento:

Si consideramos el envejecimiento como una etapa adaptativa y evolutiva normal del proceso vital de los seres humanos, no involutiva como cultural y socialmente se cree, podemos decir que no todos los cambios normales del envejecimiento son enfermedad⁴. Según Kane⁵, el envejecimiento es un proceso universal, dinámico, acumulativo, irreversible, con componentes físicos, psíquicos y sociales. Es la suma de todos los procesos que se presentan en el ser humano con el paso del

ABSTRACT

According to the theory of transition during the hospital entry-stay-leave sequence there are favorable moments to guide the sick person and his family about care and its continuity back home. **Objective:** To describe the transition process from hospital care to the dependent aged person house. **Methodology:** Focused ethnography. Thirty semi structured interviews were performed with aged people, relatives and professionals from five public and private institutions. In Medellín, Bello and Rionegro (Antioquia, Colombia) 25 participating observations were performed in 9 hospital wards and data was manually analyzed according to ethnographic guidelines. **Results:** The “*sick aged people and their families: Much more than the illness*” theme was highlighted to describe how people feel they are subjects demanding integral care rather the “patients”; the cared subject objectivation of the interaction loss between sick person and caring person and how the transition between hospital and home took place. **Conclusions:** The aged person leaves hospital without knowledge about how to follow the treatment at home. Accordingly it is necessary that the caring personnel give adequate consideration to the hospital-home care transition process.

Key words: *Aged persons, care, nursing care, care transition, care dependence, hospitalization.*

tiempo, que conducen al deterioro funcional, a mayor vulnerabilidad y a la muerte, y que está determinado por tres factores: el envejecimiento propiamente dicho, consecuencia natural del paso de los años, la enfermedad y el desuso.

La Organización Mundial de la Salud —OMS—⁶ clasifica al anciano por la edad y por el grado de desarrollo del país; es así como propone, para los países desarrollados un límite de 65 años o más, y para países en desarrollo, 60 años o más. Para esta investigación, nos acogimos al criterio de la OMS.

Cuidado: “Cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle”⁷. El cuidado es el objeto de estudio y de la práctica de enfermería y, según los postulados de Meleis⁸, cuatro características importantes determinan su

perspectiva: la naturaleza de la enfermería como una ciencia humana, sus aspectos prácticos, las relaciones de cuidado que enfermeras y pacientes desarrollan y la orientación de salud y bienestar.

Según Peplau⁹, la enfermería es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal en el cual los pacientes hospitalizados deben estar en contacto con las enfermeras durante un período de tiempo mucho mayor que con cualquier otro profesional de los servicios de salud.

El cuidado es una forma de interacción, cuyos motivos y fines se encuentran en el horizonte de la salud y la enfermedad; los problemas, intereses y necesidades en estos procesos son los que definen el inicio de la interacción¹⁰, que busca satisfacer una necesidad individual o colectiva; es una actividad con un objetivo social: cuidar.

Benner y Wrubel expresan: “cuidar, o tomar contacto, es el elemento esencial de la relación enfermera-cliente (...) y la capacidad de la enfermera para empatizar o ‘sentir desde’ el paciente, representa la principal característica de las relaciones profesionales”¹¹, y para Leininger, los cuidados profesionales enfermeros son: “Todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados (...)”¹². Esto significa que la praxis de la enfermería está soportada en una interacción humana con la persona enferma y con su familia para que se apropien del cuidado de sí y el cuidado del otro.

En contraste con estos postulados se encuentra que “ en los servicios de salud, los profesionales en enfermería realizan actividades rutinarias sin cuestionar sus fundamentos, y sin que medie una reflexión sobre el punto de vista desde el cual operan” y añade: “La enfermera colabora con el personal médico y con otros miembros del equipo multiprofesional en salud, ella tiene una función social qué realizar, una función independiente, que no es tan clara ni para el público en general, ni para las mismas profesionales”¹³. Lo anterior da cuenta de que existe una brecha entre el ideal o deber ser y la realidad del desempeño profesional de las de enfermeras.

El Consejo Internacional de Enfermería⁴ (CIE), en relación con la atención de enfermería a las personas mayores, afirma: “Las enfermeras, en colaboración con las familias y con otros profesionales de salud, tienen una función clave que desempeñar en los cuidados a las personas mayores.”¹⁴, máxime si este adulto está hospitalizado y depende de otro(s) para sus cuidados.

Dependencia en el cuidado: Con el aumento de la edad, tarde que temprano, y , según los factores personales y sociales que influyen en el envejecimiento, se presenta la enfermedad crónica como “el estado alterado de la salud que no se resuelve con terapia médica en un corto plazo, ni por procedimientos quirúrgicos; produce múltiples incapacidades y el paciente no se recupera completamente de su condición”¹⁵. La enfermedad crónica va deteriorando paulatinamente hasta llevar la persona a un estado de dependencia. “Estos problemas requieren múltiples fuentes de cuidado y apoyo (familiar, de enfermería, rehabilitación, ayuda psicológica, de trabajadores sociales, entre otros)”¹⁶.

La dependencia en la vejez se expresa de manera funcional, económica, social y psíquica, y la dependencia funcional, a su vez, en limitaciones parciales que dificultan el cuidado de sí y generan el estigma de discapacidad. Para Baltes¹⁷, la dependencia es un estado en el cual la persona es incapaz de existir o funcionar de manera satisfactoria sin la ayuda del otro, criterio de dependencia al cual nos acogemos en esta investigación. Aplicamos el índice de Katz⁶ para evaluar las actividades básicas de la vida diaria, y la escala de Lowton y Brody¹⁸, que mide las actividades instrumentales de la vida diaria.

La Transición: Afaf Meleis^{19,20}, autora de la teoría de las transiciones, define la transición como el paso de una etapa, condición o estado de la vida a otra, y el resultado de la interacción entre persona y medio ambiente, que implica cambios en el estado de salud, relación de los roles, expectativas, habilidades y demandas, exige grados de responsabilidad, lapsos de tiempo; este proceso tiene tres momentos: entrada, paso y salida; se caracteriza porque las personas alcanzan niveles de estabilidad y crecimiento frente a los sucesos que deben afrontar. Esta investigadora, quien afirma que la contribución de enfermería es alcanzar la meta desde y hacia el bienestar, trabaja en profundidad la naturaleza, condiciones y patrones de la transición. Para ella, la enfermería tiene hoy una posición estratégica y la capacidad de producir la diferencia cualitativa en la atención en salud, situación posible, entre otros, gracias al desarrollo de la disciplina y al surgimiento de una tradición investigativa. Con respecto al alta, esta autora afirma que el criterio de enfermería es importante toda vez que permite identificar si el paciente y la familia están en condiciones de cuidarse por sí mismos y subraya la importancia de realizar seguimiento de los pacientes que egresan: visitas domiciliarias; ofrecer disponibilidad de enfermería; llamadas telefónicas, movilizar sistemas y redes de apoyo²¹.

Se ha adoptado la teoría de transiciones de Meleis como base conceptual para conocer los procesos de interacción del adulto mayor y de su familia con el personal de salud en el ámbito hospitalario durante el ingreso, la estadía y el egreso. Concebimos la transición del cuidado del hospital a la casa del adulto mayor con dependencia en el cuidado, como el traspaso de las informaciones, educación, entrenamientos y actividades que realiza enfermería en el ámbito hospitalario, para que el enfermo y sus cuidadores familiares adquieran elementos que puedan ser aplicados en el ambiente domiciliario, garantizando su calidad y la continuidad en el cuidado.

Acerca de la participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado, un estudio realizado con 265 acompañantes de pacientes hospitalizados en el mismo medio que el nuestro, encontró que el 83 % manifestó no haber recibido ningún tipo de educación y señaló que, “de acuerdo con estos resultados es posible afirmar que la interacción del personal de enfermería con los acompañantes es muy poca, lo que muestra que en la cotidianidad de la vida hospitalaria, la familia es frecuentemente olvidada, o se tiene en cuenta sólo de manera parcial; esta omisión limita las posibilidades de brindar educación a las familias y establecer un canal de comunicación efectivo entre el equipo de enfermería, el paciente y los integrantes de la familia”²².

El objetivo de este estudio es describir el proceso de transición del cuidado del hospital a la casa de adultos mayores con dependencia en el cuidado, de tal manera que tanto las enfermeras y los profesionales de las instituciones de salud, como las unidades académicas conduzcan procesos tendientes a mejorar o mantener la calidad y continuidad del cuidado, aún más cuando se vislumbra un aumento de la población envejeciente.

METODOLOGÍA

El estudio utilizó el método etnográfico enfocado²³, que para nuestro caso describe un grupo específico. La información se

obtuvo en nueve salas generales de hospitalización, atención de medicina interna, quirúrgica y neurología clínica, de los municipios de Medellín, Bello y Rionegro.

Siguiendo los lineamientos de Pardo²⁴, se seleccionaron las personas que fueran representativas para este estudio: adultos de 60 o más años, hombres y mujeres dependientes en el cuidado; familiares de los adultos mayores hospitalizados, auxiliares, profesionales de enfermería, y personal médico que laboraban en las salas de hospitalización.

Para Minayo²⁵, lo importante no es establecer el número de personas o casos que se van a estudiar, lo primordial es profundizar en la comprensión que el grupo social tiene de la temática que estudiamos. Una muestra ideal es aquella capaz de representar la totalidad en sus múltiples dimensiones. Con este criterio se realizaron 30 entrevistas semiestructuradas a adultos mayores, familiares y personal de salud con el fin de obtener el punto de vista *emic*, es decir la visión del proceso de transición que tienen los participantes²⁶. Según Folguera²⁷, este tipo de entrevista permite avanzar en el conocimiento de aspectos que no son perceptibles con facilidad, en tanto Taylor y Bogdan²⁸ afirman que, gracias a su flexibilidad, permite entender perspectivas de los informantes respecto a sus vidas y experiencias, expresadas en sus propias palabras.

Teniendo en cuenta que la observación es el método principal en la tradición etnográfica²⁹, se efectuaron 25 observaciones participantes con un mínimo de intervención³⁰, para un total de 150 horas registradas en diarios de campo, en las que se tuvieron en cuenta entregas de turno de enfermería, rondas médicas, atención directa, actividades educativas, ingresos, estancias hospitalarias, egresos, visita de familiares, revisión de historias clínicas, kárdex, formatos y documentos institucionales.

El procesamiento de los datos se hizo de forma manual; se realizó una lectura cuidadosa para familiarizarnos con los datos y encontrar algunos conceptos que nos ayudaran a dar sentido a lo documentado de una forma analítica²⁷, también se compararon y relacionaron los hechos que se daban en las diversas instituciones, salas de hospitalización de adultos, personal de los servicios y usuarios, para encontrar elementos estables y diversos; la literatura técnica fue cambiando en el transcurso de la investigación contribuyendo al proceso analítico, en el que se destaca una conceptualización: *Los adultos mayores enfermos y su familia, mucho más que la enfermedad*. En nuestro caso se dio por finalizada la recolección de la información cuando se obtuvo una profundización en la comprensión del tema estudiado por los participantes: la transición del cuidado del hospital a la casa.

La investigación fue presentada en los Comités de Investigación o de Ética de las Instituciones. Se tuvieron en cuenta los principios éticos básicos planteados en el Informe Belmont³¹, referidos al respeto, la beneficencia - no maleficencia y la justicia. En nuestro estudio todas las personas fueron tratadas como iguales, teniendo en cuenta su participación voluntaria. Además, se consideró la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia³², referida a las normas científico-técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se

informó a los participantes acerca de los objetivos de la investigación y se les pidió consentimiento verbal para las observaciones y la firma para las entrevistas, tal como lo plantea González³³. Se les explicó que la información se manejaría con total confidencialidad y que todo lo expresado sería usado únicamente con fines investigativos sin mencionar nombres; los testimonios aparecen reportados con el número de la observación, así (O.1) y se utilizaron nombres ficticios para proteger la identidad. Se ha hecho devolución de los resultados a las instituciones participantes y se ha presentado a pares académicos en diversos eventos nacionales e internacionales con el fin de verificar los datos y darles mayor confiabilidad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los adultos mayores enfermos y su familia: mucho más que la enfermedad

Durante el estudio se encontró que el adulto mayor y su familia reclaman tácitamente del personal de salud, y en especial de enfermería, un reconocimiento humano y una comprensión de su ser con sus necesidades, satisfacciones o insatisfacciones, miedo y temor al desenlace de la enfermedad, al aspecto económico de la hospitalización, a la separación de su espacio familiar y al trato recibido por parte del personal, tal como se aprecia en el marco émico 1.

La seguridad para los adultos mayores está representada en escenarios, prácticas y personas que les son conocidas; al ingreso a una institución hospitalaria la vida cotidiana se altera, no sólo se ve afectada la salud, sino también la libertad, la independencia, la privacidad y la autonomía³⁴. La estancia genera sensación de secuestro, incertidumbre, incapacidad para comprender acontecimientos, sentimientos de soledad, indefensión y la obligatoriedad de vivir situaciones adversas³⁵. Algunos adultos mayores estaban siempre en silencio, como una forma de expresar sus sentimientos, sensaciones de dolor, miedo, negación, rabia o soledad; en algunos casos se mostraban desorientados, no reconocían personas, tiempos o espacios, situación que ciertas veces fue interpretada como parte de la patología. Con frecuencia se olvida el malestar que pueden causar en el adulto mayor realidades como la circulación de un gran número de profesionales a su alrededor, la falta de comprensión de su

Marco émico 1

Sentimientos y necesidades del enfermo y de su familia

Código: Entrevista u observación	Testimonio
(O. 23)	La acompañante de una paciente cierra la puerta de la habitación para echarle una pomada en la región glútea. Llega una auxiliar de enfermería y exclama: -Ustedes se encierran. La anciana responde: -Es que me da pena. La auxiliar dice: -¡Será que no tiene lo mismo de todas nosotras, sólo que unas la tenemos más grande!
(O.21)	Le dice la auxiliar de enfermería a la paciente: -A ver Ana ¿de que se queja?...¿le está doliendo el alma como en la canción?... ¿Cierto que usted es muy contemplada?"
(O.17)	El paciente a la auxiliar de enfermería en la habitación: -Hágame usted el cateterismo... es que uno viejo.... La auxiliar le explica el procedimiento del autocateterismo. El paciente lo realiza con dificultad y con poca técnica aséptica. Ella sale al puesto de enfermería y comenta con sus compañeras: ¡Tan vivo Don Guillermo! ya quería que yo le hiciera el cateterismo...
(O.16)	En una ronda médica el paciente al doctor: -Usted, doctor, es el que sabe ...estoy en sus manos"
(O.17)	Un paciente: -Yo ya no puedo vivir solo... ¿cuál va a ser el final de mi vida en una silla de ruedas?¿de qué voy a vivir?
(O.18)	Un paciente: -Yo quiero que me operen rápido, así me vaya de cajón, descanso mejor si me muero. Yo no le tengo miedo a la muerte
(O.20)	Relata un enfermo: -Llevo un año aquí –en el hospital– y tempero en la casa. Me siento muy solo. Cuando uno se enferma ya no es nadie, pero ahí se va enseñando uno
(O.9)	Una acompañante acaricia a la anciana el rostro, el cabello, le habla con cariño
(O.11)	La acompañante le hace masajes con crema al paciente en miembros inferiores, le acaricia la cabeza, lo recuesta en su pecho
(O.23)	La acompañante –hija– lee una oración; rezan juntas, luego sale de la habitación y regresa con la oración del Espíritu Santo, también se la lee.
(O.23)	Nos refiere una paciente: -Aquí, en semana, es muy maluco porque vienen esos practicantes a bobear con uno y van para aquí y para allá y a uno enfermo le emborracha la gente
(O. 6)	El enfermo al médico en la ronda: -Yo estoy ya para que me dejen ir a la casa... no estoy haciendo nada aquí"

forma de comunicación, caracterizada por el silencio, el cual debe ser interpretado, pues no entenderlo “puede ser más una condición de sordera profesional que de incapacidad de hablar”³⁶, la estancia hospitalaria es un momento propicio para el acompañamiento por parte del profesional de enfermería, pero a veces pasa desapercibido, lo que muestra un quiebre en la interacción comunicativa entre quienes brindan y reciben el cuidado.

La presencia de la familia del adulto mayor hospitalizado genera ambivalencia en el entorno hospitalario, por un lado, es muy importante para realizar todos los trámites administrativos concernientes a las autorizaciones de pruebas, exámenes y pagos por costos de hospitalización y, por otro, es percibida como un obstáculo en la gestión del servicio.

Los cuidadores familiares, generalmente mujeres, son un soporte emocional continuo para los enfermos hospitalizados³⁶. Se les ve realizar actividades en las que se muestran delicadas y cariñosas, por ejemplo, les hablan, los acarician, los masajean, les organizan ropa y pertenencias, les cepillan el cabello, los dientes o las prótesis, los acompañan a recibir los rayos del sol, los acomodan en la cama, los llevan a la terapia física y les practican las rutinas que allí les enseñan, les dan los alimentos, les leen la Biblia o rezan con ellos, construyen relaciones con otros cuidadores, conversan, comparten, intercambian ideas y productos al punto de poder decir que tienen amigos en el entorno hospitalario.

Se espera que el cuidado de los adultos mayores sea permeado por una relación humana cálida, efectiva y afectiva entre ellos y las personas que ofrecen dicho servicio. Según De la Cuesta³⁷, el cuidado y la terapia son oficios conectados por el amor. Nuestras observaciones permiten establecer que la práctica del profesional de enfermería riñe con las definiciones teóricas de lo que es el cuidado, en parte por la carga administrativa que manejan en la gestión del servicio, por el volumen de formatos y documentos que deben tramitar, por la atención que suelen

brindar al teléfono y a otro personal de la institución, como se observa en los testimonios del marco ético 2.

La historia clínica, por ejemplo, es un elemento que cobra vida y hace que la dinámica de los servicios gire en torno a ella. Anteriormente era frecuente escuchar que la enfermedad había desplazado al ser humano como núcleo de cuidado y de interacción en los servicios de salud; actualmente nos inclinamos a pensar que el centro de atención lo comparten la patología y la historia clínica, y que quien resulta perjudicada es la persona enferma en cuanto al tiempo y la calidad de la atención.

En las salas donde se realizó el estudio se encontró que la atención directa de los enfermos es asignada por el profesional de enfermería al personal auxiliar antes de comenzar cada turno. El criterio para la asignación es el de satisfacer necesidades biofisiológicas o dar tratamiento a situaciones concretas de la enfermedad; generalmente se delega el cuidado de los pacientes, no por la experiencia del personal, ni según la condición de los enfermos, o por la afinidad de las relaciones que se establecen entre ellos. Se hace sólo con base en la equidad numérica, esto es, que a cada auxiliar le corresponda un número igual de pacientes.

Los auxiliares van pasando de cama en cama, colocando los termómetros, dispositivos de monitorización, administrando medicamentos o alimentos simultáneamente, de una manera que denominamos “la asistencia en serie” manifestada en la colectivización de cuidados, lo que interfiere con la independencia de las personas enfermas⁵, pues dicha forma de asistencia pierde de vista a la persona como sujeto de cuidado, y el cuidado se traduce sólo en un objeto, asunto que puede llevar a la insatisfacción tanto del personal de salud, como de los enfermos y de su familia, porque se antepone una barrera relacional: los pacientes se sienten limitados para llamar, o para consultar al personal, porque tienen la idea de que “están muy ocupados”, o por la escasa atención que ellos suelen prestarles. Se observó también que, cuando el personal de salud tiene que dar indicaciones relacionadas con el cuidado o el cuidado propio, lo hacen a manera de consejo o en forma intimidatoria, como lo muestran los relatos del marco ético 2.



Marc Chagall. Judío orando (El rabino de Vitebsk), 1914.

Marco émico 2
Relaciones de enfermería con los enfermos

Código: Entrevista u observación	Testimonio
(0.21)	La auxiliar de enfermería, mientras baña al paciente, que es músico, -¿Y qué hizo el instrumento?, dígame a ver si fue que lo empeñó para media de aguardiente.
(0.11)	La auxiliar de enfermería, a un enfermo: -Si usted no se mueve, mi amor, se queda tieso
(0.23)	La auxiliar de enfermería, a manera de regaño a un paciente: -¿No ve?, yo le he dicho que se voltee para todos los lados y que de la casa le traigan cojines porque si no, se va a volver como el señor de allí, el que grita porque tiene unos huecos así (muestra con las manos) y es que es muy gordo
(0.21)	El desayuno del anciano está en el nochero, él mira de reojo su pocillo. La auxiliar empieza a dárselo, interrumpe, el anciano trata de incorporarse sin lograrlo, vuelve la auxiliar, le da otra cucharada y se retira nuevamente de la habitación, regresa y termina de dárselo
(0.8)	El profesional de enfermería nos relata: -Acá (en la sala de hospitalización), no se pasa ronda con los especialistas A la mayoría de ellos no les gusta que enfermería esté presente...a uno le toca es solicitar y tramitar exámenes, ver la disponibilidad de camas...¡aquí se delega mucho, todo!

Se señala una vez más el problema de la objetivación del paciente. Al respecto, Morse³⁸ afirma que las enfermeras aprenden cómo bloquear la respuesta a otros mediante una coraza, despersonalizando a los pacientes, donde como resultado el paciente recibe menos cuidado y, en consecuencia, se crea una barrera adicional para la transición del cuidado entre el hospital y la casa de los adultos mayores dependientes.

Celma³⁹ asegura que la enfermería en los hospitales trabaja con el modelo biomédico, el cual está centrado en la patología y que, además, considera a los cuidadores un instrumento de ayuda, no un objeto de trabajo. En nuestro estudio encontramos que, bajo el mismo modelo y con un nuevo régimen de seguridad social en salud, los profesionales que laboran en salas de hospitalización de adultos, han objetivado el cuidado en número de pacientes y de camas, tipos de diagnósticos, censos, cantidad de medicamentos y suministros, costos, manejo del kárdex e historias clínicas, entre otros. Nuestra pregunta es ¿dónde está la persona enferma?, ¿cómo se hace entonces la transición del cuidado si no hay un sujeto?

Como enuncia Sandelowski⁴⁰, es posible que el vínculo entre la enfermería y la tecnología produzca un “olvido de la labor”, pues el toque de enfermería y la tecnología son paradigmas opuestos de cuidado. Sin embargo, esto no debería llevar a perder de vista al sujeto que se cuida.

Los adultos mayores y sus familias reciben información sobre su estado de salud o sobre el tratamiento cuando la demandan, pero ésta resulta escueta, confusa y fragmentada. Los médicos hacen disertaciones y entablan discusiones frente a los enfermos y a sus acompañantes en lenguaje técnico. No se reconoce en las personas, sujetos con emociones frente a la salud-enfermedad y a la corporalidad, como se aprecia en el marco émico 3.

Lo que más angustia le genera a la familia del enfermo próximo al egreso hospitalario, además del aspecto económico, es lo relacionado

con la alimentación, la nutrición y el mantenimiento de la integridad de la piel. Afirma que le falta conocimiento para identificar signos y síntomas de las enfermedades, tiene dificultades con la administración de medicamentos y con el manejo de sus efectos secundarios, asegura que le gustaría aprender sobre movilizaciones y traslados, cuidados de las sondas, el baño en cama, a tomar signos vitales y otras actividades útiles para alcanzar un mayor bienestar.

Según la teoría de las transiciones, se espera que sean los profesionales de enfermería quienes motiven y preparen al enfermo y al cuidador para continuar el cuidado en el domicilio. Sin embargo, fueron los cuidadores quienes, por motivación y necesidad propia, buscaron las formas de prepararse para dar el cuidado. De hecho, cuando se prolonga la estancia hospitalaria, el cuidador identifica que algunas condiciones de dependencia del enfermo no van a cambiar, agudiza la observación de todo lo que se haga, la escucha de todo lo que se diga, asume tímida y temerosamente lo que denominamos la “carga”, representada en algunas actividades del cuidado, aceptan el “me toca cuidar a mí”, y van perdiendo la timidez para preguntar, pedir ayuda a las auxiliares o para consultar a los médicos, adquieren habilidades y responsabilidades hasta que sienten que son independientes para el cuidado. Simultáneamente van movilizando recursos y creando una red de apoyo conformada por personas cercanas, amigas, familiares, vecinas, médicos, enfermeras, farmaceutas, que les colaboran de diversas maneras, tal como lo plantea el marco émico 4.

Con respecto al egreso hospitalario, pilar fundamental de la transición del cuidado, se encontró que éste se concreta en indicar los trámites para la facturación y pago de la estancia hospitalaria, a la entrega de fórmulas, órdenes para citas o ayudas diagnósticas y, en algunos pocos casos, orientaciones incidentales para el cuidado en casa.

Para Díaz, “cuando un paciente o familiar está ansioso, su capacidad

de retener información está limitada y tiene dificultades para concentrarse y para recibir y emitir información^{39,41}. Pensamos que la información que se da en el egreso podría ser el refuerzo de la educación que debe ser impartida durante la hospitalización. Godchaux y otros⁴² recomiendan para el egreso hospitalario un proceso interdisciplinario que concentre amplios sistemas de cualificación del cuidado, desde la admisión hasta el alta, continuando con la supervisión de los cuidados domiciliarios por medio de métodos para monitorear y evaluar la documentación y las consultas, la incorporación de los aspectos psicosociales del cuidado y la revisión de los planes de cuidado haciéndolos más específicos.

CONCLUSIONES

El contexto para el cuidado en salas de hospitalización de adultos está afectado, entre otros, por problemas derivados del Régimen de Seguridad Social en Colombia, como ha sucedido con la relación enfermería-paciente en las salas estudiadas, la cual oscila desde 1 a 10 hasta 1 a 60, lo que ha ocasionado que el cuidado directo del enfermo se invisibilice y la transición del cuidado sea mínima.

Los profesionales de enfermería deben reflexionar sobre la importancia que tiene la gestión del cuidado y ejercer con más decisión su papel asistencial, es decir, de cuidado directo, así como fortalecer sus habilidades educativas e investigativas para trascender de manera significativa la práctica del cuidado.

La transición del cuidado puede fortalecerse desde el ámbito hospitalario; para lograrlo se requiere conocimiento, planeación, ejecución, seguimiento y evaluación para garantizar que el cuidado continúe en casa, pero también implica calidad científico-técnica, calidez en el trato, comunicación asertiva, un proceso enseñanza-aprendizaje intencionado de manera bidireccional entre las personas enfermas y las personas que las cuidan.

Marco émico 3

Objetivación del cuidado y del sujeto del cuidado

Código: Entrevista u observación	Testimonio
(O.6)	Un galeno en ronda médica, a los estudiantes, con respecto a un paciente: -Es una apendicitis perforada con peritonitis, es una evisceración primaria contenida, hay que cerrarla
(O.11)	-¿Cuál paciente presentamos hoy? pregunta el profesor a los estudiantes de medicina en una ronda médica; el residente responde: -El cisticerco
(O.12)	En una ronda, la médica al paciente: -¿Te han dicho que tenés un soplo en el corazón? El anciano -No sabía, doctora, dígame la verdad. Al verlo preocupado ella comenta: -El soplo lo tenemos todos, lo que hay es médicos sordos. Sale de la habitación y el enfermo queda confundido.
(O.10)	La auxiliar a la enfermera: -Jefe ¿usted sabía que había convulsionado el paciente de la 9? , a lo que ella responde: -No, ¡es que uno en estos trotes!

Marco émico 4

El egreso hospitalario y la transición del cuidado

Código: Entrevista u observación	Testimonio
(O.21)	La acompañante había adelantado algunos trámites para el alta de su padre. La auxiliar de enfermería le dice: -¿Por qué llamó a la ambulancia tan ligero, sin arreglarlo?, tiene que hacer vueltas en admisiones.
(O.2)	La anciana está de alta. La auxiliar de enfermería pregunta al acompañante: -¿Ustedes le trajeron pañal?, a ella hay que sacarla de pañal. Él responde: -No, yo no sé, yo sólo soy el yerno.
(O.24)	El acompañante de una anciana está en la sala desde las 8:00 a.m. y ya, son las 6:00 p.m. Le anuncian el alta. Él dice: -Le dieron salida y no me han dicho nada... en esa escara no se le echa nada, eso se queda así, a ella sólo le echan suero salino y una gasa, es todo lo que yo vi hacer ayer.
(O.3)	El médico informa a una anciana de 94 años que está de alta y le dice: -Más tardesito le van a explicar.
(O.21)	Una médica dice a la acompañante: -Estoy tratando de explicarle lo del traslado para otra institución, pero no me entiende, bueno, le mandamos la cita con neumólogo, fisioterapeuta... luego piden una cita con nosotros... (internistas. Lo importante es que él sea muy juicioso, porque eso le puede volver a dar... si no se cuida con las recomendaciones, nosotros no podemos hacer nada; hasta luego pues.
(O.5)	La cuidadora familiar -hija- dice acerca de su padre quien es dado de alta: "Me tocaría llevarlo a mí para mi casa. El problema está en que no se amañan acá (en la ciudad), tendría que traer a mi mamá (de un pueblo) y cuidarlos a los dos... Tengo amigas enfermeras y me colaboran con las sondas que es lo que uno no sabe manejar.

Una adecuada transición del cuidado podría disminuir los costes propios del cuidado, al reducir el número de consultas, de ingresos y reingresos hospitalarios, de complicaciones en la atención, además de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con dependencia en el cuidado y de sus familias.

La familia es el recurso de apoyo por excelencia con que cuentan los adultos mayores dependientes, y sus habilidades en el cuidado deben ser potencializadas, pues en la atención ofrecida institucionalmente, ellos deben ser preparados de tal forma que puedan asumir el cuidado cuando les corresponda hacerlo en el espacio doméstico.

Dado su objetivo social, las instituciones formadoras de recurso humano en salud, deben hacer explícita en los currículos la formación socio-humanística y científico-técnica que permita a sus estudiantes y egresados orientar verdaderos procesos de transición del cuidado entre el hospital y la casa en adultos mayores dependientes. También las instituciones que prestan servicios asistenciales de salud deben comprometerse con el proceso de la transición y garantizar la calidad de la atención, no sólo dentro de la institución, sino también en el ámbito doméstico. Para ello podrían proponer programas especiales, preparación para el alta hospitalaria y conformar redes de apoyo entre sus usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Memorias del Encuentro Nacional de Políticas Públicas para el Envejecimiento y la Vejez. Medellín; 11-12 de Nov 2004. Medellín: Comité Interinstitucional de Bienestar del Anciano (CIBA); 2004. p.2.
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Organización Panamericana de Salud. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2003.
- Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Envejecer nos toca a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín: Facultad Nacional de salud Pública, Universidad de Antioquia; 2003. p.141-144.
- García M, Torres MP, Ballesteros E. Enfermería Geriátrica. Barcelona: Masson; 2000. p.8-10, 138.
- Kane R, Ouslander J, Abrass I. Geriátrica Clínica. 4ª ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2001. p.3-16.
- Organización Mundial de la Salud. Planificación y organización de los servicios geriátricos. Informe de un Comité de Expertos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1974. Serie de Informes Técnicos: 548.
- Collière MF. Promover la Vida. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993. p.5.
- Meleis AI. Theoretical nursing. Development and progress. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.93-101.
- Peplau H. Relaciones interpersonales en enfermería. Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas; 1990. p.13-14.
- Duque MC. Enfermería y Cultura: espacio de encuentro para el cuidado de personas y colectivos. Actual Enfer. 2002; 5(2): 12-16.
- Benner P, Wrubel J. The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness. California: Addison-Wesley; 1989. p 70. Citado por: Medina J. L. La Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes; 1999. p.36.
- Leininger M. The phenomena and nature of caring. Salt Lake C: University of Utah; 1978. p.9. Citado por: Medina J. L. La Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes; 1999. p.41-42.
- Castrillón MC. La dimensión social de la práctica de la enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia; 1997. p.38, 96.
- Consejo Internacional de Enfermeras [Internet]. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2006 [Acceso el 21 de febrero de 2007]. Políticas. Los papeles de la enfermería en los servicios de atención de salud. La atención de enfermería a las personas mayores. Disponible en: <http://www.icn.ch/psoldersp.htm>.
- Swanson EA, Tripp-Reimer T. Advances in gerontological nursing: chronic illness and the older adult. Nueva York: Springer; 1997. Citado por: De la Cuesta C. Cuidado artesanal. La invención ante la adversidad. Medellín: Universidad de Antioquia; 2004. p.2.
- Pinto N. El Cuidador Familiar de la Persona enferma con Enfermedad Crónica. En: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería. Grupo del cuidado. El Arte y la Ciencia del Cuidado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002. p.247-252.
- Baltes MM, Silverberg SB. Dinámica dependència-autonomía no curso de vida. En: Neri AL. Psicología do envejecimiento. Campinas: Papirus; 1995. p.73-110.
- España. Sociedad Española de Gerontología y Geriátrica. El servicio de ayuda a domicilio. Madrid: Panamericana; 1997. p.66-69.
- Meleis A, Trangestein P. Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. Nurs Outlook. 1994; (42): 255-259.
- Meleis A, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger DK, Schumacher K. Experiencing Transitions: An emerging middle range theory. Adv Nurs Sci. 2000; 23(1): 12-28.
- Meleis A. La relación entre la teoría, la práctica y la investigación con la calidad del cuidado de enfermería.

- En: Memorias de las Ponencias Centrales y Paneles. VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Bogotá: ACOFAEN; 2000. p.86-94.
22. Ortiz AC, Gaviria DL, Palacio ML et al. Participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado. *Instituciones de segundo nivel área Metropolitana, 1999-2000. Invest Educ Enferm.* 2002; 20(2): 12-29.
 23. Boyle J. Estilos de Etnografía. En Morse J, editora. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa.* Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p.200.
 24. Pardo G, Cedeño M. *Investigación en salud: Factores Sociales.* Santa Fe de Bogotá: McGraw Hill; 1997. p.125-126.
 25. Minayo, MC, O Desafio Do Conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde.* 6ª ed. Sao Paulo: Hucitec- Abrasco; 1999. p.102-103.
 26. Hammersley M, Atkinson P. *Etnografía: métodos de investigación.* 2ª ed. Barcelona: Paidós; 2001. p.193-227.
 27. Folguera P. *Cómo se hace historia oral.* Madrid: Eudema; 1994. p.41.
 28. Taylor S. J, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de la investigación.* Barcelona: Paidós; 1996. p.101.
 29. Patton, M.Q. *Qualitative Research & Evaluation Methods.* 3ª ed. California: Sage Publications; 2002. p.81.
 30. Corbetta P. *Metodología y técnicas de investigación social.* Madrid: McGraw Hill; 2003. p.322.
 31. Bioeticaweb [Internet]. Bioeticaweb; 2004 [Acceso el 2 Feb 2004] Informe Belmont. Principios y guías para la protección de los sujetos humanos de investigación (Abril 18 1979). Disponible en <http://www.bioeticaweb.com/content/view/1060/40/>
 32. Londoño de la Cuesta JL, Alvarado Santander EJ, Casas Díaz JV, Roselli Cock DA. Resolución N.º 008430 de 1993. Por la cual se establecen las Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santa Fe de Bogotá, D.C: Ministerio de Salud, Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico; 1993: 25 p.
 33. González, M. Aspectos éticos en la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación [revista en internet]* 2002 [Acceso el 2 Feb 2007]; 29. Disponible en <http://www.campus-oei.org/salactsi/mgonzalez5.htm>
 34. Lucio M. Aspectos emocionales del paciente crítico. *Av Enferm.* 1999; 16(1-2): 17-18.
 35. Jovell A. El silencio de los pacientes. *Rev Enfer.* 1999; 22(7-8): 507-510.
 36. Lotus Y. The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *J Adv Nurs.* 2000; 32 (3): 619-625.
 37. De la Cuesta C. *Cuidado Artesanal. La invención ante la adversidad.* Medellín: Universidad de Antioquia; 2004. p. 106.
 38. Morse J. Los métodos cualitativos: el estado del arte. *Revista Universidad de Guadalajara [revista en Internet]* 1999-2000 [acceso febrero 26 de 2007]; (17). Disponible en <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/2metodos.html>
 39. Celma M. Cuidadoras informales y enfermeras. Relaciones dentro del hospital. *Rev Enferm.* 2003; 26 (3): 22-30.
 40. Sandelowski M. *Devices and Desires. Gender technology and American Nursing.* Chapel Hill: University of North Carolina Press; 2000. p. 1-20.
 41. Díaz A. Sobrevivir en un hospital. *Metas de Enfermería.* 2003; 6(5): 65-67.
 42. Godchaux CW, Travioli J, Hughes LA. A continuum of care model. En: *Nurs Manage.* 1997; 28 (11): 73-76.