



Español

Universidade Federal Fluminense



ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA

Artículos Originales



## La experiencia del cuidador informal a la luz de la Teoría General de la Enfermería

Tamiris Uracs Sales Graça<sup>1</sup>, Sílvia Cristina Mangini Bocchi<sup>1</sup>, Suzimar de Fátima Benato Fusco<sup>1</sup>, Marla Andréia Garcia de Avila<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

### RESUMEN

**Objetivo:** Comprender la vivencia de los cuidadores informales en el cuidado ofrecido al anciano víctima de una caída y fractura proximal del fémur y cirugía. **Método:** Estado cualitativo, realizado en un hospital de enseñanza, teniendo como referencial metodológico el análisis de contenido de Bardin y como referencial teórico la Teoría General de la Enfermería de Orem. **Resultados:** De los 14 cuidadores informales, la mayoría era del sexo femenino e hijas dos pacientes. A partir de las declaraciones de los participantes, emergieron las categorías temáticas: el día de la caída, un evento traumático; Agonía y tensión esperando el lecho hospitalario y la cirugía; Miedo, frustración y falta de preparación del cuidador informal; Modificaciones de la vida, privaciones y sobrecarga del cuidador; Cuidado resiliente. **Conclusión:** Los cuidadores informales deben ser capacitados desde la prevención del evento hasta la transición del cuidado hospitalario a la rehabilitación en el domicilio, rescatando el papel del enfermero dentro del equipo multidisciplinar, siendo apoyado por la Teoría General de la Enfermería.

**Descriptor:** Cuidadores; Anciano; Accidentes por Caídas; Fracturas del Fémur, Enfermería Perioperatoria.

## INTRODUCCIÓN

El progresivo aumento de la población de ancianos en el mundo está siendo uno de los mayores desafíos del área de salud pública. Un importante problema enfrentado es la elevada incidencia de caídas, que se deben considerar como un evento importante en la vida de un individuo anciano<sup>(1-3)</sup>. La caída causa la disminución de la capacidad de los ancianos, tanto para la independencia funcional como para las actividades instrumentales de la vida diaria, dejándolos más dependientes para desempeñarlas<sup>(1-2)</sup>. Las consecuencias de las caídas de los ancianos van desde simples machucados y miedo de una nueva caída, hasta lesiones graves, como las fracturas en el fémur proximal (FFP) con necesidad de un tratamiento quirúrgico<sup>(3-5)</sup>.

Un metaanálisis que incluía estudios hasta 2012 señala que aproximadamente 25%<sup>(4)</sup> de los ancianos mueren en hasta un año después de la caída seguida por FFP y cirugía. Un estudio realizado en Alemania, incluyendo 391 ancianos con 60 años o más, verificó que los predictores de la mortalidad son: estado cognitivo, condiciones de salud, calidad de vida pre-fractura y ser del sexo masculino<sup>(3)</sup>. Sin embargo, en Brasil, el análisis de 2.126 óbitos por caídas de ancianos, verificó que el chance de óbitos es significativamente mayor para el género femenino, con edad mayor de 69 años, para ancianos de piel blanca, para viudos o solteros<sup>(6)</sup>.

Considerando el intenso envejecimiento poblacional, la elevada incidencia de caídas de ancianos, hacen más frecuentes las FFP con consecuente acometimiento de su independencia funcional. En la mayoría de las veces, la rehabilitación demanda que la familia se adapte para atender mejor a las necesidades del anciano<sup>(7-8)</sup>. El gran desafío de los profesionales de la salud es hacer con que el anciano retorne a las condiciones pre-cirugía, y la recuperación de su independen-

cia funcional y la calidad de vida pasa a ser un desafío también para sus familiares.

Al considerarse el papel del cuidador de ancianos, las investigaciones destacan los efectos negativos de esta función, destacando las enfermedades físicas, psicosomáticas, ansiedad, depresión y estrés<sup>(8-10)</sup>. Existe una intensa aproximación de la comunidad científica de enfermería<sup>(8)</sup>, que está profundizando los estudios con ancianos y cuidadores, para conocer las estrategias y experiencias que demuestran la importancia de capacitar a las familias para que realicen el cuidado<sup>(10-12)</sup>. No obstante, las dificultades del cuidado, tensión financiera, conflictos con el anciano y el apoyo social insuficiente son las principales causas de sobrecarga y sufrimiento del cuidador<sup>(8)</sup>.

Se sabe que las familias presentan diversas preocupaciones, muchas de ellas ligadas a la etapa de recuperación por la que pasa el anciano<sup>(8)</sup>, y que los cuidadores están inseridos en todas las etapas, estando o no preparados para realizarlas o enfrentarlas. Conocer la experiencia del cuidador informal, así como, conocer las necesidades de esta población también vulnerable a las consecuencias de las caídas de los ancianos, permite inserirlo como un agente importante para la prevención de caídas y para el cuidado y la rehabilitación del anciano quirúrgico.

El estudio se hace relevante considerando el envejecimiento de la población, la elevada incidencia de caídas seguidas por FFP de ancianos y la necesidad de preparar a las familias desde la prevención hasta la rehabilitación en el domicilio. Se justifica su realización porque conocer la experiencia de los cuidadores informales posibilitará realizar inversiones profesionales y sociales, para garantizar la calidad de vida del cuidador y consecuentemente del cuidado ofrecido al anciano.

Por lo expuesto se pregunta: ¿Cuál es la experiencia vivida por el cuidador informal desde el evento de la caída y la FFP hasta la realización de los cuidados en el posoperatorio en el domicilio?

Para responder a esta inquietud, este estudio tiene como objetivo comprender la experiencia de los cuidadores informales al cuidar al anciano víctima de caída de la propia altura seguida por FFP y cirugía.

## MÉTODO

Se trata de un estudio exploratorio, con abordaje cualitativo, recomendado cuando la pregunta de la investigación demanda la comprensión de la experiencia del otro a fin de elucidar diferentes facetas del fenómeno. El estudio se realizó en el ambulatorio de ortopedia de un hospital de enseñanza del interior paulista, perteneciente a la DRS VI, con un área que abarca 68 municipios.

En el estudio se incluyeron a los cuidadores informales, no remunerados, responsables por los cuidados del anciano (60 años o más) que sufrió la caída de la propia altura seguida por FFP y cirugía en los últimos 12 meses. Se excluyeron a los cuidadores de ancianos que no comparecieron al retorno ambulatorio.

El estudio fue conducido en el segundo semestre de 2014 y en año de 2015. La recolecta de los datos se realizó mediante una entrevista semiestructurada elaborada para este estudio, utilizando un formulario compuesto por la caracterización del cuidador y la siguiente cuestión orientadora: Cuénteme su experiencia, sentimientos y las dificultades encontradas para cuidar del anciano después de la caída, cirugía y los cuidados en el domicilio.

Las entrevistas a los cuidadores se realizaron en un único momento, en un ambiente reservado en el ambulatorio de ortopedia, que garantiza la privacidad del investigador y del entrevistado durante todo el período. No hubo ninguna interrupción en el momento de la entrevista. El audio fue grabado en su totalidad en un grabador de

voz. Los cuidadores, para fines de este estudio, se identificaron con el número atribuido en el momento de las entrevistas (C01, C02, etc.), para mantener su anonimato. El encerramiento de la muestra ocurrió por saturación teórica, o sea, se suspendió la inclusión de nuevos participantes en la investigación cuando los datos obtenidos comenzaron a repetirse y a ser redundante, dejando de contribuir significativamente para el estudio.<sup>13</sup>

Se trata de un sub-proyecto aprobado por el Comité de Ética en Pesquisas (CEP) - Ofício 16-2014, vinculado al proyecto de pesquisa "Autonomía Funcional y riesgo de caídas en ancianos en posoperatorio de fractura de la cadera: de la estimativa a la prevención en el domicilio", aprobado por el CEP - Protocolo 3967 - 2011. Los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido después de haber sido informados sobre los objetivos y métodos de la investigación con la garantía de sigilo y anonimato.

Para organizar el análisis de los datos se adoptó como referencial metodológico el Análisis de Contenido según Bardin<sup>(14)</sup>. El análisis de contenido es un conjunto de técnicas de comunicación que busca obtener procedimientos sistemáticos y objetivos de la descripción del contenido de los mensajes, permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/ recepción de estos, que la definen como una técnica de investigación para describir objetiva y sistemáticamente el contenido manifiesto de la comunicación. El método de análisis de contenido está compuesto de tres fases: pre-análisis (organización de los datos, lectura inicial de todo el contenido, escoja de los documentos o registros y determinación de criterios); exploración del material (codificación en temas, que permite llegar a la representación temática del contenido, componiendo las categorías) e interpretación (los datos son tratados para ser significativos y válidos)<sup>(14)</sup>.

Los hallazgos fueron discutidos a la luz de la Teoría General de Enfermería propuesta por

Orem<sup>(15)</sup> apoyada en la premisa de que todos poseen potencial, en diferentes grados, para cuidar de sí mismo y de los que están bajo su responsabilidad. Esta teoría está constituida por tres constructos teóricos – autocuidado, déficit de autocuidado y sistema de enfermería. El autocuidado describe y explica la práctica de cuidados ejecutados por la persona portadora de una necesidad para mantener la salud y el bienestar. El déficit de autocuidado constituye la esencia de la Teoría, por delinear la necesidad de la asistencia de enfermería, y se justifica cuando el individuo se cree incapacitado o limitado para proveer el cuidado continuo y eficaz. Y por último, el sistema de enfermería describe y explica como las personas son ayudadas por medio de la enfermería y del sistema totalmente compensatorio cuando el individuo está incapacitado o limitado; parcialmente compensatorio, cuando el enfermero y los pacientes participan de las acciones; y sistema de apoyo y educación, cuando el individuo necesita de orientación y enseñamiento<sup>(15)</sup>.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La muestra fue compuesta por 14 cuidadores informales de ancianos que sufrieron caída seguida de FFP y cirugía. De los cuidadores, once eran del sexo femenino y tres del sexo masculino, con edad entre 35 y 68 años. De los participantes del estudio, seis tenían como formación enseñanza secundaria, cinco cursaron hasta la primaria, dos tenían nivel universitario y uno era analfabeto. La renta mensual de los entrevistados varió de dos a siete salarios mínimos. El cuidado fue realizado predominantemente por el/la hijo(a) (9), seguido por el/la esposo(a) (2), amiga (2) y nuera (1).

A partir de las declaraciones de los sujetos, emergieron cinco categorías temáticas: El día de la caída, un evento traumático; Agonía y tensión esperando el lecho hospitalario y la cirugía; Mie-

do, frustración y falta de preparación del cuidador informal; Modificaciones de la vida, privaciones y sobrecarga del cuidador y Cuidado resiliente.

### *Categoría 1- El día de la caída, un evento traumático*

En las declaraciones de los cuidadores informales, observamos que el primer desafío pasa a ser el evento inesperado de la caída, ya que muchas veces el anciano era independiente y el cuidador todavía no desempeñaba ese papel. Los participantes parecían no estar preparados para asumir el cuidado del anciano, y la caída pasa a ser un evento traumático, conforme testimonios:

- C5 Quien la socorrió fue la vecina, ahí, mi hermana llegó del trabajo y llamó la ambulancia que la trajo al hospital. Al día siguiente, yo salí de mi trabajo y vine para acá.
- C6 Fue difícil, pensamos en todo. Que no iba a conseguir andar más. En ese momento sentimos miedo, angustia. El momento más difícil fue cuando la vi caída en el suelo, porque nunca pensamos que se vaya a caer de nuevo y machucarse otra vez.
- C7 Creo que la parte más difícil fue ver el rescate llegar, inmovilizar y llevarlo para el hospital.
- C12 La única cosa que sentimos fue el susto, porque el resto hay que empujarlo, tiene que pasar. Lo que pensamos es, qué fue lo que sucedió, será que va a mejorar, no sabemos qué va a ser, es difícil.
- C13 En la hora que ella se cayó, no logramos levantarla, entonces llamamos la ambulancia, allá no había ortopedista, el trastorno fue psicológico, nos quedamos perturbados, con miedo, no sabía qué hacer... todo el mundo nervioso.

A partir de las declaraciones de los cuidadores, se infiere que la caída trae un temor especialmente por significar la incapacidad del anciano de cuidar de sí mismo. Según Orem, los

requisitos de autocuidado son: manutención e ingestión suficiente de aire, agua y alimento; provisión de cuidados con eliminación, equilibrio entre actividad y descanso y entre soledad e interacción social; prevención de riesgos de vida, de funcionamiento y desarrollo humano y en grupos sociales. Orem considera que los adultos son capaces de cuidar de sí mismo, no obstante, los ancianos, debido a la edad avanzada y enfermedades, pueden requerir la presencia de un cuidador<sup>(15)</sup>, incluso para prevenir las caídas.

Una revisión de literatura concluyó que entre las medidas para prevenir las caídas, la intervención multifactorial es descrita por los trabajos académicos como la más eficaz, utilizándose la adaptación del ambiente, incorporación de ejercicios físicos, suplementos con vitamina D, retirada o reducción de la dosis de medicamentos, en especial los psicoactivos, y la evaluación de la hipotensión postural<sup>(2)</sup>.

Los ancianos conocen los factores de riesgo de caídas pero muchas veces no los evitan, pues el individuo considera el "cuidarse" como un arma infalible para prevenirse, lo que trae a la superficie el fenómeno de la invisibilidad de algunos riesgos impuestos a la salud<sup>(5)</sup>. En lo que se refiere a los familiares, un estudio transversal que incluía a 89 cuidadores informales de ancianos que sufrieron FFP señala que 57,3% de los cuidadores informales consideraban no tener conocimiento sobre prevención de caídas de ancianos y 85,4% relataron no haber recibido orientaciones de los profesionales de salud sobre la prevención de caídas. En este sentido, la prevención de caídas es un aspecto esencial en la atención de la salud del anciano y un desafío para los profesionales de salud y familias<sup>(16)</sup>.

Vale resaltar que los enfermeros actuantes y aquellos que coordinan los servicios de urgencia y emergencia intra y extra-hospitalarios, deben

estar preparados y capacitar a los equipos para actuar en las situaciones de caída, por medio de recursos físicos y humanos adecuados<sup>(17)</sup>.

### *Categoría 2 – Agonía y tensión esperando el lecho hospitalario y la cirugía*

La tensión del evento agudo de la caída seguida por FFP también repercute en la internación y marcación de la cirugía, haciendo que el anciano aguarde la espera del lecho hospitalario y la realización del tratamiento quirúrgico, y aumente el estrés de los familiares, conforme relatos de los participantes del estudio.

- C2 Esperar todo ese tiempo, tanto tiempo, la agonía de tener que esperar tanto tiempo. Llegamos aquí, nos quedamos 12 horas esperando por el lecho, fuera de casa. Hubo que esperar para transferirla para acá porque no había lugar, entonces demoró, ella se quedó una semana, ya estaba todo morado, hinchado, quedando negro.
- C4 Él estuvo 10 días internado, le dio neumonía y mientras tenía fiebre no lo podían operar, y mi presión siempre alta.
- C8 Esperar para conseguir una cama fue muy difícil[...]
- C10 Tuve que quedarme esperando lugar, esa espera fue ruin, creo que fue lo más difícil. [...] da un desespero [...]
- C11 La espera por la cirugía va desgastando [...]
- C14 Demoró para que la operaran, entonces lo difícil fue ese tiempo [...]

La teoría de Orem está interrelacionada con la Sistematización de la Asistencia de Enfermería, y posibilita que el enfermero cuide a los ancianos y sus familias durante todo ese proceso, que los individuos participen en el proceso de cuidado, objetivando la calidad de la asistencia realizada y minimiza las complicaciones derivadas de la hospitalización<sup>(15)</sup>.

Ese tiempo de espera referido por los cuidadores informales puede estar relacionado al aumento de la incidencia de caídas entre los ancianos, como consecuencia del aumento de la expectativa de vida de la población. La demora para realizar la cirugía se debe a que el anciano presenta comorbilidades y necesitan estabilizarse clínicamente antes de la realización del procedimiento. Estudios muestran que la edad, las comorbilidades, el estado cognitivo y el tiempo de espera para la cirugía son los principales factores predictores para la mortalidad después de la fractura<sup>(3,6)</sup>.

Un estudio que estimó los riesgos de óbito y la readmisión de los ancianos con alta por FFP en los hospitales del sistema público de salud de Rio de Janeiro, Brasil, que incluía a 2.612 ancianos con internación no electiva por FFP, mostró que la tasa de readmisión en un año, con la exclusión de los óbitos en ese período, fue de 17,8% y la tasa de mortalidad independiente de la readmisión fue de 18,6%. Las causas más frecuentes de óbitos fueron las enfermedades del sistema circulatorio (29,5%) y casi 15% de las causas de las readmisiones fueron las complicaciones quirúrgicas. La edad mayor o igual a 80 años presentó mayor riesgo de readmisión y de óbito<sup>(1)</sup>.

### *Categoría 3- Miedo, frustración y falta de preparación del cuidador informal*

Después del estrés vivido por la caída y por la realización de la cirugía, los cuidadores experimentan una nueva etapa al cuidar del anciano en el domicilio. Muchas veces esa situación puede ser difícil para el cuidador, principalmente por la falta de preparación al enfrentar esa nueva función, conforme las declaraciones de los cuidadores.

- C1 Al inicio fue difícil, pues no estábamos preparados. Fue un cambio medio radical, medio de urgencia y no había nada preparado para recibirlo en casa y tuve que providenciar todo de una hora para otra.

- C2 Ahora ella se quedó así, el fisioterapeuta dice que ella tiene fuerza y todo, pero ella no consigue andar más.
- C3 Cuando ella andaba, ella iba al baño, lo hacía todo solita, ahora no, usa pañales, hay que darle la comida en la boca, hay que hacérselo todo, no anda más, es silla y cama.
- C7 Da la impresión de que volvió a ser un niño, tanto psicológicamente, mentalmente como en la parte motora, porque él se quedó totalmente dependiente.
- C8 El único momento difícil es querer que ella ande y no lo está consiguiendo tan rápido.
- C13 En los primeros días, que ella se quedaba así, más acamada, en la cama, teníamos dificultad, teníamos miedo de que le diera escara, porque se quedaba en la cama, entonces para nosotros fue difícil, cambiarla en la ama, después empezó a sentarse, mejoró, pero al comienzo fue bien difícil.
- C14 Cuando ella estaba en la cama, que había que darle la comida en la boca, había que ayudarla en todo. Teníamos que ponerla en la silla, era todo, entonces fue lo peor, cuando estaba en la cama, era muy dependiente. Al inicio sentimos miedo, ella no quería más andar, tenía miedo de caerse, machucarse de nuevo.

Las dificultades señaladas por los entrevistados son las esperadas, considerando la realización del cuidado del anciano por cuidadores desconocedores. Esas dificultades pueden minimizarse con mayor apoyo al cuidador informal en la transición del cuidado hospitalario para el cuidado domiciliario. La teoría de Orem proporciona la visión del fenómeno de enfermería permitiendo que el enfermero, juntamente con el individuo, implementen acciones de autocuidado adaptadas de acuerdo con sus necesidades, de manera que la relación de ayuda se exprese en el diálogo abierto y promueva el ejercicio del autocuidado<sup>(15)</sup>. La teoría identifica cinco métodos

de ayuda, en el déficit de autocuidado, para los cuales las familias deben ser preparadas: Actuar o hacer para el otro, guiar al otro, apoyar al otro (física o psicológicamente), proporcionar un ambiente que promueva el desarrollo personal, para ser capaz de satisfacer las demandas futuras o actuales de acción y enseñar al otro<sup>(15)</sup>.

La literatura recomienda la utilización de la educación en salud como estrategia para minimizar la sobrecarga, considerando que cuidadores que presentaban conocimiento sobre prevención de caídas de ancianos, aunque incompleta, empleaban medidas de prevención para nuevos eventos, pero estas todavía no estaban inseridas en el proceso de cuidar del anciano<sup>(16)</sup>. Las fallas en el autocuidado se derivan, de la deficiencia de informaciones, responsabilidad del enfermero, en el momento del alta hospitalaria, principalmente en lo que se refiere a la limpieza de curativo y manutención de la herida operatoria. Dichas fallas imposibilitan un cuidado domiciliario continuo y satisfactorio<sup>(19)</sup>.

Considerando el sistema de apoyo educativo propuesto por Orem, que es indicado cuando el individuo necesita de cuidado en la forma de apoyo, orientación y enseñamiento, se hace necesario capacitar a las familias de forma sistemática, considerando sus necesidades, siendo una medida adecuada para minimizar el estrés vivido por los cuidadores y también para que adquieran más seguridad para realizar los cuidados en el domicilio<sup>(15)</sup>.

#### *Categoría 4 – Modificaciones de la vida, privaciones y sobrecarga del cuidador*

La sobrecarga de cuidadores informales es un tema ampliamente discutido por la comunidad científica<sup>(8)</sup>. Considerando los diferentes escenarios vividos por las familias, la sobrecarga en la vida del cuidador informal pasa a ser una situación frecuente, como podemos identificar en las declaraciones de los participantes.

- C2 Cambió mi vida, porque ahora, yo estoy viviendo para ella, cambia todo. Yo tuve que parar de trabajar, de estudiar lo que estaba estudiando.
- C3 Hay que quedarse con ella siempre para cuidarla. Íbamos al médico con ella, a la iglesia. Ella prácticamente volvió a ser una niña. Hay que ponerle pañales, darle baño, darle la comida en la boca, que ni una niña.
- C5 Yo trabajaba por la noche y durante el día la cuidaba.
- C6 No que me molesta, pero muchas cosas que yo quería hacer, yo no puedo hacer porque tengo que cuidarla, pero no me molesta.

Los cuidadores relatan las dificultades enfrentadas en el proceso de cuidar del anciano en el domicilio y la privación de otras actividades como cuidar de los hijos, de la casa, del trabajo, entre otras. Una acumulación de estas actividades deja al cuidador sobrecargado, pudiendo hasta enfermarse.

- C10 Cambió todo, tuve que parar de trabajar, yo trabajaba fuera y tuve que parar. El dinero cambió, ahora no tengo más esa gano.
- C11 Todo cambió porque todo el mundo tiene que ayudar un poco, todo mundo tuvo que cambiar su rutina, la nieta tuvo que dejar el empleo para ayudarme a cuidar de ella, esas cosas.
- C12 Me quedé más presa dentro de casa, antes salía para allá y para acá y ahora depende de los otros y no me gusta pedirles nada a los otros. Tenemos que tener más responsabilidad, para marcar los compromisos, por lo que nos dejó más dentro de casa.

Las dificultades del cuidado, la tensión financiera, los conflictos con el anciano y el apoyo social insuficiente son las principales causas de sobrecarga y sufrimiento del cuidador informal. La participación en la toma de decisiones, me-

jería del acceso a las informaciones jurídicas y médicas, posibilidad de compartir experiencias de cuidado, existencia de cuidador secundario e incremento del apoyo social, promueve la salud mental e impulsa la autoeficacia del cuidado, pero, sin reducción significativa de la sobrecarga del cuidador<sup>(8)</sup>. La sobrecarga física, emocional y socioeconómica del cuidado a un familiar es inmensa, compleja y exige mucho de la persona que cuida, aparte de que esa sobrecarga puede, de cierta manera, colaborar para el apareamiento o agravamiento de enfermedades. De esta forma, la sobrecarga generada por el proceso de cuidar presenta un concepto multidimensional y sufre también la diversidad de influencias asociadas al anciano y al propio cuidador<sup>(18)</sup>.

Un estudio transversal que incluyó a 178 ancianos y sus cuidadores identificó que 102 (57,3%) cuidadores presentaban sobrecarga moderada; 44 (24,7%), pequeña sobrecarga; 28 (15,7%) se encontraban con sobrecarga de moderada a severa y solo 4 (2,2%) cuidadores con sobrecarga severa. Los hombres presentaron mayores chances de menor sobrecarga de que las mujeres y mientras más independiente es el anciano, mayores chances de menor sobrecarga del cuidador. Los autores recomiendan estimular acciones dirigidas a la promoción de una vejez activa y saludable, basadas en la mantención de la capacidad funcional y la autonomía del anciano, así como implantar estrategias de organización del cuidado en el domicilio, que incluyan la salud del cuidador, que contribuyan a la minimización de los efectos de la sobrecarga sobre él y mejorar su calidad de vida<sup>(18)</sup>.

Además de la sobrecarga, es válido discutir sobre la vulnerabilidad de los ancianos. Un estudio brasileño que objetivó desvelar las situaciones de vulnerabilidad relatadas por los ancianos que habían sufrido caídas y por sus cuidadores, desarrollado en un hospital público, muestra que la vulnerabilidad individual está relacionada a las

comorbilidades del anciano. La vulnerabilidad social fue observada por medio de los riesgos ambientales y también por la ausencia de un núcleo familiar preparado para el proceso de cuidar y rehabilitar al anciano. La vulnerabilidad institucional se reveló en la hospitalización y en los significados de la caída, alertando para el miedo de caer, el sentimiento de culpa, la incapacidad, la pérdida de autonomía, el dolor y la incomodidad del anciano. Los autores refuerzan que los profesionales de salud deben estar capacitados para atender a los ancianos a partir de la identificación de las situaciones de vulnerabilidad para caída y con eso, poder actuar de forma preventiva.<sup>(17)</sup>

#### *Categoría 5– Realizando un cuidado resiliente*

Las declaraciones de los cuidadores demostraron un sentimiento afectivo aumentado por el anciano después de pasar por el evento caída, fractura y cirugía. A pesar de las dificultades relatadas por los familiares, la convivencia más próxima trajo también, aspectos positivos vividos durante la realización del cuidado, especialmente por la reestructuración del vínculo.

- C1 Hoy él tiene su propio cuartico allá, vive junto conmigo, en la misma casa. Nosotros lo queríamos, pero después de cuidarlo, ese sentimiento aumenta, esa cosa de hijo y padre, entonces, para él fue ruin caer, quebrarse, pero para mí fue bueno conseguir ver mejor a mi papá, aprovechar más.
- C5 Yo la cuidaba y la dejaba bonita. Fue todo tranquilo y no me hizo falta cambiar nada. Dio todo cierto, los horarios, todo se encajó.
- C6 No me molesta, es mi madre, por el contrario, está todo bien. Intento animarla, hacer lo mejor.
- C8 Quiero la salud de ella y no da ni una gota de trabajo, ella hace todo lo que le pedimos, el cariño que le tengo... ¡Oh Dios, enorme!! Esta semana, en el momento que ella dio un paso

en mi dirección, me emocioné, hasta lloré, lo difícil va a ser tener que dejarla después, cuando camine mejor.

- C12 La quiero mucho, me gusta que se quede en m casa, es una buena compañía. Entonces, vamos aprendiendo, las cosas van pasando. Voy a sentir mucho su falta cuando ella salir de casa, porque me acostumbré. Si me quedo sola, la hora no pasa. Quiero que ella se vaya, porque es lo que ella quiere, pero entonces ahí no hay problema, yo voy a pasear, pasar el día con ella.

La resiliencia se refiere a la tendencia de responder con flexibilidad y no con rigidez a situaciones de estrés. La resiliencia de los cuidadores familiares de ancianos enfermedades y dependientes es un asunto que aparece como nueva vertiente de investigación, posiblemente debido a la visibilidad que el fenómeno está ganando en los años más recientes, donde el aumento de la longevidad y la necesidad de cuidados se han hecho más palpables en las clínicas y en las familias<sup>(20)</sup>.

El presente estudio corrobora con la literatura, destacando que no todos los cuidadores desarrollan enfermedades o están insatisfechos con la tarea de cuidar. Eso se puede explicar por la utilización de diferentes estrategias individuales para lidiar con las situaciones consideradas desgastantes<sup>(20,21)</sup>. Una revisión de literatura concluyó que la proximidad familiar con el enfermo, etnia negra, buena calidad de vida, hábitos de vida sanos, optimismo y satisfacción con la vida parecen influir en el aumento de la resiliencia de los cuidadores<sup>(21)</sup>. La resiliencia también mostró ser promovida por medio del apoyo familiar, social y financiero adecuado, por la ayuda y la división de las responsabilidades del cuidado, por el buen estado físico y emocional del cuidador y por el conocimiento que este tiene de la enfermedad<sup>(21)</sup>, reforzando aquí el papel del enfermero en la educación para la salud. Estos factores corroboran para amenizar la sobrecarga física y emocional,

fortalecen y posibilitan enfrentar las adversidades y los desafíos, lo que, consecuentemente, mejora la calidad del cuidado ofrecido a la persona cuidada. La realización de un cuidado resiliente, relatada por los cuidadores informales, es un tema poco abordado en la literatura, indicando la necesidad de nuevos estudios.

Finalmente, este estudio contribuye para la enfermería, reforzando la importancia de un planeamiento para la prevención de caídas y la educación en salud así como la importancia de inserir al cuidador como "aliado" en la atención a la salud del anciano.

Una de las limitaciones de este estudio es no haber incluido un grupo muestral de cuidadores de ancianos que experimentaron la fractura del fémur seguido por graves complicaciones y óbito, situaciones que podrían añadir nuevos hallazgos al estudio. Además, los resultados aquí encontrados no pueden generalizarse, por lo que se debe realizar otros estudios en la temática con otros diseños metodológicos.

## CONCLUSIÓN

La caída de un anciano seguida por FFP es un evento agudo y traumático también para los cuidadores informales que se no están preparados para esta nueva etapa. Las dificultades acontecen desde el día de la caída, pasando por la hospitalización, tensión por la espera de la internación y cirugía y se acentúan al realizar los cuidados en el domicilio, que muchas veces acontece sin preparación adecuada.

A pesar del empeño de las familias, el anciano muchas veces no retoma su independencia funcional y las condiciones para realizar el autocuidado, frustrando aún más al cuidador informal. Toda esta problemática acaba generando una sobrecarga en la vida del cuidador informal, que muchas veces se priva de sus necesidades

para atender las necesidades del anciano. Sin embargo, vale destacar que algunos cuidadores realizan un cuidado resiliente, y la tarea de cuidar permite el restablecimiento del vínculo afectivo y el rescate de muchos sentimientos positivos.

Por último, comprender las diferentes fases y necesidades y planear el cuidado de cada familia, todavía es un gran desafío a ser vencido, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los ancianos y los cuidadores. El estudio enfatiza que los cuidadores informales deben ser capacitados desde la prevención del evento hasta la transición del cuidado hospitalario a la rehabilitación en el domicilio, rescatando el papel del enfermero dentro del equipo multidisciplinar, siendo apoyado por la Teoría General de la Enfermería.

## CITAS

- Paula FL, Cunha GM, Leite IC, Pinheiro RS, Valente JG. Elderly readmission and death after discharge from treatment of hip fracture, occurred in public hospitals from 2008 to 2010, Rio de Janeiro. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2015 June [cited 2018 Jan 09]; 18(2): 439-453. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2015000200439&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000200439&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500020012>.
- Falsarella GR, Gasparotto LPR, Coimbra AMV. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* 2014; 17(4):897-910. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13064>
- Bliemel C, Sielski R, Doering B, Dodel R, Balzer-Geldsetzer M, Ruchholtz S, Buecking B. Pre-fracture quality of life predicts 1-year survival in elderly patients with hip fracture-development of a new scoring system. *Osteoporos Int.* 2016; 27:1979-87. DOI 10.1007/s00198-015-3472-8 Available from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26733375>
- Hu F, Jiang C, Shen J, Tang P, Wang Y. Preoperative predictors for mortality following hip fracture surgery: a systematic review and meta-analysis. *Injury.* 2012; 43(6):676-85.
- P, Myskiw M, Myskiw JC. Falls' problematization and risk factors identification through older adults' narrative. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 Nov [cited 2018 Jan 09]; 21(11): 3565-3574. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001103565&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103565&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.06782016>
- Rosa TSM, Moraes AB de, Peripolli A, Santos FVAV dos. Epidemiologic profile of elderly people who died because of falls in Rio Grande do Sul state, Brazil. *Rev bras geriatr gerontol.* [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 July 11]; 18(1): 59-69. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232015000100059&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000100059&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14017>.
- Avila MAG, Pereira GJC, Bocchi SCM. Family participation to elderly rehabilitation with femoral fracture. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(5):601-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20156805171>
- Rocha SA, Avila MAG, Bocchi SCM. The influence of informal caregivers on the rehabilitation of the elderly in the postoperative period of proximal femoral fracture. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(1):e51069. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.51069>.
- Fuhrmann AC, Bierhals CCBK, Santos NO dos, Paskulin LMG. Association between the functional capacity of dependant elderly people and the burden of family caregivers. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2015 Mar [cited 2016 July 11]; 36(1): 14-20. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000100014&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000100014&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.49163>.
- Manoel MF, Teston EF, Waidman MAP, Decesaro MN, Marcon SS. The family relationship and the burden level on family caregivers. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2013 June [cited 2016 July 18]; 17(2): 346-353. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000200020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200020&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200020>.

11. Morrow EM, Nicholson C. Carer engagement in the hospital care of older people: an integrative literature review. *International Journal of Older People Nursing* 2016; 11(4), 298–314. doi: 10.1111/opn.12117
12. Liu HY, Yang CT, Cheng HS, Wu CC, Chen CY, Shyu YI. Family caregivers' mental health is associated with postoperative recovery of elderly patients with hip fracture: A sample in Taiwan. *J Psychosom Res* 2015; 78:452–458
13. Fontanella BJ, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. [periódico online]. 2008 [acesso em: 13 jun 2016]. 24(1): 17-27. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011. 279p.
15. Foster PC, Benett AM, Dorothea E. Orem: In: George JB. *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à pratica profissional* [tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell]. 4 ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2000. 375p. p.83-101
16. Avila MAG, Pereira GJC, Bocchi SCM. Informal caregivers of older people recovering from surgery for hip fractures caused by a fall: fall prevention. *Ciênc saúde coletiva* 2015; 20(6):1901-7.
17. Luzardo AR, Paula Junior NF, Medeiros M, Lima LSB, Wolkers PCB, Santos SMA. Fall of elderly: revealing vulnerability situations. *REME – Rev Min Enferm*. 2017;21:e-1025. Available from: DOI: 10.5935/1415-2762.20170035
18. Nardi EFR, Sawada NO, Santos JLF. The association between the functional incapacity of the older adult and the family caregiver's burden. *Rev Latino am Enferm* 2013; 21:1096-103.
19. Giordani AT, Stadler DV, Paulino GME, Zanardo RR, Sonobe HM, Valerio MA. Demand of hospitalized surgical patients information: a descriptive and prospective study. *Online braz j nurs* [internet] 2016 Jun [2016 August 12]; 15 (2):124-133. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5286>
20. Fontes AP, Neri AL. Resilience in aging: literature review. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 May [cited 2016 July 28]; 20( 5 ): 1475-1495. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000501475&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000501475&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015205.00502014>.
21. Manzini CSS, Brigola AG, Pavarini SCI, Vale FAC. Factors associated with the resilience of family caregivers of persons with dementia: a systematic review. *Rev bras geriatr gerontol*. [Internet]. 2016 Aug [cited 2018 Jan 16]; 19( 4 ): 703-714. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232016000400703&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000400703&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150117>.

---

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en [http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE\\_final\\_13-06-2013.pdf](http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf)

---

Recibido: 18/08/2016  
 Revisado: 09/01/2018  
 Aprobado: 08/01/2018