



Autonomía en la prescripción de ayudas funcionales en la población adulta mayor. Estudio de caso

Autonomy in the prescription of functional aids in the older adult population. Case study.
Universidad de la Salud

Miriam Cisneros Rodríguez

miriamfcr2@yahoo.com.mx

ORCID: 0009-0008-0761-1548

Resumen

Este trabajo tiene la intención de analizar un caso, acerca del respeto a la autonomía del adulto mayor en relación con el uso de auxiliares de la marcha en albergues de personas de la tercera edad, considerando sus capacidades cognitivas, físicas, emocionales, por parte de los prestadores de salud, a su cargo, en la ciudad de México, con un enfoque bioético.

Palabras clave: autonomía, adulto mayor, auxiliares de la marcha, dispositivos funcionales, equipos de salud.

Abstract

This paper aims to analyze a case study of respect for the autonomy of older adults in relation to the use of walking aids in senior citizen shelters, considering their cognitive, physical, and emotional capacities by the healthcare providers in charge, in Mexico City, using a bioethical approach.

Keywords: autonomy, older adults, walking aids, functional devices, health equipment.



Introducción

Bastones, muletas y andaderas, son auxiliares de la marcha difundidos y recomendados para la población adulta mayor. Su uso acontece al pensamiento de ayudar y brindar seguridad a la persona en el momento de la deambulación, generalmente son sugeridos por un familiar, un profesional de salud o por el mismo sujeto y el entrenamiento para su manejo suele ser de modo empírico.

El artículo 194 Bis de la Ley General de Salud, considera insumos para la salud a las “...ayudas funcionales...”, así mismo el 26 de abril del 2025 se emite el acuerdo por el que se publica, el Compendio Nacional de Insumos para la Salud versión 2025 y en su apartado de rehabilitación menciona que el uso de andaderas, muletas deber ser provisto por personal especializado y de acuerdo con su manual de operación.

Al ser un dispositivo médico, cuya funcionalidad no es a través de mecanismos farmacológicos, inmunológicos o metabólicos, asiste para mejorar la función, independencia y pudiendo mejorar la calidad de vida, de quien la utilice, por lo que su prescripción debe ser otorgada, bajo el ejercicio de principios y valores bioéticos.

La exposición de este caso, sobre la prescripción, entrenamiento y manejo de esta clase de dispositivos médicos, analiza la necesidad, sobre el abordaje por profesionales de salud capacitados, que consideren la autonomía del sujeto, sobre gustos, preferencias, determinantes ambientales, sociales, intelectuales, económicas y emocionales, que favorezcan el confort, seguridad y estado emocional de los usuarios geriátricos.

Marco referencial

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre Percepción de la discapacidad en Población Mexicana 2010, en México el 6.2% de la población total padece alguna discapacidad, esta cifra equivale a 6,850,841 personas, de las cuales el 60.3% tienen dificultad para caminar o moverse. De las cifras anteriores el 32.8% es debido a una enfermedad y el 22.6% fue por edad avanzada. (ENADID, 2010)

Respecto a los servicios de rehabilitación, solo el 13.6% de estos pacientes, reconoció haber recibido tratamiento en el último año, entre las razones mencionadas por no haber recibido



el servicio se encuentran el que no era necesario 30.0%, falta de dinero 16.6%, que el personal de salud no le informó 11.0% y que desconoce el servicio 8.8%.

Los avances en el manejo de las enfermedades crónico-degenerativas y el envejecimiento progresivo de la población (Martínez et al., 2009) han aumentado la supervivencia. Sin embargo, la inmovilidad corporal, en el hogar o secundaria a una estancia hospitalaria larga o corta, aumenta la probabilidad de presentar algún tipo de discapacidad, de precipitar la transición hacia la discapacidad leve a grave e incluso progresar hasta la muerte. El paciente geriátrico hospitalizado que presenta deterioro funcional con respecto a su ingreso y que no es capaz de recuperar su funcionalidad al momento del egreso tiene un incremento de la mortalidad en los siguientes tres meses. Es decir, un sujeto que no era terminal puede convertirse en un paciente terminal a causa de la disminución o pérdida de la función motora, debido a los problemas del reposo en cama con su pérdida acompañante de 3% de la fuerza física por día, pudiéndose sumar problemas respiratorios, intestinales, vesicales, limitaciones articulares y úlceras por decúbito. (Laban Myron, 1993)

En figura 1 se puede observar, una representación gráfica de cuatro escenarios típicos de enfermedad, en ellos se expone el grado de funcionalidad (movilidad) y el tiempo indeterminado en el que puede llegar el fallecimiento del individuo.

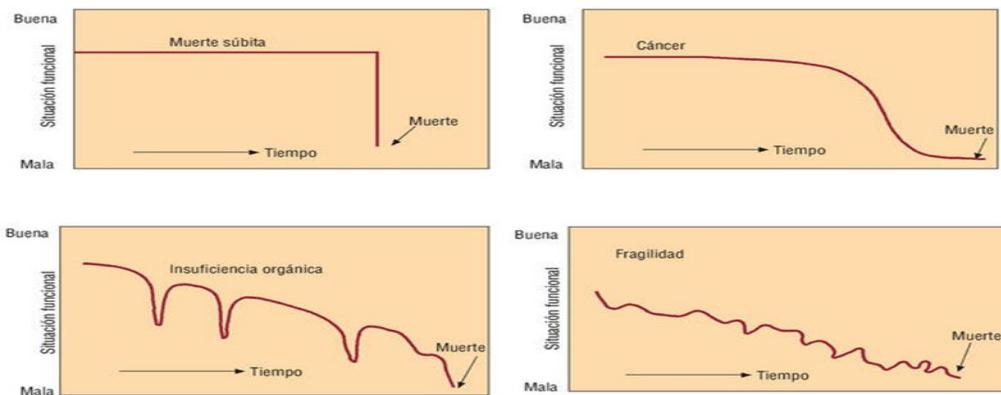


Figura 1. Distintos modelos de evolución de enfermedad hacia el final de la vida, relacionados con la situación funcional del adulto mayor. Tomado de Martínez -Sellés M et al. El anciano con cardiopatía terminal. p. 411.



Existen aditamentos que facilitan la situación funcional de los sujetos geriátricos, tales como: bastones, andaderas, muletas, existiendo en el mercado una vasta variedad de ellos; sin embargo, para su correcto manejo, se debe recibir orientación, por profesionales médico y paramédicos con conocimiento sobre su entrenamiento y manejo correcto.

Según la *Guía clínica para el médico de primer nivel de atención para la prevención, diagnóstico y tratamiento del síndrome de caídas en la persona adulta mayor*, publicado por la Secretaría de Salud en 2017, recomienda:

“En una persona que ha sufrido caídas, en ocasiones se hace necesario el uso de lo que se conoce como “herramientas de independencia”, “auxiliares de la marcha” y también llamadas “ayudas técnicas”, que servirán como un complemento en la rehabilitación del paciente y evitar, en consecuencia, futuros eventos. Haremos notar que su prescripción debe ser basada en las características tanto médicas, como socio—económicas y psicológicas de los pacientes que las requieren. El bastón, andadera, silla de ruedas y modificación segura de los entornos, constituyen algunas de las herramientas de que podemos echar mano con esta finalidad”. (CENAPRECE, 2017, p 16-17)

Aspectos bioéticos que enmarcan la autonomía en la visión del cuidado del adulto mayor.

La corriente creada en 1979 por Tom L. Beauchamp y James F. Childress, de Estados Unidos (Suriana, 2010) es la más conocida en la práctica médica, quién no ha escuchado términos como: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, los cuales son utilizados principalmente a nivel hospitalario, pero quizás poco mencionados por los profesionales de salud en establecimientos de asistencia social temporales o permanentes de los sectores público, social y privado a adultos mayores en situación de riesgo o vulnerabilidad, la NORMA Oficial Mexicana sobre Asistencia social, denominada.

En la prestación de servicios a individuos geriátricos es pertinente considerar la visión del cuidado, desde diferentes propuestas bioéticas como *las éticas del cuidado, el feminismo o la atención centrada en la persona*, las cuales nos brindan definiciones y valores asociados a los principios bioéticos más comunes de *Tom L. Beauchamp y James F. Childress*, suman al momento de proporcionar cuidados al adulto mayor.



La autonomía de una persona es ejercida, cuando se le reconoce su derecho a elegir, a realizar acciones basadas en sus valores, creencias, costumbres e ideologías personales, el profesional de salud médico o paramédico, está obligado a informar acerca de las propuestas de tratamiento, procedimiento o modificaciones a su medio ambiente, asegurándose de la comprensión y voluntariedad, en las intervenciones que se vayan a realizar a su personas o afectos personales, potenciando en todo momento la participación en la toma de decisiones.

Bajo esta perspectiva de ejercicio de autonomía, en las propuestas para el correcto uso de un auxiliar de la marcha, el prestador de servicios debe ser consciente, que este, debe ser elegido, comprendido y aceptado por el anciano, considerando el grado de independencia, funcionalidad, seguridad y autoestima, que le proporciona a la persona, pasar por alto, la perspectiva del adulto mayor inutiliza el beneficio, que este le pueda proporcionar.

El apego a la autonomía puede verse reflejado en la persona mayor, a través de su percepción acerca de los cuidados que recibe, por parte del personal a su cargo.

Considerando la importancia de seguir los lineamientos legales en nuestro país, la NORMA 019 para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, define como cuidado:

“Acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar”.
(NOM 019, 2013, p.9)

Desde las perspectivas propuestas por las éticas del cuidado, todas las personas necesitamos cuidado, desde el momento que nacemos, es decir el adulto mayor en esta etapa, presenta una alteración, que ya no le permite realizar actividades por sí sola, o si es posible realizar las tareas hoy tendrá que realizar, bajo el cobijo de otro ser humano extraño, cuya intención es mejorar su calidad de vida bajo la enseñanza a lo desconocido, esta situación desconocida en el caso de los auxiliares de la marcha, requiere de que el profesional de salud, permita al paciente expresar sus sentimientos, sobre el uso de estas herramientas funcionales, considerando el nuevo esquema corporal del individuo, permitiéndole al individuo la decisión de que estrategias, físicas, intelectuales y emocionales debe ejecutar para resolver esta nueva experiencia de vida.



La atención centrada en la persona propone que, en la vejez, es necesario considerar los gustos, preferencias de cada individuo y lograr un trato digno de cada ser humano en la vejez.

Desde la visión feminista, citaré a la Dra. Beatriz Gutiérrez Müller y lo que ella define como transferencia:

“Consiste en colocar en un individuo las virtudes o defectos del otro. En este proceso, deliberado o no, el depositario de la fama ajena pierde en automático su singularidad y deja de ser reconocido por su prójimo. El otro no mira al *transferido* como un ser humano único e irrepetible. No le otorga la cualidad de ser su propia persona. La transferencia es una antonomasia” (Gutiérrez, 2024, p 121).” “es injusta y reduccionista” (Gutiérrez, 2024, p 123)

Considerando la cita anterior, es necesario que el prestador de salud sea cual sea su jerarquía, no transfiera características, necesidades, sentimientos, metas y preferencia de una persona a otra, ya que podría conducirlo, a dejar de mirar al otro, al transferido como un ser humano único e irrepetible, negándole su cualidad de ser su propia persona, por lo tanto, vulnerando su autonomía y la justicia que debe prevalecer en cualquier acto médico o paramédico.

Respecto a la prescripción de un bastón o andadera, es necesario, que el adulto mayor, reciba información clara, acerca de los riesgos y beneficios que puede traer su utilización, para la movilidad segura e independiente y no lo interprete como una imposición, si no como una propuesta flexible, lo cual, posiblemente conduce a un intercambio de saberes que logren, la protección del bienestar físico y emocional del usuario, potenciando su independencia.

Metodología.

Para este reporte de caso, se realiza un estudio observacional descriptivo, sobre la transición de una adulta mayor independiente, hacia la dependencia, debido al deterioro funcional ocasionado por múltiples caídas y la intervención de los profesionales de salud con una visión utópica acerca de la funcionalidad física de la enferma.



Descripción del caso.

Mujer de 83 años institucionalizada desde hace 8 años, diagnosticada con mácula, presenta marcha independiente asistida de bastón.

05 de febrero del 2025. Adulta mayor, sufre caída desde su propia altura con su bastón.

Requiriendo traslado y atención en hospital público, donde se le realizan estudios de Rx, arrojando los resultados, fractura del quinto arco costal derecho, ofreciendo tratamiento convencional, permitiendo la realización de las actividades de la vida diaria a tolerancia, más tratamiento analgésico por seis semanas.

Es remitida a los servicios de fisioterapia de la misma institución asistencial donde habita. A la valoración física presenta dolor de miembros superior izquierdo con un EVA de 7/10, región cervical con dolor de intensidad 7/10, miembro superior derecho, parrilla costal derecha con dolor expresado en una intensidad 8/10 según escala visual análoga, que le dificulta la respiración, sedestación y marcha. Se propone tratamiento con láser en zona de fractura, así como compresa húmedo caliente por 20 minutos, más ejercicios activos a tolerancia, para miembros superiores y miembros inferiores en bipedestación.

Durante la primera sesión de terapia física, se le expone a la paciente, la posibilidad del uso de una andadera para caminar, se le menciona que, si desea continuar con el bastón, continuará con este, sin embargo, sería una opción más segura la andadera, se le explica que, quizás su uso se le dificulte y que si no lo domina puede regresar al bastón, en cualquier momento. La paciente decide que optará por el uso de la andadera, ya que con el bastón ya no se siente segura.

Ya con la decisión de la paciente por el uso de la andadera, se comienza con enseñanza exitosa para su manejo, dando énfasis en la importancia del manejo de los frenos, se entrena giros y diferentes cambios de posición. Durante esta sesión la señora, realiza una caminata por 7:20 segundos, desde el área de terapia física hasta su dormitorio, sin aumento de dolor basal. La paciente termina animada, ya que su nuevo auxiliar de la marcha cuenta con asiento, lo que le permitirá descansar, así como guardar sus objetos personales, en la canastilla integrada a la misma.



27 de febrero del 2025.

Concluye once sesiones de Fisioterapia, con mejora importante en relación con los tiempos de caminata y aumento en el número de repeticiones de los ejercicios, transitando de 3 repeticiones a 10 repeticiones de cada ejercicio en bipedestación. Se logra un tiempo, desde las áreas de terapia física a su dormitorio en 2:33 segundos, más un recorrido de caminata de 11:43 segundos. El dolor en región cervical es referido con un EVA 2/10. Niega dolor en el miembro superior derecho, así como en la parrilla costal derecha, sin embargo, el hombro izquierdo lo refiere con dolor a una intensidad 6/10. Se comenta con la paciente el regreso a la marcha asistida con bastón, a lo que la paciente se niega, enfatizando que no tiene intenciones de dejar la andadera y que prefiere continuar con ella. Se encuentra animada y muy contenta, porque se siente segura e independiente con su nuevo auxiliar.

03 de marzo del 2025. Presentación clínica al equipo interdisciplinario de salud.

Su caso es expuesto y discutido ante el cuerpo médico y paramédico de salud del centro asistencial donde habita, conformado por geriatras, enfermeras, gericultistas, psicólogas y terapeutas físicos, concluyendo que debe lograr el uso del bastón nuevamente y se le retira andadera, así como suspensión de sesiones individuales de terapia física y canalizarla a sesiones grupales de fisioterapia, por mejoría.

Durante los siguientes días la paciente expresa, su inconformidad, ante directivos y personal transdisciplinario, acerca de esta decisión de tratamiento, aludiendo a que ella se siente más segura con la andadera y que considera que requiere de fisioterapia individual, por el dolor persistente en el hombro izquierdo, no obteniendo, una respuesta favorable.

La paciente durante este tiempo se encuentra alterada y de mal humor, ya que siente que se va a caer con el bastón, así mismo refiere dolor en manos con un EVA de 8/10, acompañado de dolor lumbar y sacro con un EVA de 10/10, más dolor en parrilla costal derecha de 8/10, así como dificultad para la marcha por sentirse insegura al caminar con el bastón.



15 de abril del 2025. Sufre caída desde su propia altura con bastón.

La adulta mayor refiere caída en el baño, es valorada por médico geriatra del centro donde radica, concluyendo que no presenta lesiones óseas, sin embargo, refiere dolor en miembro superiores, manos, lentitud y dificultad para la marcha, ya que no se siente segura con el bastón, se observa enojada y triste, porque quiere que se le regrese la andadera y retomar las sesiones individuales de fisioterapia, para el dolor y mejorar la movilidad.

Durante 3 meses consecutivos se continúa presentando en sesiones transdisciplinarias su caso, por parte de personal de fisioterapia, médico geriatra, enfermería y geriatristas, para considerar, el regreso a la andadera debido al alto riesgo a caídas y sobre todo afectación a su estado de ánimo, sin embargo, no se obtiene respuesta favorable y se continúan las mismas indicaciones.

05 de agosto del 2025.

Sufre caída desde su propia altura, al caminar con el bastón, requiriendo traslado y atención, es hospital de segundo nivel, diagnosticando: fisura del trocánter mayor de cadera derecha, que amerita tratamiento conservador e inmovilización por 6 semanas, más tratamiento analgésico.

17 de septiembre del 2025.

Se inicia nuevamente sesiones de fisioterapia individual, con uso de andadera, pero existe una insistencia por parte del equipo de salud, del retiro de la andadera, a pesar del alto riesgo de caídas.

Mujer de 83 años institucionalizada desde hace 8 años, diagnosticada con mácula, presenta marcha asistida con bastón, sufre múltiples caídas, con fracturas del quinto arco costal derecho y fisura de trocánter mayor derecho, ambos requiriendo inmovilización por 6 semanas en cama, más tratamiento, analgésico y fisioterapia. Presentando inestabilidad de la marcha con bastón, más dolor poliarticular de miembros superiores e inferiores, región cervical, lumbosacra.

El hecho es la utilización de un bastón o una andadera, para mejorar seguridad e independencia.



El bien que se persigue el cambio de uso de bastón, por la preferencia de la enferma para la utilización de una andadera para favorecer seguridad e independencia.

El depositario del bien es la paciente.

Los actores es el equipo de salud, integrado por médicos geriatras, enfermeras, gericultistas, psicólogas y terapeutas físicos, divididos en la prescripción acerca del uso de andadera o bastón, su función es buscar el restablecimiento de la paciente y el cuidado de su bienestar físico y emocional.

Las circunstancias son vulnerabilidad física, económica y emocional de la paciente, que es beneficiaria en un asilo de asistencia social.

El conflicto ético es la vulneración de la autonomía de la adulta mayor.

El mejor tratamiento es el respeto por la decisión de la paciente de cambiar el uso del bastón por una andadera, que le brinda mayor seguridad a la realización de sus actividades de la vida diaria y mejora su estado de ánimo.

La vulneración a su autonomía ocasiona mayor demanda de servicios de salud en hospitales de segundo nivel, en la casa de asistencia donde habita exige mayor cantidad de cuidados por parte de las gericultistas, personal de enfermería y médicos tratantes, relacionados directamente con la atención.

La manera en que se puede trabajar la obstinación terapéutica es respetando las necesidades de la paciente, así como sus capacidades físicas.

La mejora de la comunicación entre profesionales puede ser resuelta evidenciando que la independencia de la paciente disminuye la carga laboral y mejora el ambiente asistencial, con el resto de los usuarios, considerando todas las opiniones independientemente del perfil que se ostente y apoyando las decisiones de la enferma.

Los valores por considerar para la toma de decisiones son: Libertad, tolerancia, responsabilidad, empatía y paz.

Las habilidades propuestas a desarrollar por los profesionales de salud (García M. L., 2015). (González, 2011):



1. **Debe ser relacional:** Es decir todos necesitamos de todos, ya sea para sobrevivir o relacionarnos, en tiempos de salud y en tiempos de enfermedad. Valoraciones morales propias sobre las cuales tomamos decisiones y nos hacemos cargo de la vida del otro y nuestro mundo compartido.

2. **Enfoque sensitivo al contexto:** Es decir observar al otro, su entorno para identificar sus necesidades, las cuales pueden ser vistas desde la empatía, prudencia, compasión, afecto, coherencia y escucha activa.
Sumando interculturalidad y decolonialidad.
Análisis de las dinámicas sociales de atención y desatención contra las personas y las comunidades. Partiendo de una antropología humana vulnerable, buscando la contextualización de los problemas y sus respuestas.

3. **Diferenciar entre cuidado y preocupación:** Esto abarca la atención y cuidado no solo a las personas con las que tenemos una relación emocional, sino también a extraños. Cuidar a la persona desde su problema, no desde su enfermedad.

4. **Dar prioridad al sentir sobre el razonar:** Punto cardinal de la ética del cuidado, que es dar la relevancia justa a los sentimientos y afectos, los propios y los del otro, el enfermo/familia.

5. **Dilemas reales:** Evitar comparar las resoluciones reales de las hipotéticas.

6. **Actitud para la deliberación:** Saliendo del binomio de lo correcto o incorrecto, ya que este pensamiento no permite excepciones, no basando nuestro actuar en principios universales, es decir individualizar la problemática de cada persona y su familia desde la visión paliativa, no confundiéndolo con relativismo moral, sino una reconstrucción moral de cada individuo y su entorno, dejando de lado el utilitarismo, olvidando la preocupación moral, considerando el sufrimiento y el dolor del otro y su red de apoyo, en una actitud de empatía por la situación vivida, de manera honesta. Rechazando respuestas que pretendan ser universales.



Cierre

La difusión del conocimiento bioético, en la atención del adulto mayor, es altamente recomendable, para conciliar diferentes puntos de vista entre los profesionales de salud, que intervienen en la toma de decisiones acerca del uso de auxiliares de la marcha para la facilitación del movimiento corporal con su consecuente resultado, sobre la independencia de la población geriátrica y manejo de riesgos en relación con las funciones remanentes de cada individuo.

El fomento de saberes bioéticos mejora la comprensión de los hallazgos personales y de ambiente que presenta cada persona en la vejez.



Referencias

- CENAPRECE. Centro Nacional de Programas Preventivos y control de enfermedades, Secretaría de Salud. (2017). *Guía clínica para el médico de primer nivel de atención para la prevención, diagnóstico y tratamiento del síndrome de caídas en la persona adulta mayor. CAIDAS.pdf*
- Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud. Secretaría de Salud. (2012). NORMA Oficial Mexicana, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Proyecto de Norma. NOM-031-SSA3-2012.
- Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud. Secretaría de Salud. (2013). NORMA Oficial Mexicana, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. NOM-019-SSA3-2013.
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional sobre Percepción de Discapacidad en Población Mexicana. (2010). *Informe final de resultados*. p 62. Encuesta Nacional sobre Percepción de Discapacidad en Población Mexicana 2010. Informe final de resultados - Portal INSP.
- García, M. L. (2015). La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. *Acta Bioethica*, 21(2), 311-317. Obtenido de <https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v21n2/art17.pdf>
- Gonzaléz, S. (ENERO-JUNIO de 2011). Éticas del cuidado, decolonialidad e interculturalidad. *Red Bioética/ UNESCO*, 21, 59-67.
- Gutiérrez Müller, B. (2024). *Feminismo Silencioso*. Planeta.
- Laban Myron, M. (1993). Rehabilitación en pacientes con Cáncer. En: Kottke F, Lehmann J, Stillwell K. (4ta ed.), Medicina Física y Rehabilitación (1142-1153). Editorial Médica Panamericana.
- Martínez, SM., Vidán MT, López PR. (2009). El anciano con cardiopatía Terminal. *Revista Española de Cardiología*. 62 (4):409-21. DOI: [https://10.1016/S0300-8932\(09\)70898-X](https://10.1016/S0300-8932(09)70898-X)
- Martínez, T. (2013). Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Instrumento para la revisión participativa de los centros. Manual para su aplicación. Disponible en: www.acpgerontologia.net.



Siurana Aparici, AJC. 2010. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética
intercultural. *Veritas*. 22 (Mar): 122-157. ISSN 0717-4675